

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19

Nome do autor:

- Luís Diogo Melo Ferreira

Leiria

Novembro de 2021

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19

Nome do autor:

- Luís Diogo Melo Ferreira

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, orientado pela Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás.

Leiria

Novembro de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS

Abr. – abril

Ago. – agosto

APA – American Psychological Association

B – Coeficiente de Regressão

Beta- β standardizado

CBI – Copenhagen *Burnout* Inventory

CFA – Análise Fatorial Confirmatória

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologia e Cuidados de Saúde

DGS- Direção Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

Dr./Dra – Doutor/a

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais

E – Estudo

Enf. – Enfermeiro

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

et al. – *et alli*, e outros

Exm. – Excelentíssimo

Fev. – fevereiro

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HDESPD-EPER – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada – EPER

Jan. – janeiro

Jul. – julho

Jun. – junho

M - Média

M.- Moderador

Mar. – março

Máx. – Máximo

MBI – Inventário de *Burnout* de Maslach

Mesh – Medical Subject Headings

Min. – Mínimo

Mod. – Modelo

n - Amostra

N- Número de elementos

nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

Out. – outubro

p. – página

P. – Pessoa

PICO – Patient, Intervention, Comparison, Outcome

RCFI – Robust Comparative Fit Index

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

s/n – Sem número

SE – Erro Padrão

Set. – setembro

Sig. – Significância Estatística

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Science

Sr. – Senhor

STAY-Y – Inventário do Estado de Ansiedade

V. – Vossa

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás, pela orientação e disponibilidade que permitiu o desenvolvimento deste processo de aprendizagem.

Aos meus pais e irmão por me terem proporcionado e apoiado em todo o meu percurso pessoal, académico e profissional.

À Dorine e Silvina por serem companheiras neste percurso.

Ao Luís e a todos os meus restantes amigos, que me acompanharam e apoiaram nesta etapa.

A todos os enfermeiros que colaboraram nesta investigação e que continuam a esforçar-se e a dar o seu melhor para o bem de todos neste contexto de pandemia por COVID-19.

RESUMO

O surgimento de um surto pandémico por COVID-19, acresce aos enfermeiros momentos de insatisfação, tensões emocionais e relacionais que podem ser motivadoras para o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão. Assim desenvolveu-se o estudo com base na temática “*Burnout*, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19”.

O objetivo deste estudo consiste em avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão. Este estudo enquadra-se na abordagem de carácter quantitativo descritivo-correlacional, transversal. A amostra, não probabilística por conveniência, foi constituída por um total de 234 enfermeiros. No processo de recolha de dados utilizou-se um questionário estruturado com caracterização sociodemográfica/questões gerais, avaliação dos níveis de ansiedade e depressão obtida através da aplicação da escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Versão Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007), e avaliação dos níveis de *burnout* através da escala de Copenhagen Burnout Inventory (CBI), adaptada para a população Portuguesa (Fonte, 2011).

O local de recolha de dados foi no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada – EPER (HDES-EPER), nos serviços que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão, a recolha de dados deu-se no mês de julho de 2021, após parecer favorável da comissão de ética e do conselho de administração da referida instituição. O tratamento dos dados foi efetuado com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 27 para Windows.

Os resultados mostraram que a pandemia por COVID-19 teve um impacto nos enfermeiros relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão, com a manifestação de níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, independentemente do serviço onde prestam cuidados, sexo e estado civil, não havendo relação direta.

Denota-se uma relação entre o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão com a falta e uso prolongado de material de proteção individual, condições de trabalho desfavoráveis, diminuição da realização profissional, medo de contrair a doença, medo de infetar familiares e amigos, isolamento social, relação com os superiores hierárquicos.

Considerando ainda a remuneração como inadequada e a falta de práticas administrativas, como fatores contributivos para o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão.

Palavras-Chave: *Burnout*; Ansiedade; Depressão; Enfermeiros(as); Pandemia; COVID-19

ABSTRACT

The emergence of a pandemic outbreak by COVID-19, adds to the nurse's moments of dissatisfaction, emotional and relational tensions that can be motivating for the development of burnout, anxiety and depression. Thus, the study was developed based on the theme "Burnout, anxiety and depression in nurses in the context of pandemic by COVID-19".

The aim of this study is to evaluate the impact that the COVID-19 pandemic has on nurses in relation to burnout, anxiety and depression. This study is based on the descriptive-correlational, cross-sectional quantitative approach. The sample, non-probabilistic for convenience, consisted of a total of 234 nurses. In the data collection process, we used a structured questionnaire with sociodemographic characterization/general questions, evaluation of anxiety and depression levels obtained through the application of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Portuguese Version (Pais-Ribeiro et al., 2007), and evaluation of burnout levels through the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) scale, adapted for the Portuguese population (Fonte, 2011).

The place of data collection was at the HDES-EPER, in the services that met the inclusion and exclusion criteria, the data collection took place in July 2021, after the assent of the ethics committee and the board of directors of that institution. Data were processed using the SPSS version 27 for Windows.

The results showed that the pandemic by COVID-19 had an impact on nurses regarding burnout, anxiety and depression, with the manifestation of burnout levels, anxiety and depression, regardless of the service where they provide care, sex and marital status, with no direct relationship.

Interrelation is denoted for the development of burnout, anxiety and depression with the lack of personal protective material, unfavorable working conditions, decreased professional achievement, fear of contracting the disease, fear of infecting family and friends, social isolation, relationship with hierarchical superiors and prolonged use of personal protective equipment. The nurses manifested symptoms of generalized anxiety and insomnia, considered inadequate remuneration and lack of administrative practices.

Keywords: Burnout; Anxiety; Depression; Nurses; Pandemic; COVID-19

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1.PANDEMIA.....	18
1.2.PNEUMONIA POR COVID-19 (SAR-CoV-2).....	18
1.3. ENFERMEIRO	20
1.3.1 Teoria da Transição de Meleis	21
1.4. ANSIEDADE	24
1.5.DEPRESSÃO.....	26
1.6.BURNOUT	28
1.7.IMPACTO DO CONTEXTO PANDÉMICO ATUAL NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	29
2. TIPO/DESENHO DO ESTUDO	32
3. OBJETIVO/S DA INVESTIGAÇÃO	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4. QUESTÕES / HIPÓTESES	43
5. METODOLOGIA	45
5.1 PARTICIPANTES	45
5.2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	47
5.3 MEDIDAS	47
5.4 DADOS DEMOGRÁFICOS	48
5.5 ESCALAS.....	48
5.5.1 Escala de HADS	48
5.5.2 Escala de CBI	49
5.6 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	51
5.6.1 Teorema do limite central	50
6. RESULTADOS	53
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	53
6.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	56
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69

CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

APÊNDICES

APÊNDICE - I Focus Group

APÊNDICE – II Caracterização/Questões gerais

ANEXOS

ANEXO - I Autorização da administração hospitalar

ANEXO- II Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

ANEXO- III Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ANEXO - IV Autorização para utilização da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)

ANEXO- V Autorização para utilização de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (n = 234)	54
Tabela 2 - Caracterização de dados profissionais (n = 234).....	55
Tabela 3 - Prestação de cuidados.....	56
Tabela 4 - Sintomas experienciados com o isolamento.....	56
Tabela 5 – Questões relativamente ao contexto de pandemia.....	57
Tabela 6- Estatísticas descritivas e consistência interna CBI	58
Tabela 7 - Estatísticas descritivas e consistência interna HADS	58
Tabela 8 - Coeficiente de correlação ansiedade, depressão e <i>burnout</i>	58
Tabela 9 -Trabalha com pessoas com suspeita e o <i>burnout</i> , depressão e ansiedade	59
Tabela 10 - Comparação por consumo de substâncias, <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	59
Tabela 11 - Comparação por sintomas de ansiedade generalizada, <i>burnout</i> , ansiedade e depressão	60
Tabela 12 - Comparação por insónias, <i>burnout</i> , ansiedade e depressão	61
Tabela 13 - Comparação do <i>burnout</i> , ansiedade e depressão considerando o estado civil....	61
Tabela 14 - Relação entre a falta de material e <i>burnout</i>	62
Tabela 15 - Relação entre a falta de material e a ansiedade e depressão	62
Tabela 16 - Falta de condições de trabalho e <i>burnout</i>	62
Tabela 17 - Falta de condições de trabalho, ansiedade de depressão	63
Tabela 18 - Correlação entre a realização profissional e o <i>burnout</i> , ansiedade e depressão .	63
Tabela 19 - Correlações entre o medo de infetar e o <i>burnout</i> , ansiedade e depressão	64
Tabela 20 - Correlação entre o isolamento social e o <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	64
Tabela 21 - Correlações entre a falta de suporte social/familiar e o <i>burnout</i> , ansiedade e depressão	65
Tabela 22 - Medo de contrair a doença e <i>burnout</i>	65
Tabela 23 - Medo de contrair a doença, ansiedade e depressão	65
Tabela 24 - Correlações entre a relação com os superiores hierárquicos e o <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.....	66
Tabela 25 - Correlações entre falta de férias/dias de descanso e <i>burnout</i> , ansiedade e depressão	66
Tabela 26 - Práticas administrativas e <i>burnout</i>	67

Tabela 27- Práticas administrativas, ansiedade e depressão	67
Tabela 28- Uso prolongado de equipamentos de proteção individual e <i>burnout</i>	68
Tabela 29- Uso prolongado de equipamentos de proteção individual, ansiedade e depressão	68

INDICE QUADROS

Quadro 1 - Abordagem PICO	33
Quadro 2 – Critérios de inclusão/exclusão	33
Quadro 3 - Diagrama do processo de seleção dos artigos	34
Quadro 4 – Identificação dos artigos científicos	34
Quadro 5 – Análise do conteúdo informal dos estudos	33
Quadro 6 – Análise das experiência vivenciadas no contexto da prestação de cuidados.....	36

INTRODUÇÃO

Foi reportado entre 31 de dezembro de 2019 e 14 de janeiro de 2020 o surgimento de 59 indivíduos com pneumonia associados a frequência de um mercado em Wuhan e foi identificado um novo agente etiológico, o COVID-19 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020b).

A disseminação deste novo vírus tomou proporções a nível mundial, tendo sido declarado estado de pandemia por COVID-19 a 11 de março de 2020 (World Health Organization, 2020d) e foi a primeira vez na história que um coronavírus se torna pandémico (World Health Organization, 2020a).

A disseminação do vírus e o surgimento de pneumonias associadas à infeção pelo mesmo, coloca os serviços de saúde na linha da frente do combate à pandemia. A sobrecarga destes serviços e os recursos limitados leva a uma sobrecarga de todos os profissionais de saúde e entre eles os enfermeiros. Este fato parte pelo acréscimo do risco de infeção por COVID-19, o que leva a um aumento da carga de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento psicológico, esgotamento ocupacional, estigma e problemas físicos (World Health Organization, 2020c).

Estudos têm revelado que os enfermeiros que trabalham em áreas de atendimento a pessoas infetadas ou com suspeitas de COVID-19, pelos múltiplos fatores que estão inerentes ao processo de cuidar, tem provocado maiores níveis de ansiedade e depressão. Casos em que o *burnout* já é pré-existente pode haver um contributo para sentimentos da esfera ansiosa, aumento do stresse e sentimentos de despersonalização (Miguel-Puga et al, 2020).

Ansiedade, e *burnout* também são referidos por Çelmeçe & Menekay (2020) nos profissionais de saúde que trabalham durante pandemia por COVID-19. Uma pandemia tem efeitos não só a nível socioeconómico, mas também a nível da saúde física e mental das pessoas e das equipas de saúde, que para além da pesada carga social assumem uma carga de trabalho.

Já conhecida e anteriormente referida por Maslach a síndrome de *burnout* caracteriza-se por sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e

pode acontecer a pessoas que cuidam de pessoas, em resposta ao stress crónico de lidar com pessoas, em particular as que estão com problemas de saúde (Maslach, 2003a).

Neste novo contexto, este estudo visa contribuir para o aumento dos conhecimentos dos riscos profissionais que os enfermeiros estão sujeitos, e assim, colaborar para a adoção de medidas preventivas para o desgaste profissional a nível do *burnout*, ansiedade e depressão.

O desenvolvimento desta dissertação visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde, orientado pela Professora Doutora Catarina Tomás.

Este estudo pretende avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão, identificando os principais fatores associados. A população escolhida foram os enfermeiros do HDES-EPER.

De forma a ir ao encontro do objetivo proposto, foi realizada uma fundamentação teórica, que serviu como enquadramento teórico e conceptual, sendo a base empírica para o estudo, sobre os conceitos centrais da pesquisa, nomeadamente: pandemia, pneumonia por COVID-19, enfermeiros e a Teoria da Transição de Meleis, ansiedade, depressão, *burnout* e o impacto do contexto pandémico atual nos profissionais de enfermagem.

Com vista a elaboração de hipóteses de estudo que dessem resposta aos objetivos definidos, foi realizado um *focus group* e uma revisão da literatura, tendo sido traçadas 15 hipóteses.

A população e amostra foi selecionada por critérios de amostra não probabilística por conveniência, sendo aplicados critérios de inclusão e de exclusão, com a adesão de 234 enfermeiros do HDES-EPER, sendo este um estudo de carácter quantitativo descritivo-correlacional, transversal. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário estruturado com caracterização sociodemográfica/questões gerais, avaliação dos níveis de ansiedade e depressão obtida através da aplicação da escala HADS - Versão Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007), e avaliação dos níveis de *burnout* através da escala de CBI, adaptada para a população Portuguesa (Fonte, 2011).

O documento divide-se em sete capítulos, em que no primeiro é feito um enquadramento teórico dos conceitos abordados na dissertação, nomeadamente pandemia, pneumonia por

COVID-19, enfermeiro, ansiedade, depressão, *burnout* e impacto da pandemia em contexto pandémico, resultante da pesquisa bibliográfica.

No segundo capítulo é apresentado o tipo/desenho do estudo, onde é apresentada a metodologia utilizada. No terceiro capítulo encontra-se os objetivos do estudo e no quarto são expostas as hipóteses consideradas.

No capítulo quinto capítulo é apresentado a metodologia utilizada no estudo, onde é apresentado o desenho de investigação, os dados demográficos, as escalas utilizadas e as técnicas de recolhas de dados. A sexta parte do documento são apresentados os resultados do estudo e no sétimo é feita a análise dos resultados e por último a conclusão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este processo de investigação, tem como conceitos centrais o *burnout*, ansiedade e depressão como consequência da conjuntura pandémica causada pelo COVID-19 nos enfermeiros(as) em contexto hospitalar.

1.1. PANDEMIA

O Dicionário Médico para todos, define a palavra pandemia quando a sua génese como sendo *Pan + demia*, em que (*pan* = tudo), (*epi* = fora) e endemia (*endo* = dentro), significando assim, uma doença que atinge quase todo o povo. Por outro lado, a pandemia pode ser endémica, quando é uma doença que se encontra instalada por um longo período de tempo no meio da população. A forma mais grave das doenças é a que atinge uma população e vem de fora, ou seja, a “*epi*” (Barata, 2007).

O conceito de pandemia é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença com propagação mundial, não estando necessariamente relacionada com a severidade dos sintomas ou mortalidade da doença, podendo evoluir por ondas sucessivas. É considerada pandemia, quando um novo agente patogénico surge e se dissemina pelo mundo, em que a maioria da população não possui imunidade e tem um impacto significativo na comunidade (World Health Organization, 2010).

Toffler (1981), fala em ondas de mudança na história da humanidade, que são definidas por um conjunto de acontecimentos marcantes que podem ser revolucionários de uma forma positiva ou negativa e que têm influência em todos os sistemas socio-político-económicos. As ondas positivas que promovem o desenvolvimento evolutivo são marcadas pelo crescimento e expansão populacional da humanidade, pode referir-se o surgimento da revolução agrícola, a revolução industrial e a revolução informacional. Por outro lado, as ondas negativas são marcadas por um decréscimo populacional.

Fazendo uma análise das pandemias na história da humanidade, pode-se considerar que estas têm uma componente negativa na dinâmica demográfica com eventos periódicos com disseminação em vários continentes e que podem remeter até aos primórdios da humanidade (Senhoras, 2020).

Na literatura ocidental destacam-se as pandemias mais notáveis com repercussões espaço temporais na demografia humana, tais como, a “Praga de Justiniano” no século VI, a “Peste Negra” no século XIV e a “Gripe Espanhola” no século XX (Senhoras, 2020).

Senhoras (2020), refere que com o avanço das tecnologias que proporcionam o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, vieram diminuir a taxa de transmissão e a mortalidade no século XX. Todavia, tendo em conta a grande circulação humana pelo mundo, considera-se o risco latente da disseminação de uma nova pandemia mundial.

A OMS como epicentro de um sistema de governação de saúde fundada após a Segunda Guerra Mundial e com base no sistema rápido de resposta a epidemias internacionais, desenvolvido em 2009, declara pela 6ª vez o estado de emergência internacional. Esta medida baseou-se em anteriores casos de epidemias como foi a Gripe Suína, H1N1 (2009), Poliomielite (2014), Ébola (2016 e 2018) e Zika Vírus (2016) (Senhoras, 2020).

Os vírus que causaram pandemias anteriores geralmente tiveram origem em vírus animais. As infeções pandémicas podem causar infeções em todas as faixas etárias e a taxa de mortalidade depende do agente patogénico em questão. A gravidade da doença pandémica tende a ser maior, em parte devido ao número de pessoas que não se encontram imunizadas pelo agente anteriormente inexistente (World Health Organization, 2010).

Ao longo dos anos a OMS tem trabalhado em conjunto com diversos países, de modo a preparar-se para uma pandemia global, tendo sido criadas e publicadas normas orientadoras para uniformizar a atuação perante uma pandemia (World Health Organization, 2020b).

No dia 11 de março de 2020 é decretado pelo diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, através de uma conferência de imprensa em Genebra, o estado de pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, sendo a primeira vez conhecida na história de uma pandemia por um coronavírus (World Health Organization, 2020d).

1.2. PNEUMONIA POR COVID-19 (SAR-COV-2)

O Coronavírus (CoV) é constituído por uma grande família de vírus que são responsáveis por quadros de doença que passam desde a comum constipação, até quadros de doença mais graves, como é o caso da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-Cov) e síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV). O novo coronavírus (nCoV) é uma nova cepa viral que

não tinha sido identificada anteriormente em humanos. Os coronavírus têm uma componente zoonótica, ou seja, possui a capacidade de ser transmitido entre animais e pessoas (World Health Organization, 2020a).

A transmissão do SARS-CoV, segundo as investigações, deu-se das civetas para os humanos. Existem vários coronavírus que são transmitidos entre animais e que ainda não infetaram humanos. Os sinais comuns de infeção incluem sintomas respiratórios, febre, tosse, sensação de falta de ar e dispneia. Nos casos mais graves a infeção por este vírus pode desencadear pneumonia, síndrome respiratória aguda e até mesmo levar à morte (World Health Organization, 2020a).

De acordo com o Comunicado nº. C160_01_v2 publicado pela DGS a 14 de janeiro de 2020, foram reportados 59 casos de pneumonia associados à frequência de um mercado em Wuhan na China. Foi identificado nesta altura um novo agente etiológico, a SAR-CoV-2 que causa a pneumonia por COVID-19 (DGS, 2020b).

A infeção por este vírus teve uma progressão a nível mundial e o primeiro caso em Portugal dá-se a 02 de março de 2020, de acordo com os dados da DGS emitido pelo Comunicado nº. C160_75_v1 (DGS, 2020a).

De acordo com diversas autoridades de saúde internacionais, o impacto potencial de epidemia por SARS-CoV-2 é elevado, sendo expectável a propagação global do vírus. Por isso mesmo, o Diretor-Geral da OMS declarou a 30 de janeiro de 2020, a doença pelo novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de âmbito internacional (Decreto do Presidente da República nº. 14-A/2020 de 18 de março).

Neste sentido, foi declarado Estado de Emergência Nacional através do Decreto do Presidente da República nº. 14-A/2020 de 18 de março, após o anúncio pela OMS, a 11 de março de 2020, estado este de emergência de saúde pública causado pelo COVID-19, aquando da decretação do estado de pandemia.

Na 72ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas que decorreu a 28 e 29 de setembro de 2020, assume-se as medidas de combate à COVID-19 baseadas na 58ª Assembleia Mundial de 2005. Apesar de não haver precedentes de uma pandemia por um coronavírus, o COVID-19 traz à população mundial um evento de saúde pública com

repercussões internacionais para o qual o mundo já se tem vindo a preparar, durante as últimas duas décadas (World Health Organization, 2020b).

1.3. ENFERMEIRO

O papel do enfermeiro e a história de enfermagem tem um marco de mudança na segunda metade do século XIX, onde a enfermagem era vista como um ato de dádiva e sacrifício, com grande ligação às ordens religiosas. Florence Nightingale consegue criar uma enfermagem pós-Florence, onde são criados os pilares de estruturação do cuidar, sendo que este deixa de ser algo empírico e começa a ter uma base formativa, com a criação de escolas de enfermagem, formando e habilitando profissionais detentores de um perfil, quer físico, moral e intelectual (Nightingale, 2005).

A profissão de enfermagem começa a identificar a necessidade de produzir conhecimento para orientar a sua prática na segunda metade do século XX. Trabalhando assim para o desenvolvimento de um corpo substancial que orientasse a sua prática, foram desenvolvidas várias teorias que orientam a prática de enfermagem, conferindo-lhe conhecimento que permitem melhorar e orientar sua a *praxis* clínica. Podemos assim enumerar as teorias filosóficas (Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson e Benner), os modelos conceituais e grandes teorias (Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman, Kin, Roper, Logan e Tierny) e as teorias de médio alcance em enfermagem (Peplau, Orlando, Travelbee, Kolcaba, Erickson, Tomlin e Swain, Mercer, Barnard, Leininger, Parse, Mishel, Newman, Adam e Pender), entre outras (Tomey & Alligood, 2004).

Em meados de 1930 preconiza-se a uniformização curricular em enfermagem e é aceite como uma profissão e disciplina académica por direito próprio, sendo inúmeras as teóricas que contribuíram para o desenvolvimento da profissão de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Em Portugal a profissão de Enfermagem é regulamentada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) publicado em Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. O mesmo artigo define que:

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo 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” (p.2960).

Para ser reconhecido como enfermeiro em Portugal, este tem que ser detentor de um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem é atribuído um título profissional que lhe reconhece competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados em enfermagem ao indivíduo, grupo ou comunidade, nos três níveis de prevenção (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro).

A especialização permite ao enfermeiro com habilitação para tal a atribuição de um título que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados para além de gerais, os da área de especialização (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro).

De acordo com o artigo n.º 4 do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, do Ministério da Saúde, a profissão de enfermagem tem como objetivo *“a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o ciclo de 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”* (p. 2960).

Tendo em conta as características da profissão de enfermagem, no ano de 2019 com o surgimento do COVID-19, os enfermeiros, tal como os outros profissionais de saúde, deparam-se a nível profissional com uma reestruturação de toda a dinâmica de profissional e social com todas as restrições e readaptações na comunidade que implicam uma pandemia.

1.3.1. Teoria da Transição de Meleis

Esta teoria foi criada pela enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis em meados da década de 1960. Para Meleis, o processo de transição consiste na transição de um estado (lugar ou condição) estabilizado com vista a outro estado estabilizado, exigindo por parte do indivíduo a passagem por um processo de conhecimento, alterações do seu comportamento e mudança do *self* (Meleis, 2010).

As transições podem ser de desenvolvimento, situação, saúde/doença e organização, podendo apresentar diferentes padrões, como o padrão simples ou múltiplo; sequencial ou simultâneo; relacionados ou não relacionados (Meleis, 2010).

Todas as transições são promotoras de mudança e para a sua compreensão é necessário identificar os seus efeitos e significados, podendo ser positivos ou negativos. A consciencialização está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição, quer seja quanto à sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas (pessoais, familiares, sociais) (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Meleis, teve por base vários autores como é o caso de Need Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart e Zelevinsky que referem que os processos de transições organizacionais, baseiam-se em diversos fatores como rácios de enfermeiros adequados, enfermeiros mais jovens e com pouca experiência profissional (Meleis, 2010).

Esta teoria também é utilizada como ferramenta para avaliar e orientar a construção de instrumentos de pesquisa para analisar a percepção dos enfermeiros e a realização profissional. São consideradas três dimensões neste modelo, sendo a natureza das transições, condições de transição e padrões de resposta (Meleis, 2010).

A transição refere-se ao padrão e tipo de transição, bem como às propriedades desse processo. A complexidade multifatorial na sua envolvência necessita de uma consciencialização da transição, envolvimento no processo, mudança entre as diferenças dos estados antigos e novos, um período temporal, pontos-chave e análise dos eventos que marcam o processo de transição (Meleis, 2010).

Meleis et al., enunciam que no contexto pessoal e social do processo de transição se refere às condições de transição, dando importância aos fatores que podem ser facilitadores ou inibidores do processo de mudança. A mudança de comportamento é completa quando existe a demonstração do domínio das novas competências e comportamentos aplicados ao novo contexto (Meleis, 2010).

O contexto de transição não ocorre de forma isolada, mas englobado de outras transições, sendo necessário o enfermeiro desenvolver um processo de transição, quer pessoal como profissional. O enfermeiro desenvolve também mudanças transitórias em situações

quotidianas, como é o horário de trabalho, interações sociais e alteração nas redes sociais (Meleis, 2010).

Os três domínios dos fatores que facilitam ou inibem o processo de transição são os pessoais, sociais e materiais. Esta adaptação a novos contextos por parte dos enfermeiros exige dos mesmos, uma necessidade de adaptação ao meio laboral, a maioria dos enfermeiros descreve como sendo um fator facilitador o amor e apoio da família e amigos, durante os processos transitivos. Os estudos feitos por Meleis referem ser importante o apoio pelos superiores hierárquicos, tendo sido expresso pelos enfermeiros como de extrema importância durante os processos de transição organizacionais, tanto como o aumento salarial e horário flexível são uma forma de incentivo. Experiências passadas em diferentes contextos e serviços, conferem maior adaptabilidade a processos de transição para novos papéis (Meleis, 2010).

Em contexto de pandemia por COVID-19, os profissionais de enfermagem debatem-se com novas dificuldades para a prestação de cuidados, onde esta adaptação ao stresse no trabalho remete os enfermeiros para um processo de transição ocupacional e adaptação a este novo contexto laboral. Tendo por base a Teoria da Transição de Meleis a natureza das transições condicionantes, facilitadoras e inibidoras das transições, condiciona padrões de resposta e terapêutica de enfermagem, podendo-se assim analisar quais os fatores transacionais inerentes neste processo adaptativo e quais as implicações que estas tiveram para os enfermeiros.

1.4. ANSIEDADE

Segundo Gall (1978) os quadros de ansiedade eram vistos como estados de inquietação, medo e terror, relacionados com uma ligação primordial entre a vida e a morte. Ansiedade e angústia são termos utilizados para definir o mesmo estado nesta época. A ansiedade era dividida em três tipos, sendo a ansiedade de objeto, a expectativa ansiosa e a ansiedade inconsciente, sendo a base da sua avaliação na perspetiva Freudiana.

De acordo com Townsend (2011); American Psychiatric Association (APA), (2014), os sentimentos como a ansiedade são experienciados pelas pessoas com alguma regularidade e podem ser percecionados de forma positiva ou negativa. Quando esta é percecionada positivamente pode motivar conquistas, sendo uma força necessária para a sobrevivência. O

termo ansiedade está associado a outros dois termos, stresse e medo, que não tendo o mesmo significado, encontram-se interligados. O stresse, ou mais propriamente o elemento stressor, é uma pressão externa exercida sobre a pessoa. Por outro lado, a ansiedade é a resposta emocional a esse stresse.

De acordo com a *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders- I* (DSM) a ansiedade é vista como algo difuso que não se cinge a situações ou objetos definidos. A ansiedade não é vista como algo que é controlado por um mecanismo fisiológico específico, como em casos de outras reações psiconeuróticas. Essa reação está frequentemente associada a sintomatologia psicossomática (APA, 1952).

Já Herdman & Kamitsur (2014), dá-nos uma visão da ansiedade como sendo um *“sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado de uma resposta automática (a fonte/origem é frequentemente inespecífica ou desconhecida para a pessoa), como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo. A ansiedade trata-se, assim, de um sinal de alerta para o perigo iminente que faz com que a pessoa seja capaz de tomar medidas para lidar com a ameaça percebida”* (p.614).

A vivência de uma situação de ansiedade pode ter implícitos sintomas objetivos ou subjetivos, desde alterações somáticas, motoras, cognitivas, fisiológicas, do sistema autónomo, bioquímico, endócrino às alterações comportamentais (Sequeira, 2006).

Por outro lado, o medo diferencia-se da ansiedade por ser um processo cognitivo, enquanto a ansiedade é um processo emocional subjetivo ao elemento stressor (Townsend, 2011).

Segundo a DSM-5, as perturbações de ansiedade resultam de uma situação de medo ou ansiedade face a uma situação de ameaça futura. O medo maioritariamente está associado a picos de excitação autonómica, processo necessário para a luta ou fuga, situações de perigo imediato e comportamentos de fuga. Por outro lado, a ansiedade está associada a tensão muscular e a um estado vígil em que a pessoa se encontra preparada para perigos futuros e comportamentos cautelosos de evitamento (APA, 2014).

O processo de medo e de ansiedade quando excessivos, podem levar a perturbações de ansiedade, sendo esta caracterizada por estado de medo e ansiedade que persiste para além de um período adequado de tempo (APA, 2014).

Por conseguinte, a ansiedade leva a distonias do Sistema Nervoso Autónomo e por conseguinte, a uma grande variedade de sintomas psíquicos e físicos (Sequeira, 2006).

A avaliação da ansiedade tem sido utilizada em vários contextos, sendo vários os instrumentos utilizados, nomeadamente o Inventário de Estado de Ansiedade (STAY-Y) (Silva, 2003), a Escala de Ansiedade de Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro et al., 2007) e a Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano, Serra & Relvas, 1982) (Sequeira & Sampaio, 2020).

O sentimento de ansiedade pode levar as pessoas no seu local de trabalho a sentirem-se demasiado agitadas para funcionar. O desgaste não está só relacionado, com uma grande carga de trabalho, mesmo não fazendo praticamente nada a pessoa sente-se esgotada ao final do dia. Por outro lado, existem pessoas que trabalham muito, mas não deixam de ter a sensação de que poderiam ter feito melhor e que no futuro terão de trabalhar mais, para obter melhores resultados. Existe a experiência de um sentimento de inquietação e de insegurança constante (Delbrouck, 2006).

Os enfermeiros que têm contacto próximo com pessoas com suspeita ou pneumonia confirmada por COVID-19, apresentam maior risco para desenvolver problemas mentais. Sentimentos como o medo da morte entre os próprios profissionais, sentimentos de solidão e raiva, podem desencadear emoções que podem levar ao stresse nos profissionais (Xiang et al., 2020). Outro estudo realizado por Du et al. (2020), durante o surto pandémico por COVID-19 em Wuhan, evidencia nos profissionais de saúde níveis moderados a graves de stresse e muitos deles relataram elevada ansiedade e depressão.

1.5. DEPRESSÃO

A melancolia como era anteriormente definida é referida desde os primórdios dos tempos, em que a depressão era avaliada pela apreciação dos comportamentos dos indivíduos e consoante a época era vista como influência dos deuses, como bruxaria ou loucura (Cordás & Emílio, 2017).

A DSM – I em 1952, define Reação Depressiva como um estado em que a ansiedade é atenuada e parcialmente aliviada. Esta reação é precipitada por um acontecimento atual, frequentemente associada a alguma perda do paciente e com associação de sentimentos de culpa por falhas ou atos do passado (APA, 1952).

A intensidade dos sentimentos em relação à sua perda (amor, poção), estão interligados com a reação do paciente. Para o diagnóstico na época era considerado:

“(1) a história de vida do paciente, com referência especial às mudanças de humor (sugestivas de reação psicótica), à estrutura da personalidade (neurótica ou ciclotímica) e aos fatores ambientais precipitantes e (2) ausência de sintomas malignos (preocupação hipocondríaca, agitação, delírios, particularmente somáticos, alucinações, graves sentimentos de culpa, insônia intratável, ruminacões suicidas, retardo psicomotor grave, retardo profundo de pensamento, estupor)” (APA, 1952, p.33).

De acordo com Roquebrume e Jouissemet (1988) a depressão descreve um estado psicológico bem definido onde predomina uma dor moral e perda de vontade de viver. A dor moral está relacionada com o estado depressivo, onde prevalece o pessimismo global, acompanhado de um sentimento de inferioridade, uma perda de consideração por si mesmo, o que na época distinguia depressão da simples tristeza.

Nesta época a depressão refletia-se na falta de vontade em viver e a perda de interesse por tudo o que constitui a nossa vida, por uma lentidão de espírito, um sentimento de ansiedade, fadiga, perturbação do sono e dores variadas, o que se pressupunha que levaria a um estado de desespero que levava a ideias suicidas, sendo este o facto de dar grande importância à depressão. Este estado era associado a quadros prolongados de cansaço (Roquebrume & Jouissemet, 1988).

Com o passar dos anos e com a evolução da psiquiatria, foram desenvolvidas novas versões da DSM, em 2014 a APA através da DSM-5, assume que as perturbações depressivas incluem as *“perturbações de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias ou medicamentos, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada”* (p.155). Para este diagnóstico é necessário um período

estipulado de tempo, em que a pessoa mantém os sintomas e para diagnóstico de depressão têm de ser cumprido os seus critérios de classificação.

A depressão é considerada uma alteração do humor, que se manifesta por sentimentos de tristeza, desespero e pessimismo. Relata-se a perda de interesse nas atividades consideradas habituais e sintomatologia psicossomática que pode ser evidente. Também são relatadas alterações do apetite e do padrão de sono (Townsend, 2011).

A etiologia da depressão não é evidente, todavia assume-se uma junção multifatorial, reconhecendo a combinação de influências genéticas, bioquímicas e psicossociais numa pessoa com suscetibilidade para a depressão (Townsend, 2011).

O contexto pandémico pelo novo coronavírus, colocou os profissionais de saúde num grupo de risco para desenvolver depressão e neste grupo os enfermeiros, que enfrentam um enorme desafio mental. A conjunção multifatorial, que pode levar ao diagnóstico de depressão, leva investigadores a conjugar *burnout*, ansiedade, depressão e medo. Através de um estudo transversal, descritivo e correlacional à grande escala Hu, et al. (2020) interligam através de um conjunto de instrumentos validados para a população em estudo, depreendendo um nível moderado a alto de desgaste emocional no trabalho, com evidência de exaustão emocional. O relato dos enfermeiros leva a níveis moderados a altos de ansiedade, depressão e medo.

1.6. BURNOUT

O termo *burnout* era habitualmente atribuído a indivíduos que habitualmente consumiam drogas e em 1974/75, Herbert Freudenberg utiliza esta terminologia para caraterizar um grupo de voluntários que trabalhavam em unidades de saúde e que apresentavam perda gradual das emoções, motivação e do empenho, com o acompanhamento de sintomatologia física e mentais. Na época Freudenberg, tendo por base a sua formação psicanalista atribui estas particularidades a pessoas idealistas que acabavam cansadas, desesperadas e que no final acabavam por necessitar de mais ajuda do que aqueles de quem cuidavam (Queirós, 2005).

Em 1976 Cristina Maslach verificou existir inter-relação entre o comportamento e emoções dos indivíduos em contexto laboral. Esta autora estudou o estímulo emocional provocado pelo trabalho (afastamento e desumanização) (Queirós, 2005).

Deste modo, o *burnout* é considerado como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional do trabalhador. Este acontecimento dá-se em resposta emocional à tensão crónica de lidar de forma exaustiva com outros seres humanos, principalmente quando têm problemas de saúde. Deste modo, pode-se considerar que o *burnout* difere dos outros tipos de resposta ao stresse, pelos efeitos nocivos causados ao trabalhador resultantes da interação social entre o ajudante e o destinatário (Maslach, 2003a).

Esta síndrome de exaustão emocional, caracterizada por sentimentos de despersonalização e redução de realização pessoal, tem por base uma situação de elevada exigência emocional prolongada no contexto laboral. O modelo multidimensional entra em contraste com as conceções unidireccionais para o *burnout*, englobando para além do stresse crónico no trabalho, a resposta da pessoa ao trabalho e sentimentos de ineficácia (Maslach, 2003b).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *burnout* é visto como um “*processo de coping comprometido: depleção de energia devido a stresse continuado; falta de apoio e de relações; conflitos entre as expectativas e a realidade*” (International Council of Nurses, 2019, p. 42).

Já em 1982 Maslach, refere que os enfermeiros apresentam sinais de esgotamento emocional, desinvestimento relacional e diminuição do sentimento de realização profissional. De forma, a incidir sobre os sinais de *burnout* nos enfermeiros, é necessário circunscrever e diagnosticar a exaustão. Podendo recorrer-se a escalas de exaustão destinadas a pessoal clínico, objetivando assim os sentimentos de sobrecarga nas equipas de cuidados. Numa segunda fase é necessário reconhecer o sofrimento e agir, instituindo planos e políticas para prevenção de *burnout*. Por último é necessário avaliar e reajustar os procedimentos instaurados (Delbrouck, 2006).

O modelo de CBI consiste em uma ferramenta de avaliação e medição do *burnout*, composta por três escalas de medida, relacionando aspetos pessoais, do trabalho e do utente,

podendo ser utilizada em vários domínios (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

Deste modo, as três dimensões da CBI avaliam em primeira análise o *burnout* pessoal onde se determina o grau de exaustão física, psicológica e a exaustão que a pessoa vivencia. Determina os sintomas gerais da exaustão física ou mental, que nem sempre estão relacionados com a situação profissional (Fonte, 2011).

O segundo parâmetro a ser avaliado é o *burnout* relacionado com o trabalho, onde é determinado o grau de cansaço físico, psicológico e exaustão que é percebida pela pessoa no seu contexto de trabalho. Interrelaciona-se com os sintomas de exaustão relativa ao meio laboral e é aplicada a todos os trabalhadores (Fonte, 2011).

O terceiro parâmetro a ser avaliado é o *burnout* relacionado com o cliente onde é avaliada a fadiga física, psicológica e de exaustão que a pessoa percebe referente ao trabalho. Esta tem aplicabilidade ao trabalho efetuado com clientes, nomeadamente a professores e enfermeiros (Fonte, 2011).

1.7. IMPACTO DO CONTEXTO PANDÉMICO ATUAL NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O surgimento inesperado de novo vírus que se tornou pandémico é um desafio para os enfermeiros de todo o mundo. Este acontecimento levantou novas questões de investigação, onde investigadores de todo o mundo começaram a debruçar-se sobre o impacto desta nova dinâmica nos profissionais de saúde.

Santos, Picó-Pérez e Morgado (2020), na sua revisão sistemática da literatura e comparando dados de estudos realizados em todo o mundo, faz referência às transformações causadas pela doença COVID-19, que trouxera novas perturbações na saúde, sociedade e economia. Os novos estudos debruçam-se sobre o impacto da pandemia na população, em grupos vulneráveis, entre eles os profissionais de saúde, que têm apresentado altos níveis de stresse, ansiedade e depressão. Este novo paradigma apresenta o aumento do risco para consumo de substâncias, suicídio, violência doméstica e luto. Conclui-se ser de máxima importância a análise e monitorização das populações de risco (Santos, Picó-Pérez & Morgado, 2020).

Podemos salientar que Surrati, Mansuri & Alihabi (2020), através de uma análise quantitativa, identificam nos profissionais de saúde uma elevada taxa de ansiedade e depressão entre os trabalhadores na área da saúde, independentemente do local onde desempenham funções, aumentando os níveis de stresse nesses profissionais.

Relativamente ao stresse e ansiedade durante a pandemia Çelmeçe & Menekay (2020) observaram os efeitos negativos na qualidade de vida dos enfermeiros. Concluíram que a pandemia afetou a sociedade em aspetos socioeconómicos e mentais. Estes autores defendem que se devem tomar medidas que identifiquem fatores de risco e que possam proteger os profissionais de saúde.

Os enfermeiros, como constituintes de uma grande parte dos profissionais de saúde dos hospitais, estão muito envolvidos no processo de cuidar da pessoa. Nota-se a importância de não descurar das necessidades destes profissionais de saúde, prevenindo assim, níveis de ansiedade e depressão em níveis aceitáveis e não prejudiciais, diminuindo o que os afeta, tanto a nível pessoal, como profissional (Han et al., 2020).

Os profissionais de saúde na China que trabalham em enfermarias de resposta a pessoas com suspeita ou com infeção por COVID-19, relatam sintomas de depressão, ansiedade, insónia e angústia (Lai et al., 2020).

A sobrecarga dos sistemas de saúde causada pela pandemia por COVID-19 e com a gravidade de sintomas, levou ao limite os sistemas de saúde, existindo relatos de escassez de equipamento médico, de meios humanos e de hospitais sem infraestruturas que suportem tal afluência, sendo necessário especial atenção dos gestores hospitalares (Shanafelt, 2020).

Tendo em conta a progressão da doença e o prolongamento desta ao longo do tempo, deve ser-se considerado que os profissionais necessitam de estar capazes para desempenhar as suas funções durante um intervalo de tempo prolongado, o que carece de uma especial atenção das instituições que devem auscultar os seus trabalhadores, devendo estes sentirem-se protegidos para não adquirir infeção por COVID-19 e no caso de serem infetados saberem que a instituição vai apoiá-los e às suas famílias. Os enfermeiros, tal como os outros profissionais de saúde não estão só sujeitos às alterações no meio laboral, mas também estão a sofrer mudanças sociais, emocionais e familiares (Shanafelt, 2020).

2. TIPO/ DESENHO DO ESTUDO

O ponto de partida para o estudo de enfermagem é uma situação considerada como problemática, isto é, um mal-estar, uma irritação, que, por conseguinte, é necessária uma compreensão do fenómeno. Esta problemática é uma situação que necessita de melhorar ou de uma modificação ou um desvio entre a situação atual e a situação como deveria ser (Fortin, 2009).

O problema de enfermagem, foi delineado com base no novo paradigma na prestação dos cuidados de enfermagem, causada pela pandemia de COVID-19 com início em dezembro de 2019 na China. Para responder às necessidades da realidade em estudo e compreender o problema, opta-se por um *focus group* a 5 profissionais do contexto da prática clínica e prestação de cuidados a pessoas com suspeita ou infetadas com COVID-19, de forma a compreender quais as suas preocupações e qual o impacto que o conceito de pandemia teve na sua dinâmica.

O *focus group* é uma técnica de investigação que através da interação do grupo se consegue recolher dados. Esta técnica como método de investigação tem aumentado, pelo facto de permitir colher junto de um grupo de pessoas muito mais informação do que através da entrevista individual num período de tempo menor e com menos custos (Soares, Veloso & Keating, 2014).

Por outro lado, tem a vantagem de ser um método de recolha de informação muito flexível, podendo a sua análise levar a um leque alargado de tópicos, gerando dados relevantes quer pela originalidade de alguns temas, quer pelo contributo que pode surgir para as posteriores fases de investigação (Soares et al., 2014).

Em contexto grupal de *focus group*, é criado um processo que é em alguns aspetos importante e diferente de uma entrevista em profundidade. Os dados obtidos surgem pela interação entre os participantes do grupo (Ritchie & Lewis, 2003).

O grupo de participantes manifesta as suas próprias opiniões e experiências e ouve a dos outros elementos. Esta partilha permite à reflexão sobre o que lhes foi dito, e à luz disso reconsiderar o que disseram relativamente ao seu ponto de vista, conseguindo explorar melhor a sua opinião. O avançar da discussão, leva a que a resposta individual se torne mais

aguçada e refinada, levando para um nível mais profundo e considerado (Ritchie & Lewis, 2003).

Como questão a ser estudada, levanta-se a seguinte problemática: “Qual o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão?”.

A revisão da literatura incorpora uma pesquisa sobre os conceitos em análise, permitido o acesso à evidencia científica sobre a temática, deste modo é possível ter uma fundamentação do que foi escrito sobre a temática em análise, melhorando assim, a questão de investigação (Fortin, 2009).

Por ser uma nova realidade, para formular hipóteses de estudo houve a necessidade de realizar, não apenas o *focus group*, mas também uma análise de trabalhos e publicações submetidas anteriormente. Procedeu-se a uma revisão da literatura e organizou-se o problema recorrendo à abordagem PICO, cujo acrónimo representa: Patient (utente), Intervention (intervenção), Comparison (comparação) e Outcome (resultados) (Galvão & Pereira, 2014). Foram utilizados os descritores: *Burnout*; Ansiedade (anxiety); Depressão (depression); Enfermeiros(as) (nurses); Pandemia (pandemics); COVID-19, validados através do Medical Subject Headings - MeSH), (Quadro- 1) no qual após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 9 artigos na integra.

Quadro 1 - Abordagem PICO

P	População/Pacientes	Enfermeiros(as)
I	Intervenção	Avaliar o impacto psicológico da pandemia por COVID-19 relativamente ao <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.
C	Comparação	Enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com suspeita ou portadoras de COVID-19 comparativamente a enfermeiros que não prestam cuidados nesses serviços
O	Desfechos (resultados em saúde) – eficácia	Resultado dos níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada entre o mês de dezembro de 2020 e janeiro de 2021, onde foi realizada uma pesquisa em várias bases de dados científicas, tendo por base os critérios de inclusão/exclusão (Quadro-2): EBSCOhost [CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of

Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Medclatina; Health Technology Assessments e NHS Economic Evaluation Database]; Cochrane Portugal; Elsevier - Science Direct (Freedom Collection); RCAAP e B-on.

Quadro 2- Critérios de inclusão/exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos publicados entre 2019 e 2021	Artigos de outras línguas que não Português, Inglês ou Espanhol.
Artigos em Português, Inglês e Espanhol	Artigos que não contemplem enfermeiros em época de COVID-19
Artigos completos de acesso livre	Artigos que não contemplem <i>Burnout</i> , ansiedade e depressão.

A seleção dos artigos deu-se de acordo com o apresentado no diagrama do processo de seleção dos artigos (Quadro – 3).

Quadro 3- Diagrama do processo de seleção dos artigos

Revisão da Literatura	
Fase 1: Definição das bases de dados	EBSCOhost [CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Medclatina; Health Technology Assessments e NHS Economic Evaluation Database]; Cochrane Portugal; Elsevier - Science Direct (Freedom Collection); RCAAP, B-on
Fase 2: Definição dos descritores	Descritores: <i>Burnout</i> ; Ansiedade (anxiety); Depressão (depression) Enfermeiros(as) (nurses); Pandemia (pandemics); COVID-19. - Texto completo de acesso livre -Revisto por pares - Intervalo de tempo (2019-2020) - Artigos em Português; Inglês e Espanhol
Fase 3: Análise dos títulos e resumos.	Excluídos por título, palavras-chave e resumo: 707 resultados excluídos. Artigos potencialmente interessantes (n- 23)
Fase 4: Análise dos textos completos	Artigos repetidos (n-1) Artigos excluídos (n-13)
9 Artigos incluídos na revisão	

No Quadro - 4, apresenta-se os artigos selecionados para análise, sendo estes numerados, identificando os autores, data e título.

Quadro 4 - Identificação dos artigos científicos

Nº	Autores	Ano	Título
E1	Surrati, A., Mansuri, F., & Alihabi, A.	2020	<i>Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers.</i>
E2	Janeway, D.	2020	<i>The Role of Psychiatry in Treatin Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic.</i>
E3	Miguel-Puga, J., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F., Sanchez-Hurtado, L., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E. & Jáuregui-Renaud, K.	2020	<i>Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study.</i>
E4	Dobson, H., Malpas, C., Burrell, A., Gurchich, C., Chen, L., Kulkarni, J. & Winton-Brown, T.	2020	<i>Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic.</i>
E5	Giusti, E., Pedrolì, E., D'Aniello, G. Badiale, C., Pietrabissa, G., Manna, C., Badiale, M., Riva, G., Caselnuovo, G. & Molinari, E.	2020	<i>The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study.</i>
E6	Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., Cai, S., Zhai, Y., Latour, J. & Zhu, C.	2020	<i>Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 0000Epidemic in Wuhan and Shanghai, China.</i>
E7	Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zang, X., Zhu, L., Wan, S., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H. & Zhu, J.	2020	<i>Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated 000000 factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study.</i>
E8	Han, L., Wong, F., Surgery, D., Li, S., Yang, Y., Jiang, M., Ruan, Y., Su, Q. & Ma, Y.	2020	<i>Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak.</i>
E9	Çelmeçe, N. & Menekay, M	2020	<i>The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life.</i>

Tendo em conta o apresentado na Quadro - 5 encontra-se a análise de conteúdos informais dos estudos, tendo por base os seguintes critérios: identificação do estudo, principais resultados do estudo e variáveis que contribuem para o aumento do *burnout*, ansiedade e depressão, constituindo assim também fatores para análise no *focus group* e posteriormente definição de hipóteses para estudo.

Quadro 5– Análise do conteúdo informal dos estudos

Resultados dos estudos	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Os enfermeiros apresentam maiores níveis de <i>burnout</i> .		X	X	x	x	X	X		
Os enfermeiros apresentam maiores níveis de depressão.	x	X	X	x	x		X	X	X
Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade.	x	X	X	x	x		X	X	X
Apresentam sinais de alerta, com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias.		X	X						
As mulheres casadas e com filhos apresentaram níveis de stresse superior comparativamente aos homens.	x		X		x			X	X
Fatores geradores de stresses	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Falta de material de proteção individual	x	X							X
Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.		X					x		
Falta de realização profissional.					x	X			
Medo de infetar familiares/amigos.	x	X			x	X		X	
Isolamento social.	x					X			
Medo de morrer.	x					X	x		
Falta de suporte social/familiar.	x				x	X	x		
Alta taxa de mortalidade dos clientes.		X							
Profissionais mais jovens apresentam níveis de desgaste psicológico superiores a profissionais com idade mais idade.			X			X			
Número acrescido de horas de trabalho.					x		x		X
Medo de contrair a doença.	x				x				
Relação com as chefias.						X			
Enfermeiros com maiores níveis de resiliência, tem níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão inferiores.			X				x		
Falta de férias/ dias de descanso.								X	
Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Remuneração inadequada.									X
Uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões.						x	x		

Após a análise dos estudos e com base nos resultados do *focus group* (Apêndice-I), enunciados no Quadro – 6, foram delineadas as hipóteses de estudo, conforme o descrito no capítulo 4 deste documento.

Quadro 6- Análise das experiências vivenciadas no contexto de prestação de cuidados

Resultados do <i>focus group</i>	P1	P2	P3	P4	P5
Os enfermeiros apresentam maiores níveis de <i>burnout</i> .	x			x	X
Os enfermeiros apresentam maiores níveis de depressão.		x			
Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade.	x	x		x	X
Apresentam sinais de alerta, com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias.	x			x	X
As mulheres casadas e com filhos apresentaram níveis de stresse superior comparativamente aos homens.					X
Fatores geradores de stresses	P1	P2	P3	P4	P5
Falta de material de proteção individual.			x	x	X
Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/falta de profissionais de saúde.	x	x	x	x	X
Falta de realização profissional.	x	x	x	x	X
Medo de infetar familiares/amigos.	x	x	x	x	X
Isolamento social.	x	x	x		X
Medo de morrer.					
Falta de suporte social/familiar.	x	x	x	x	X
Alta taxa de mortalidade dos clientes.					
Profissionais mais jovens apresentam níveis de desgaste psicológico superiores a profissionais com idade mais idade.					
Número acrescido de horas de trabalho.			x		
Medo de contrair a doença.		x		x	X
Relação com os superiores hierárquicos.	x	x	x	x	X
Enfermeiros com maiores níveis de resiliência, tem níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão inferiores.				x	
Falta de férias/ dias de descanso.		x		x	X
Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Remuneração inadequada.	x			x	X
Uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões.		x	x	x	

Na análise comparativa entre a revisão da literatura e o *focus group*, pode-se constatar que existem fatores que convergem e contribuem para o aumento de stresse dos enfermeiros. Numa análise mais detalhada, existem estudos que defendem que os enfermeiros apresentam maiores níveis de *burnout*, nomeadamente o estudo E2, E3, E4, E5, E6 e E7, o que é referido pelos enfermeiros P1, P4 e P5.

Relativamente à depressão e ansiedade os estudos são quase todos unânimes, sendo que o estudo E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8 e E9 referem o aumento dos níveis destas variáveis de estudo, o que não se verifica aquando do *focus group*, relativamente à depressão só é referida pelo enfermeiro P2, enquanto a ansiedade é referenciada pelos enfermeiros P1, P2 P4 e P5.

Quanto à variável que identifica sinais de alerta com o aumento do isolamento (consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias), apenas é abordado no E2 e E3 e referenciado pelos enfermeiros P1, P4 e P5.

Outro fato descrito em vários estudos, foi que mulheres casadas e com filhos apresentam níveis de stresse superiores aos homens, descrevendo nos estudos que este fato pode estar associado ao medo de serem portadoras do vírus e infetar os filhos, encontramos a descrição destes dados nos estudos E1, E3, E5, E8 e E9, contudo contrapondo com os enfermeiros que foram inquiridos só foi referido pela enfermeira P5, a salientar que foi a única enfermeira casada e com filhos.

Os enfermeiros P3, P4 e P5 referem como fator stressante a falta de material de proteção individual, enquanto apenas o E1 e E2 estudaram esta variável. Em contrapartida, quanto à falta de condições de trabalho/ falta de profissionais de saúde, todos os enfermeiros identificam esta problemática, enquanto unicamente é evidenciada pelos estudos E2 e E3.

Todos os enfermeiros sentiram falta de realização profissional em contexto de *praxis clínica*, convergindo com o descrito nos estudos E5 e E6.

O medo de infetar familiares e amigos é um sentimento uniforme em todos os enfermeiros investigados, o que é confirmado pela maioria dos estudos nomeadamente E1, E2, E5, E6 e E8. O sentimento de isolamento social enunciado nos estudos E1 e E6, vão ao encontro ao narrado pelos enfermeiros P1, P2, P3 e P5.

O medo de morrer não é sentido pelos enfermeiros intervenientes no *focus group*, mas é uma realidade enunciada nos estudos E1, E6 e E7. Contrapondo a variável anterior, temos a falta de suporte social/familiar que é sentida por todos os enfermeiros e confirmada pelos estudos E1, E5, E6 e E7.

A alta taxa de mortalidade dos clientes é sentida no estudo E2 e não foi referenciada pelos enfermeiros. A variável descrita nos estudos E3 e E6, onde refere que os profissionais mais jovens apresentam níveis de desgaste psicológico superiores a profissionais com mais idade, não se verificou nos enfermeiros inquiridos, mas analisando os dados sociodemográficos não havia na população do *focus group* enfermeiros que pudessem corroborar com esta variável.

Os estudos E5 e E7 abordam as horas acrescidas de horas de trabalho, todavia só o enfermeiro P3 identifica esta variável como fator de stresse. O medo de contrair a doença inumerado no estudo E1 e E5, comprova-se pelos enfermeiros P2, P4 e P5.

Apesar de só ser descrito no estudo E6, a relação com os superiores hierárquicos como fator de desgaste foi sentida por todos os enfermeiros que identificam esta variável como sendo um fator de stresse. Os maiores níveis de resiliências nos enfermeiros, como fator facilitador para lidar com o stresse é abordado nos estudos E3 e E7 e unicamente referido pelo enfermeiro P4.

Os enfermeiros P2, P4 e P5 enumeram a falta de férias/ dias de descanso o que é certificado no estudo E8.

Referido pelos enfermeiros P1, P4 e P5 as práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse de profissionais de saúde/ remuneração inadequada, apenas é inumerado no estudo E9. O uso prolongado de EPI's, provocam desgaste físico e lesões é enumerado nos estudos E6 e E7 e pelos enfermeiros P2, P3 e P4.

Com o intuito de selecionar quais os fatores a introduzir no estudo, opta-se pelas variáveis que sejam referenciadas em pelos menos 50%, quer nos estudos da revisão da literatura e/ou no *focus group*, ficando contempladas as seguintes:

- Os enfermeiros apresentam maiores níveis de *burnout*;
- Os enfermeiros apresentam maiores níveis de depressão;
- Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade;
- Apresentam sinais de alerta, como o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias;

- As mulheres casadas e com filhos apresentaram níveis de stresse superior comparativamente aos homens;
- Falta de material de proteção individual;
- Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde;
- Falta de realização profissional;
- Medo de infetar familiares/amigos;
- Isolamento social;
- Falta de suporte social/familiar;
- Medo de contrair a doença;
- Relação com os superiores hierárquicos;
- Falta de férias/ dias de descanso;
- Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Remuneração inadequada;
- Uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões;

Para estudar a problemática em questão, opta-se por uma abordagem quantitativa de cariz descritiva-correlacional e transversal. O estudo quantitativo baseia-se na perspetiva teórica do positivismo, constituindo um processo de dedução, pelo qual a análise dos dados numéricos fornece conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo (Fortin, 2009).

A base de investigação descritiva, objetiva descobrir novos conhecimentos, descrevendo assim fenómenos existentes, determinando a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população. É um tipo de estudo utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre uma determinada temática. Para a colheita de dados neste tipo de estudo, pode recorrer-se à entrevista, observação ou questionário (Fortin, 2009).

A investigação correlacional fundamenta-se nos estudos descritivos perspetivando o estabelecimento de relações entre conceitos ou variáveis. Este visa identificar os conceitos em estudo e determinar se existe correlação entre os mesmos. As hipóteses ajudam a estabelecer relações entre um número de variáveis precisas. A interligação das variáveis leva-nos a explicar a natureza destas relações (Fortin, 2009).

Os estudos transversais analisam a frequência de um acontecimento e os seus fatores de risco numa população, aplicando-se em um ou em dois grupos, no mesmo espaço temporal (Harkness, 1995, *as cited in* Fotin 2009).

3. OBJETIVO/S DA INVESTIGAÇÃO

O objetivo de um estudo delinea o porquê da investigação. Este orienta a investigação segundo os domínios estabelecidos no domínio da questão, especificando as variáveis chaves da investigação, população alvo e contexto do estudo (Fortin, 2009).

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se os enfermeiros que trabalham em serviços de atendimento a pessoas com infeção ou com suspeita de COVID-19 apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superiores aos enfermeiros que não prestam cuidados a estas pessoas.

- Analisar de que forma as características profissionais da população, os sintomas vivenciados e as experiências vivenciadas na prestação de cuidados contribuem o aumento da ansiedade e depressão nos enfermeiros.

- Analisar de que forma as características profissionais da população, os sintomas vivenciados e as experiências vivenciadas na prestação de cuidados influenciam o desenvolvimento de *burnout* nos enfermeiros.

- Avaliar os níveis de *burnout* nos enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19.

- Avaliar os níveis de ansiedade e depressão nos enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19.

4. QUESTÕES / HIPÓTESES

As questões em investigação, são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem por norma uma ou duas variáveis, assim como a população em estudo. As questões em investigação relacionam as variáveis em estudo e precisam as mesmas (Fortin, 2009).

As hipóteses em estudo constituem um enunciado formal das relações precisas entre as variáveis. A hipótese tem a funcionalidade de interligar o problema e o objetivo numa previsão clara dos resultados que se espera do estudo, com base numa teoria subjacente. As hipóteses incluem as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação que se irá realizar. Diferencia-se das questões de investigação pelo fato de predizer os resultados do estudo, indicando se a hipótese é confirmada ou infirmada (Fortin, 2009).

Hipótese 1 - Os enfermeiros com níveis de ansiedade e depressão mais elevados, apresentam níveis de *burnout* mais elevados.

Hipótese 2 - Os enfermeiros que trabalham ou trabalharam com pessoas com suspeita ou infetados com COVID-19 apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superior a enfermeiros que não trabalham com esta população.

Hipótese 3- Os enfermeiros que experienciam sintomas com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias, apresentam níveis mais elevados de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 4- As mulheres casadas e com filhos apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superiores comparativamente aos homens.

Hipótese 5- A falta de material de proteção individual é um fator contributivo para aumento dos níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 6- Enfermeiros com falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde são geradores de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 7- Enfermeiros com sentimentos de falta de realização profissional exibem níveis mais elevados de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 8- O medo de infectar família/amigos relaciona-se com maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 9- O isolamento social está correlacionado com o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros.

Hipótese 10- Enfermeiros que referem falta de suporte social/familiar desenvolvem maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 11- O medo de contrair a doença contribui para o aumento de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 12- O aumento do *burnout*, ansiedade e depressão, estão relacionados com a relação com os superiores hierárquicos.

Hipótese 13- Enfermeiros que sentem falta de férias/dias de descanso demonstram maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Hipótese 14- Fatores como práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração adequada contribuem para diminuir *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros.

Hipótese 15- O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, relaciona-se positivamente com o desgaste físico e lesões, contribuindo para maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

5. METODOLOGIA

A fase metodológica baseia-se na elaboração de um plano em que o investigador delimita o processo de obtenção das respostas às hipóteses em investigação. O desenho de investigação varia consoante o objetivo em estudo (Fortin, 2009).

Esta fase compreende quatro etapas: escolha do desenho de investigação, definição da população e amostra, elaboração de métodos ou escalas de medição ou tratamento de variáveis e escolha dos métodos de colheita e análise de dados (Fortin, 2009).

5.1 PARTICIPANTES

No presente estudo, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros do HDES - EPER, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão, optou-se por selecionar como alvo de avaliação os enfermeiros que exercem funções nos serviços que cuidam de pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19, e de modo a poder realizar uma análise comparativa entre estes enfermeiros e os restantes da mesma instituição é proposta a aplicação das mesmas ferramentas de avaliação ao número idêntico de enfermeiros que não prestem cuidados diretos a pessoas com suspeita ou infetadas por COVID-19.

Segundo Fortin (2009), o processo de seleção de amostragem é um procedimento pelo qual *“um grupo de pessoas (amostra) é escolhido de maneira a representar a população inteira”* (p. 310). Quando o investigador consegue delinear dentro da sua população, qual é o subconjunto que irá fazer parte da sua amostra, este deve definir o plano de amostragem, onde descreve quais as estratégias que utilizou para selecionar a amostra.

O processo de amostragem consiste na identificação da população, com base nas características pré-definida para o estudo. A população alvo comporta um conjunto de pessoas que se incorporem nos critérios de seleção e que permitam daí estabelecer conclusões (Fortin, 2009).

Neste estudo opta-se por uma amostra não probabilística por seleção racional ou por conveniência. A análise não probabilística consiste num processo de seleção, no qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual em ser selecionado. Esta definição

da amostra tem o risco de não ser tão representativa quanto a abordagem probabilística (Fortin, 2009).

A amostragem por conveniência tem por base uma seleção racional, constituindo-se por base num julgamento do investigador em função do seu alvo em estudo (Fortin, 2009). Os elementos basilares desta amostra relacionam-se de forma intencional, de acordo com as características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas (Richardson, 1999). Neste caso é necessário definir o sujeito tipo para que a amostra tenha uma representatividade do universo em estudo (Fortin, 2009; Richardson, 1999).

Foi definida amostragem não probabilística por conveniência, tendo por base as variáveis em estudo, pelo que foram contemplados os serviços onde os enfermeiros trabalham em serviços de atendimento a pessoas adultas com infeção ou com suspeita de COVI-19 e serviços em que os enfermeiros não trabalham na prestação de cuidados a pessoas com infeção ou com suspeita de COVID-19.

Os critérios de inclusão serão enfermeiros trabalhadores do HDESPD- EPER, que prestem cuidados à pessoa adulta. Como critérios de exclusão, enfermeiros que não se encontrem na prestação de cuidados, enfermeiros que prestem cuidados exclusivos à criança e adolescente.

A população total de enfermeiros que respeitam os critérios de inclusão são $n = 546$, sendo dos seguintes serviços: Bloco de Partos, Bloco Operatório, Cirurgia I, Cirurgia II, Cirurgia III, Cirurgia IV, Cirurgia V, Consulta Externa, Hospital de Dia de Oncologia, Medicina I, Medicina II, Medicina III, Medicina IV, Medicina V, Serviço de Cardiologia, Serviço de Diálise, Serviço de Doenças Infeciosas, Serviço de Endoscopia, Serviço de Obstetrícia, Serviço de Ortopedia, Serviço de Pneumologia, Serviço de Psiquiatria, Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios e Unidade de Cuidados Paliativos.

A realização de trabalhos estatísticos mostra que a distribuição do universo de uma informação colhida por técnica de amostragem, enquadra-se na lei normal da probabilidade, com valores centrais elevados (Fortin, 2009; Richardson, 1999). Deste modo, pretende-se atingir um nível de confiança de 95%.

Os resultados obtidos da amostra não podem ser considerados rigorosos e exatos em relação ao universo representado, supondo assim erros de medição (Fortin, 2009; Richardson, 1999). Para este estudo define-se um erro de medição de 5%, o que após o cálculo é definido um tamanho da amostra, pretendendo-se no mínimo 226 questionários respondidos.

5.2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O surto pandémico causado pelo vírus COVID-19 (SAR-CoV-2), exigiu a nível dos serviços de saúde de todo o mundo uma reestruturação e Portugal não foi diferente. Este acontecimento exigiu uma nova abordagem não só a nível das estruturas físicas, mas também uma adaptação dos profissionais de saúde a uma nova realidade. Com o intuito de analisar qual o impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros, o presente processo de investigação propõe-se a avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão.

Este estudo decorre no HDES – EPER, sendo de cariz quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. A colheita de dados será realizada através da aplicação de um questionário que compreende várias partes, incluindo caracterização sociodemográfica/questões gerais, com o intuito de caracterizar o fenómeno. A avaliação dos níveis de ansiedade será obtida através da aplicação da escala HADS Versão Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007), e a avaliação dos níveis de *burnout* foi realizada através da escala de CBI, adaptada para a população Portuguesa (Fonte, 2011), sendo os dados tratados através do SPSS versão 27 para Windows.

Optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência, sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão na população alvo.

5.3 MEDIDAS

A análise dos dados de forma descritiva, dá-se pelo processo no qual o investigador resume os dados brutos com o auxílio de meios estatísticos. Este tem como finalidade descrever e caracterizar a amostra, respondendo assim às questões de investigação. Os conceitos na caracterização da amostra são definidos de forma operacional, com o recurso a variáveis e depois medidos com o auxílio de instrumentos de medida (Fortin, 2009).

5.4 DADOS DEMOGRÁFICOS

No presente estudo, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros do HDES - EPER, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão, optou-se por selecionar como alvo de intervenção os enfermeiros que exercem nos serviços que cuidam de pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19, e de modo a poder realizar uma análise comparativa entre estes enfermeiros e os restantes da mesma instituição é proposta a aplicação das mesmas ferramentas de avaliação ao número idêntico de enfermeiros que não prestem cuidados diretos a pessoas com suspeita ou infetadas por COVID-19.

5.5 ESCALAS

Os instrumentos de medida utilizados são uma caracterização/questões gerais, que visa a caracterização do fenómeno e da amostra, a escala HADS Versão Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007) e a escala de CBI, adaptada a população Portuguesa (Fonte, 2011).

5.5.1 Escala de HADS

No que concerne à escala de HADS, este é um instrumento válido e confiável para avaliar a ansiedade e depressão na população Portuguesa. Este instrumento de avaliação que consiste em duas subescalas, uma direcionada à ansiedade e outra à depressão, com sete itens pontuados separadamente. A cada item a pessoa alvo da avaliação categoriza a resposta em 4 pontos, entre 0 e 3, para que as pontuações variem entre 0 a 21 para a ansiedade e 0 a 21 para a depressão, a sua realização dura entre 2 a 5 minutos (Snaith, 2003, *as cited in* Pais-Ribeiro et al., 2007). A HADS quando pontua entre 0 a 7 é considerado normal, entre 8 a 10 leve, entre 11 a 14 moderado e entre 15 a 21 é considerado grave. A confiabilidade da escala foi testada através do *alfa de Cronbach* para avaliar a consistência interna entre as duas escalas. Relativamente à ansiedade o *alfa de Cronbach* foi de 0.76 e foram encontrados itens correlacionais corrigidos para a sobreposição entre 0.43 e 0.57, com a maioria de correlação no intervalo 0.5-0.59. Denota-se exceção no item de avaliação 11 com uma baixa correlação de 0.24, o que também foi encontrado em outros estudos (Montezzeri, Vahdaninia, Ebrahimi & Jarvandi, 2003; Muszbek et al., 2005, *as cited in* Pais-Ribeiro et al., 2007).

Quanto à depressão o alfa de *Cronbach* de 0.81 é encontrado no item de correlação, corrigido para sobreposição entre valores de 0.37 e 0.64 com valores de correlações de intervalo entre 0.60-0.69. Outros estudos também encontram uma correlação de 0.37 para o item 8 (Botega et al., 1995, *as cited in* Pais-Ribeiro et al., 2007).

As semelhanças dos valores de *Cronbach* são descritas nas revisões de estudos internacionais de Bjelland et al., (2002), sendo de 0.76 a 0.93 para ansiedade e 0.67 e 0.90 para a depressão, as correlações teste também demonstraram resultados conforme o esperado (Pais-Ribeiro et al., 2007).

A análise fatorial confirmatória (CFA) utilizando EQA V6.1 (Bentler & Wu, 1995), foi utilizada para a testagem modelos hipotéticos de dois fatores. Pais-Ribeiro et al. (2007). Nesse estudo os resultados para CFA para a solução de dois fatores, $\chi^2(76) = 334.90$; Robust Comparative Fit Index (RCFI) = 0.95; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.05 (intervalo de confiança de 95% = 0.46- 0.057) indica para a solução dos dois fatores bons índices de ajuste (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Os resultados dos estudos confirmam a confiabilidade da HADS para a versão em Português na sua aplicabilidade em ambientes médicos. As propriedades métricas são semelhantes em estudos gerais efetuados em outras línguas, garantindo assim que esta versão pode ser usada como utensílio de rastreio para ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

5.5.2 Escala de CBI

O questionário CBI foi constituído como instrumento no âmbito do Projeto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no trabalho, iniciado em 1997 na Dinamarca (Kristensen et al, 2005, *as cited in* Fonte, 2011).

A CBI, mostra boas características psicométricas possibilitando a sua aplicação na deteção de *burnout* nos enfermeiros. Esta escala é constituída por 21 questões e subdividida em três categorias (exaustão emocional; despersonalização e realização pessoal) (Fonte, 2011).

Relativamente ao *burnout* pessoal, a frequência a que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções que varia entre 0 “nunca/quase nunca” e 100 “sempre”. Esta dimensão é avaliada em 6 questões (Fonte,2011).

Quanto ao *burnout* relacionado com o trabalho, este é avaliado numa escala de cinco opções, as três primeiras questões variam entre 0 “muito pouco” e 100 “muito” e nas últimas quatro questões a variância dá-se entre 0 “nunca/quase nunca” e 100 “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida 100 “nunca/quase nunca e 0 “sempre”. Esta dimensão é avaliada em 7 questões (Fonte, 2011).

No *burnout* relacionado com o utente, esta é avaliada numa escala de 5 opções, nas primeiras três questões varia entre 0 “muito pouco” e 100 “muito”, nas últimas duas questões varia entre 0 “nunca/quase nunca” e 100 “sempre”. Esta dimensão é constituída por 6 questões (Fonte, 2011).

No estudo “*Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*” é considerado como um nível de *burnout* elevado os valores iguais ou superiores a 50 pontos (Borritz e Kristensen, 2004 *as cited in* Fonte, 2011).

Os valores de *alfa Cronbach* demonstram-se satisfatórios e revelam uma boa consistência interna para as três escalas do CBI, deste modo, o *burnout* pessoal apresenta um *alfa Cronbach* 0.85, o *burnout* relacionado com o trabalho revela um *alfa Cronbach* de 0.829 e o *burnout* relacionado com o utente tem um *alfa Cronbach* de 0.796. O que indica uma boa consistência interna na validação da escala para português (Fonte, 2011).

A validade realizada a partir da matriz de correlação entre as três escalas CBI com as dimensões da escala MBI (Inventário de *Burnout* de Maslach). A escala de *burnout* pessoal demonstra uma correlação positiva forte com a exaustão emocional (0.79), no entanto no que concerne à realização pessoal apresenta uma correlação moderada negativa (-0.490) (Fonte, 2011).

Analisando o *burnout* relacionado com o trabalho a correlação é positiva a forte quando interligado com a exaustão emocional (0.797) e correlaciona-se de forma negativa moderada com a realização pessoal (-0.490) (Fonte, 2011).

Fonte (2011), também refere que a escala referente ao *burnout* relacionado com o utente a correlação é positiva a moderada com a exaustão emocional (0.632) e negativa moderada com a realização pessoal (-0.461).

5.6 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

O construto do questionário foi realizado com o auxílio da plataforma *Survio*, tendo sido revisto por 6 indivíduos, de forma a verificar se existiam dúvidas no preenchimento do mesmo, o que não se verificou. A recolha de dados iniciou-se com a apresentação do estudo pelos serviços e envio do link de acesso ao questionário eletrónico, por meio do e-mail e redes sociais. Por não haver internet no HDES-EPER no período de recolha de dados, posteriormente também foi feita a distribuição do questionário em formato papel pelos serviços. Todas as participações foram voluntárias e anónimas, respeitando as normas éticas necessárias para a investigação científica, após parecer favorável da Comissão de Ética, Serviço de Saúde Ocupacional e Conselho de Administração do HDES-EPER (Anexo-I).

5.6.1 Teorema do limite central

O teorema do limite central consiste numa forma de distribuição que está na base da interferência estatística, a distribuição da média amostral. Esta consiste em uma distribuição teórica de múltiplas amostras do mesmo tamanho tiradas de forma aleatória de uma mesma população. Esta distribuição é considerada teórica, pois não pode ser concretizada na prática (Fortin, 2009).

Quando uma medida se repete até ao infinito recolocando-se cada vez a amostra na população, cada uma das médias das amostras probabilísticas tomadas individualmente formará um polígono de frequências, este denomina-se por uma distribuição de médias amostrais (Norwood, 2000 *cited in* Fortin, 2009).

O fenómeno do teorema do limite central, tem por base que o estabelecimento da distribuição das médias amostrais seguem uma curva normal teórica. As porções dos scores ou os valores entre dois pontos são conhecidos numa distribuição normal, sendo possível determinar o desvio entre a média da amostra de uma determinada população (Norwood, 2000 *cited in* Fortin, 2009).

Nos casos em que n é igual ou superior a 30, pode-se considerar que existe uma tendência para considerar que existe uma tendência de uma determinada característica, sendo que a regra do teorema do limite central considera que resultante de uma amostra aleatória de 30 ou mais sujeitos tem tendência a aproximar-se do valor da população alvo (Hinkle, Wiersa &

Jurs, 1988, Norwood, 2000 *cited in* Fortin, 2009). Tendo em conta o tamanho da amostra deste estudo foi considerada o teorema do limite central para a escolha de testes paramétricos. Baseando-se no teorema do limite central, o estudo utilizou testes paramétricos, pela distribuição normal das variáveis.

6. RESULTADOS

Os enfermeiros do HDES-EPER que cumpram os critérios de inclusão neste estudo, foram convidados a participar em um inquérito online e em papel de forma anónima que investiga o impacto que a pandemia por COVID-19, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão, onde para isso foram colhidos dados relativos a uma caracterização sociodemográfica/questões gerais e preenchidas duas escalas, a Escala HADS (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007) e a Escala de CBI, adaptada à população Portuguesa (Fonte, 2011). De uma população de 546 enfermeiros, participaram no preenchimento do questionário 234 enfermeiros.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, regressões lineares e o teste Manova. Utilizou-se a Manova porque as variáveis dependentes estão correlacionadas, pois são dimensões de um mesmo construto teórico. A homogeneidade da matriz de variâncias e covariâncias foi analisada com o teste Box M. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS versão 27 para Windows.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Colaboraram no estudo um total de 234 enfermeiros, caracterizados conforme as suas características sociodemográficas (Tabela-1). A média de idades era de 38.1 anos, variando entre um mínimo de 22 e um máximo de 63 anos. A maioria era do sexo feminino (83.3%), casada (61.5%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (n = 234)

	n	%
Idade (M; DP)	38.1	10.1
Sexo		
Feminino	195	83,3
Masculino	39	16,7
Estado civil		
Solteiro/a	71	30,3
Casado/a	144	61,5
Divorciado/a	18	7,7
Viúvo	1	,4
Filhos		
Não	111	47.4
Sim	123	52.6

Relativamente aos dados profissionais (Tabela–2), pode-se constatar que a amostra apresenta na sua maioria licenciatura (94.9%), são enfermeiros de cuidados gerais (70.9%) com um horário de 35 horas (48.7%) e com um Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (59%). O serviço mais representado foi o de Urgências (24.8%).

Tabela 2 - Caracterização de dados profissionais (n = 234)

Formação académica	N	%
Bacharelato	2	,9
Licenciatura	222	94,9
Mestrado	10	4,3
Categoria profissional		
Enfermeiro de cuidados gerais	166	70,9
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	8	3,4
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	12	5,1
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	6	2,6
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	13	5,6
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	9	3,8
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica	20	8,5
Horário		
Menos de 35 horas	6	2,6
35 horas	114	48,7
40 horas	35	15,0
> 40 horas	79	33,8
Tipo de horário		
Fixo	61	26,1
Misto	23	9,8
Rotativo por turnos	150	64,1
Serviço		
Bloco de Partos	10	4,3
Bloco Operatório	17	7,3
Cirurgia I	5	2,1
Cirurgia II	7	3,0
Cirurgia III	11	4,7
Cirurgia IV	7	3,0
Consulta Externa	11	4,7
Medicina I	6	2,6
Medicina II	5	2,1
Medicina III	5	2,1
Medicina IV	2	0,9
Medicina V	9	3,8
Serviço de Cardiologia	11	4,7
Serviço de Diálise	6	2,6
Serviço de Doenças Infeciosas	9	3,8
Serviço de Endoscopia	3	1,3
Serviço de Obstetrícia	9	3,8
Serviço de Ortopedia	3	1,3
Serviço de Pneumologia	6	2,6
Serviço de Psiquiatria	7	3,0
Serviço de Urgência	58	24,8
Unidade de Cuidados Intensivos	10	4,3
Unidade de Cuidados Intermédios	9	3,8
Unidade de Cuidados Paliativos	8	3,4
Vínculo laboral		
Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado	138	59,0
Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo	2	0,9
Contrato Individual de Trabalho sem Termo	3	1,3
Contrato por Tempo Indeterminado em Funções Públicas	82	35
Contrato a Termo Resolutivo Incerto	9	3,8

6.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Mais de metade dos enfermeiros (53.4%) indicaram que prestam cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19 e 72.6% indicam que prestaram cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19 (Tabela-3).

Tabela 3 – Prestação de cuidados

	n	%
Presta cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19	125	53,4
Prestou cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19	170	72,6

Os sintomas mais experienciados com o isolamento (Tabela - 4), foram a ansiedade generalizada (33.3%) e as insónias (26.1%).

Tabela 4 – Sintomas experienciados com o isolamento

	n	%
Consumo de substâncias (ex: álcool, drogas, medicamentos, tabaco)	23	9,8%
Pensamentos suicidas	1	0,4%
Sintomas de stresse pós-traumático	6	2,6%
Fobias	4	1,7%
Ataques de pânico	12	5,1%
Ansiedade generalizada	78	33,3%
Insónias	61	26,1%
Nenhuma das opções anteriores	119	50,9%

Quando questionado face ao grau de concordância acerca das questões relacionadas à vivência em contexto de pandemia os enfermeiros classificaram as questões em “totalmente de acordo”, “de acordo”, “neutro”, “em desacordo” e “totalmente em desacordo” (Tabela-5). Estes referiram, que as afirmações que motivaram níveis mais elevados de concordância foram “Considera a sua remuneração inadequada para trabalhar em contexto pandémico?” (4.43), “O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provocam-lhe desgaste físico e lesões?” (4.43) e “Teve/tem medo de infetar familiares/amigos?” (4.40).

Tabela - 5 Questões relativamente ao contexto de pandemia

	Média	Mediana	DP	Moda	Min.	Máx.
Considera que no seu serviço existe falta de material de proteção adequado ou este é insuficiente?	2,33	2	1,14	2	1	5
Sente que existe falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e falta de profissionais de saúde?	4,01	4	1,03	4	1	5
Tem-se sentido realizado profissionalmente durante a pandemia por COVID-19?	2,60	2	1,05	2	1	5
Teve/tem medo de infetar familiares/amigos?	4,40	5	,81	5	1	5
Considera que o isolamento social o afetou como enfermeiro?	3,22	3	1,21	4	1	5
Considera a falta de suporte social/familiar como um fator que contribuiu para o seu desgaste?	3,23	4	1,31	4	1	5
Sentiu ou sente medo de contrair a doença (COVID-19)?	3,80	4	1,01	4	1	5
A relação com os seus superiores hierárquicos, foi/é um fator de desgaste?	3,04	3	1,21	3	1	5
Sente falta de férias/dias de descanso?	4,06	4	,94	4	1	5
Considera que necessita de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde?	3,96	4	,91	4	1	5
Considera a sua remuneração inadequada para trabalhar em contexto pandémico?	4,43	5	,96	5	1	5
O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provocam-lhe desgaste físico e lesões?	4,36	4	,74	5	2	5

As estatísticas descritivas dos valores obtidos na escala de *burnout* podem ser apreciadas na Tabela- 6. Nela, indicamos os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão. Os valores de consistência interna, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variaram entre um mínimo de .693 (fraco, mas aceitável), na dimensão *burnout* relacionado com o trabalho, a um máximo de .905 (excelente), na dimensão *burnout* pessoal. A categorização dos valores do Alfa segue o referenciado em Hill (2014). Os valores obtidos de *burnout* não são muito elevados, pois são significativamente inferiores ao ponto médio da escala de 3 ($p < .001$), e são mais elevados na dimensão *burnout* relacionado com o trabalho e mais baixos na dimensão *burnout* relacionado com o utente.

Os valores de consistência interna da ansiedade e depressão, são superiores a .80 (bom) (Tabela-6).

Tabela 6 – Estatísticas descritivas e consistência interna CBI

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa
<i>Burnout</i> Pessoal	,33	3,67	1,92	,701	.905
<i>Burnout</i> Trabalho	,71	3,43	2,12	,54	.693
<i>Burnout</i> Utente	,00	3,33	1,60	,77	.842

As médias de ansiedade e depressão são moderadas (Tabela-7).

Tabela 7 – Estatísticas descritivas e consistência interna HADS

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa
Ansiedade	,00	17,00	7,44	3,54	.809
Depressão	,00	16,00	5,44	3,47	.824

HADS – Ansiedade e depressão

Hipótese 1 - Os enfermeiros com níveis de ansiedade e depressão mais elevados, apresentam níveis de *burnout* mais elevados.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout* e a ansiedade e depressão são estatisticamente significativos, positivos e moderados (Tabela-8). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevados são os níveis de *burnout* mais elevados são os níveis de ansiedade e depressão.

Tabela 8 – Coeficiente de correlação ansiedade, depressão e *burnout*

	Ansiedade	Depressão
<i>Burnout</i> pessoal	,685***	,618***
<i>Burnout</i> Trabalho	,551***	,434***
<i>Burnout</i> utente	,526***	,494***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 2 - Os enfermeiros que trabalham ou trabalharam com pessoas com suspeita ou infetados com COVID-19 apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superior a enfermeiros que não trabalham com esta população.

O teste multivariado da Manova, $\Lambda = .996$, $F(2, 231) = 0.473$, $p = .624$, indica conforme a Tabela-9, que as diferenças nos valores de depressão e ansiedade, em função de prestar ou ter prestado ou não cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de infecção por COVID-19, não são estatisticamente significativas.

O teste multivariado da Manova, $\Lambda = .974$, $F(3, 230) = 2.044$, $p = .108$, indica que as diferenças nos valores de *burnout*, em função de prestar ou ter prestado ou não cuidados a

peças infectadas ou com suspeita de infeção por COVID-19, não são estatisticamente significativas.

Tabela 9– Trabalha com pessoas com suspeita e o *burnout*, ansiedade e depressão

	Não		Sim		Sig
	M	DP	M	DP	
<i>HADS</i>					
Ansiedade	7,13	3,47	7,56	3,57	.417
Depressão	5,39	3,77	5,47	3,38	.886
<i>Burnout</i>					
Pessoal	1,84	,77	1,96	,67	.879
Trabalho	2,05	,59	2,15	,52	.772
Utente	1,43	,80	1,71	,75	.140

M – Média DP – Desvio padrão

Hipótese 3- Os enfermeiros que experienciam sintomas com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stress pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias, apresentam níveis mais elevados de *burnout*, ansiedade e depressão.

Relativamente ao consumo de substâncias, os dados da Tabela-10, refletem que de acordo com teste multivariado da Manova, $\Lambda = .985$, $F(2, 231) = 1.722$, $p = .181$, indica que as diferenças nos valores de ansiedade e depressão, em função de consumir substâncias, não são estatisticamente significativas.

O teste multivariado da Manova, $\Lambda = .965$, $F(3, 230) = 2.743$, $p = .044$, indica que as diferenças nos valores *burnout*, em função de consumir substâncias, são estatisticamente significativas. Os sujeitos com consumo de substâncias apresentam valores significativamente mais elevados de *burnout* relacionado com o trabalho.

Tabela 10 – Comparação por consumo de substâncias, *burnout*, ansiedade e depressão

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>HADS</i>					
Ansiedade	7,34	3,50	8,43	3,91	.160
Depressão	5,45	3,51	5,48	3,27	.966
<i>Burnout</i>					
Pessoal	1,90	,69	2,19	,73	,058
Trabalho	2,09	,54	2,42	,49	,006**
Utente	1,61	,76	1,88	,81	,113

M – Média DP – Desvio padrão * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Quanto aos sintomas de ansiedade generalizada, de acordo com a Tabela - 11, o teste multivariado da Manova, $\Lambda = .783$, $F(2, 231) = 31.9372$, $p < .001$, indica que as diferenças nos valores de depressão, em função de experienciar sintomas de ansiedade generalizada, são estatisticamente significativas. Os sujeitos que têm estes sentimentos apresentam valores significativamente mais elevados de ansiedade e depressão.

O teste multivariado da Manova, $\Lambda = .861$, $F(3, 230) = 12.427$, $p < .001$, indica que as diferenças nos valores *burnout*, em função experienciar sintomas de ansiedade generalizada, são estatisticamente significativas (Tabela-11). Os sujeitos que têm estes sentimentos apresentam valores significativamente mais elevados de *burnout* relacionado pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente.

Tabela 11 – Comparação por sintomas de ansiedade generalizada, *burnout*, ansiedade e depressão

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>HADS</i>					
Ansiedade	6,33	3,24	9,69	3,03	.001***
Depressão	4,49	3,24	7,37	3,13	.001***
<i>Burnout</i>					
Pessoal	1,75	,69	2,27	,59	.001***
Trabalho	2,02	,53	2,34	,51	.001***
Utente	1,47	,75	1,97	,69	.001***

M – Média DP – Desvio padrão * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Quanto à insónia, o teste multivariado da Manova, $\Lambda = .929$, $F(2, 231) = 8.858$, $p < .001$, indica que as diferenças nos valores de depressão, em função de experienciar insónias, são estatisticamente significativas. Os sujeitos com insónias apresentam valores significativamente mais elevados de ansiedade e depressão, conforme a Tabela - 12.

O teste multivariado da Manova, $\Lambda = .94$, $F(3, 230) = 4.214$, $p = .006$, indica que as diferenças nos valores *burnout*, em função experienciar insónias, são estatisticamente significativas. Os sujeitos com insónias apresentam valores significativamente mais elevados de *burnout* relacionado com questões pessoais, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente.

Tabela 12 – Comparação por insónias, *burnout*, ansiedade e depressão

	Não		Sim		Sig
	M	DP	M	DP	
<i>HADS</i>					
Ansiedade	6,91	3,41	8,97	3,49	.001***
Depressão	4,98	3,43	6,79	3,30	.001***
<i>Burnout</i>					
Pessoal	1,84	,71	2,16	,63	.002**
Trabalho	2,07	,56	2,30	,45	.004**
Utente	1,54	,77	1,91	,70	.001***

M – Média DP – Desvio padrão * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Os enfermeiros relativamente a sintomas de pensamento suicida, sintomas de stress pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada e insónias não apresentam resultados significativos.

Hipótese 4- As mulheres casadas e com filhos apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superiores comparativamente aos homens.

Na Tabela – 13 é apresentado o teste multivariado da Manova, $\Lambda = .959$, $F(4362) = 1.893$, $p = .111$, indicando que as diferenças nos valores de depressão, em função do estado civil, não são estatisticamente significativas. O teste multivariado da Manova, $\Lambda = .917$, $F(6, 360) = 2.668$, $p = .152$, indica que as diferenças nos valores *burnout*, em função do estado civil, não são estatisticamente significativas.

Tabela 13 – Comparação do *burnout*, ansiedade e depressão considerando o estado civil.

	Casadas com filhos		Mulheres solteiras		Homens		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
<i>HADS</i>							
Ansiedade	7,47	3,61	7,55	3,79	6,46	3,32	.280
Depressão	5,69	3,75	4,80	3,19	4,87	3,01	.239
<i>Burnout</i>							
Pessoal	1,95	,77	1,91	,65	1,69	,69	,160
Trabalho	2,15	,59	2,09	,48	2,09	,60	,768
Utente	1,58	,77	1,51	,77	1,74	,68	,319

M – Média DP – Desvio padrão

Hipótese 5 - A falta de material de proteção individual é um fator contributivo para aumento dos níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

A falta de material revelou-se um preditor significativo do *burnout* trabalho e utente, explicando entre 3.4% e 2.8% do *burnout* (Tabela-14). Como os coeficientes de regressão

são positivos isso significa que quanto mais elevada é a percepção de falta de material mais elevados são os níveis de *burnout* trabalho e utente.

Tabela 14- Relação entre a falta de material e *burnout*

	<i>Burnout</i> Pessoal			<i>Burnout</i> Trabalho			<i>Burnout</i> Utente		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	1,788	,105		1,920	,080		1,370	,114	
Falta de material	,059	,040	,095	,089**	,031	,185	,113*	,044	,167
R ² ajustado	,009			.034**			.028*		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Relativamente à ansiedade e depressão, a percepção de falta de material não se revela um preditor, não tendo relevância estatística (Tabela-15).

Tabela 15- Relação entre a falta de material e a ansiedade e depressão

	Ansiedade			Depressão		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	6,562	,528		5,145	,522	
Falta de material	,380	,204	,122	,130	,201	,042
R ² ajustado	.015			,002		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 6 - Enfermeiros com falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde são geradores de *burnout*, ansiedade e depressão.

A falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde, são geradores significativos do *burnout* pessoal, trabalho, utente (Tabela-16).

Tabela 16- Falta de condições de trabalho e *burnout*

	<i>Burnout</i> Pessoal			<i>Burnout</i> Trabalho			<i>Burnout</i> Utente		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	1,168	,179		1,550	,138		,931	,199	
Falta de condições	,189***	,043	,276	,144***	,033	,272	,175***	,048	,233
R ² ajustado	,076***			.070***			.050***		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

No que concerne à ansiedade (Tabela-17), estas variáveis explicam entre 2.3% e 7.6% destas variáveis. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevada é a perceção de falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde mais elevados são os níveis de ansiedade.

Tabela 17- Falta de condições de trabalho, ansiedade de depressão

	Ansiedade			Depressão		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	5,161	,927		4,160	,918	
Falta de material	,570*	,224	,165	,321	,22	,095
R ² ajustado	,023*			.005		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 7- Enfermeiros com sentimentos de falta de realização profissional exibem níveis mais elevados de *burnout*, ansiedade e depressão.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout*, ansiedade e depressão, e os sentimentos de falta de realização profissional são estatisticamente significativos, negativos e moderados ou fracos. Como os coeficientes são negativos, isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de falta de realização profissional mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão (Tabela-18).

Tabela 18 – Correlação entre a realização profissional e o *burnout*, ansiedade e depressão

	Realização pessoal
<i>Burnout</i> Pessoal	-,260***
<i>Burnout</i> Trabalho	-,400***
<i>Burnout</i> Utente	-,363***
Ansiedade	-,199**
Depressão	-,206***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 8 - O medo de infetar família/amigos relaciona-se com maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

O coeficiente de correlação entre a ansiedade e o medo de infetar família/ amigos é estatisticamente significativo, positivo e fraco. Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevado é o medo de infetar família/ amigos, mais elevados são os níveis de ansiedade (Tabela-19).

Tabela 19 - Correlações entre o medo de infetar e o *burnout*, ansiedade e depressão

	Medo de infetar
<i>Burnout</i> Pessoal	0,086
<i>Burnout</i> Trabalho	,045
<i>Burnout</i> Utente	-,016
Ansiedade	,168*
Depressão	,113

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 9 – O isolamento social está correlacionado com o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout*, ansiedade e depressão, e o isolamento social são estatisticamente significativos, positivos e fracos (Tabela- 20). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de isolamento social mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão.

Tabela 20 – Correlação entre o isolamento social e o *burnout*, ansiedade e depressão.

	Isolamento social
<i>Burnout</i> Pessoal	,201**
<i>Burnout</i> Trabalho	,173**
<i>Burnout</i> Utente	,289**
Ansiedade	,313**
Depressão	,224**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 10 – Enfermeiros que referem falta de suporte social/familiar desenvolvem maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout* pessoal e utente, ansiedade e depressão, e a falta de suporte social/familiar são estatisticamente significativos, positivos e fracos (Tabela-21). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de falta de suporte social/familiar, mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão.

Tabela 21 – Correlações entre a falta de suporte social/familiar e o *burnout*, ansiedade e depressão.

	Suporte social
<i>Burnout</i> Pessoal	,144*
<i>Burnout</i> Trabalho	,114
<i>Burnout</i> Utente	,182**
Ansiedade	,215**
Depressão	,194**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 11 – O medo de contrair a doença contribui para o aumento de *burnout*, ansiedade e depressão.

O medo de contrair a doença revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal (Tabela-22).

Tabela 22 - Medo de contrair a doença e *burnout*

	<i>Burnout</i> Pessoal			<i>Burnout</i> Trabalho			<i>Burnout</i> Utente		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	1,481	,176		1,972	,138		1,414	,196	
Medo de contrair	,117*	,045	,169	,040	,035	,076	,058	,050	,076
R ² ajustado	,028*			,006			,006		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Na Tabela -23 é explicado que o medo de contrair a doença explicou 2% a 5% dos níveis de ansiedade e depressão. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevado é o medo de contrair a doença, mais elevados são os níveis de *burnout* pessoal, ansiedade e depressão.

Tabela 23- Medo de contrair a doença, ansiedade e depressão.

	Ansiedade			Depressão		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	4,478	,881		3,608	,879	
Medo de contrair	,781***	,224	,223	,484*	,223	,141
R ² ajustado	,050***			,020*		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 12– O aumento do *burnout*, ansiedade e depressão, estão relacionados com a relação com os superiores hierárquicos.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout*, ansiedade e depressão, e o desgaste sentido na relação com os superiores hierárquicos sofreu desgaste são estatisticamente significativos, positivos e moderados ou fracos (Tabela-24). Como os coeficientes são

positivos, isso significa que quanto maior é o desgaste na relação com o superior hierárquico, mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão.

Tabela 24 – Correlações entre a relação com os superiores hierárquicos e o *burnout*, ansiedade e depressão

	Relação superior
<i>Burnout</i> Pessoal	,301**
<i>Burnout</i> Trabalho	,400**
<i>Burnout</i> Utente	,306**
Ansiedade	,191**
Depressão	,161*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 13– Enfermeiros que sentem falta de férias/dias de descanso demonstram maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout*, ansiedade e depressão, e sentir falta de férias/dias de descanso são estatisticamente significativos, positivos e moderados ou fracos (Tabela – 25). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevado é o sentimento de falta de férias/dias, mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão.

Tabela 25 – Correlações entre falta de férias/dias de descanso e *burnout*, ansiedade e depressão

	Falta de férias
<i>Burnout</i> Pessoal	,387**
<i>Burnout</i> Trabalho	,351**
<i>Burnout</i> Utente	,267**
Ansiedade	,227**
Depressão	,253**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 14 – Fatores como práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração adequada contribuem para diminuir *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros.

A percepção de falta de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração inadequada revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal, trabalho, utente (Tabela-26). Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevada é a percepção de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde

e uma remuneração inadequada mais elevados são os níveis de *burnout* pessoal, trabalho, utente.

Tabela 26 – Práticas administrativas e *burnout*

	<i>Burnout</i> Pessoal			<i>Burnout</i> Trabalho			<i>Burnout</i> Utente		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	1,111	,199		1,513	,154		1,166	,224	
Práticas administrativas	,206***	,049	,266	,155***	,038	,259	,118*	,055	,139
R ² ajustado	,071***			,067***			,019*		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

A perceção de falta de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração inadequada revelou-se um preditor significativo relativamente à ansiedade e depressão (Tabela-27), explicando entre 1.9% e 7.1% destas variáveis. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevada é a perceção de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração inadequada mais elevados são os níveis de ansiedade e depressão.

Tabela 27 – Práticas administrativas, ansiedade e depressão

	Ansiedade			Depressão		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	3,865	1,013		2,381	1,001	
Práticas administrativas	,906***	,250	,232	,775**	,247	,202
R ² ajustado	,054***			,041**		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Hipótese 15 – O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, relaciona-se positivamente com o desgaste físico e lesões, contribuindo para maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, tal como apresentado na Tabela-28 revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal e trabalho explicando entre 2.3% e 2.4% destas variáveis (Tabela-28). Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais prolongado é o uso de equipamentos de proteção individual mais elevados são os níveis de *burnout* pessoal e trabalho.

Tabela 28 – Uso prolongado de equipamentos de proteção individual e *burnout*

	<i>Burnout</i> Pessoal			<i>Burnout</i> Trabalho			<i>Burnout</i> Utente		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	1,298	,274		1,633	,212		1,114	,302	
	,144*	,062	,151	,113*	,048	,153	,119	,068	,114
R ² ajustado	,023*			,024*			,013		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tal como indicado na Tabela – 29, o uso prolongado de equipamentos de proteção individual não apresenta significância estatística, no que se refere à ansiedade e depressão.

Tabela 29- Uso prolongado de equipamentos de proteção individual, ansiedade e depressão

	Ansiedade			Depressão		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	6,537	1,398		4,399	1,372	
	,209	,316	,043	,241	,310	,051
R ² ajustado	,002			,003		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O surto pandémico causado pelo COVID-19, trouxe aos enfermeiros novos desafios, pelo que se pretende avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão. Do total da população em estudo (546), 42,85% dos enfermeiros aderiram à participação no estudo (234). Estes foram caracterizados conforme os seus dados sociodemográficos (Tabela-1), verificando-se a média de idades era de 38.1 anos, variando entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 63 anos. A realidade nacional demonstra que 7,5% dos enfermeiros estão entre as idades compreendidas entre 21-25 anos, 12,96% entre os 26-30 anos, 17,9% entre os 31-35 anos, 17,3% entre os 36-40 anos, 11,5% entre os 41-45 anos, 9,3% entre 46-50 anos, 9,0% entre os 51-55 anos, 6,5% entre os 56-60 anos, 3,9% entre 61-65 anos, 1,6% entre 66-70 anos e 2,3% tem idade superior a 70 anos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2020).

Quanto ao fato sexo, a sua maioria era do sexo feminino (83.3%), o que vai de encontro aos dados nacionais, sendo que em Portugal 82.23% dos enfermeiros são do sexo feminino (OE, 2020). Quanto ao estado civil verifica-se que 61.5% dos enfermeiros são casados, 30.3% são solteiros, divorciados 7.7% e 0.4% viúvos, os enfermeiros com filhos 52.6% e sem filhos 47.4%.

Relativamente à caracterização dos dados profissionais (Tabela-2), considerando a formação 94.9% dos enfermeiros são detentores de licenciatura, sendo um número superior aos dados nacionais, onde 76,69% dos enfermeiros são detentores de licenciatura (OE, 2020). Relativamente ao mestrado 0.9% da amostra é detentora do mesmo, enquanto a nível nacional 4.92% dos enfermeiros possuem mestrado (OE,2020), relativamente ao bacharelado 0.9% dos enfermeiros deste estudo são detentores do mesmo, enquanto no país 10.78% dos enfermeiros têm bacharelado (OE, 2020).

Relativamente ao setor de atividade 70.9%, são enfermeiros de cuidados gerais, sendo um número superior aos dados nacionais em que 41,53% dos enfermeiros são enfermeiros de cuidados gerais (OE, 2020). Quanto a cuidados especializados, os enfermeiros do HDES-EPE dividem-se em 8.5% Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, 5.6% Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 5.1% Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 3.8% Enfermeiro Especialista em Enfermagem

de Saúde Mental e Psiquiátrica, 3.4% Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e 2.6% Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, somando um total de 29% dos enfermeiros em cuidados especializados, enquanto que a nível nacional 4.11% dos enfermeiros encontram-se a prestar cuidados especializados. Esta divergência pode justificar-se pelo fato de a nível nacional enfermeiros detentores do título de especialista não estarem a exercer na área de especialidade e estarem em outras áreas da profissão de enfermagem, outro fato que pode justificar esta divergência é existirem enfermeiros com mais do que uma especialidade (OE, 2020).

Considerando o número de horas de trabalho dos enfermeiros que participaram neste estudo, 48.7% trabalham 35 horas semanais, 33.8% trabalham mais de 40 horas, 15% trabalham 40 horas e 2.6% trabalha menos de 35 horas. O tipo de horário mais praticado pelos enfermeiros é maioritariamente rotativo por turnos (64.1%), seguindo-se o horário fixo (26.1%) e horário misto (9.8%). A ordem dos enfermeiros defende que o horário de trabalho estabelecido é de 35 horas semanais (OE, 2017).

A participação dos enfermeiros consoante os serviços distribui-se da seguinte forma: Bloco de Partos (4,3%), Bloco Operatório (7,3%), Cirurgia I (2,1%), Cirurgia II (3,0%), Cirurgia III (4,7%), Cirurgia IV (3,0%), Cirurgia V (0), Consulta Externa (4,7%), Hospital de Dia de Oncologia (0), Medicina I (2,6%), Medicina II (2,1%), Medicina III (2,1%), Medicina IV (0,9%), Medicina V (3,8%), Serviço de Cardiologia (4,7%), Serviço de Diálise (2,6%), Serviço de Doenças Infeciosas (3,8%), Serviço de Endoscopia (1,3%), Serviço de Obstetrícia (3,8%), Serviço de Ortopedia (1,3%), Serviço de Pneumologia (2,6%), Serviço de Psiquiatria (3,0%), Serviço de Urgência (24,8%), Unidade de Cuidados Intensivos (4,3%), Unidade de Cuidados Intermédios (3,8%) e Unidade de Cuidados Paliativos (3,4%).

Tendo em conta o estudo, verifica-se que na hipótese 1 era expectável que se observasse uma relação do aumento dos níveis de *burnout*, com os de ansiedade e depressão. Tendo por base os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout* e a ansiedade e depressão, estes são estatisticamente significativos, positivos e moderados (Tabela-8). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevados são os níveis de *burnout* mais elevados são os níveis de ansiedade e depressão, o que vem a confirmar a hipótese.

Tendo em conta Surrati et al. (2020), os profissionais de saúde que trabalham em contexto de pandemia por COVID-19 apresentam uma elevada taxa de ansiedade e depressão independentemente do seu tipo de trabalho, enquanto Dobson et al. (2020) não associa o aumento de ansiedade e depressão ao contexto de pandemia. O *burnout* pré-existente pode ter um contributo para o estado de ansiedade (Miguel-Puga et al., 2020) e os sintomas psicopatológicos que surgiram no *burnout* relacionado com o trabalho, estão muitas vezes associados à necessidade de lidar com as urgências COVID-19 (Giusti et al., 2020). De acordo com Janeway (2020), a prevalência de *burnout* entre os enfermeiros registados do Estados Unidos varia entre 35 a 45%. No seu estudo evidencia-se que os enfermeiros tinham o dobro da taxa de depressão em comparação com os outros profissionais.

Os enfermeiros relatam ansiedade quando são solicitados para a prestação de cuidados a pessoas com suspeita, ou infetadas com COVID-19, por terem medo, o que causa instabilidade emocional. Este medo pode justificar-se pelo risco de infeção e transmissão do vírus, à letalidade da doença e escassez de EPI's (Diogo, Sousa, Rodrigues, Silva e Santos, 2021).

Relativamente à hipótese 2 prevê-se que os enfermeiros que trabalham ou trabalharam com pessoas com suspeita ou infeção por COVID-19 apresentassem níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superiores aos enfermeiros que não trabalharam nesse contexto. Os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão associados à prestação de cuidados a pessoas com infeção ou suspeita por COVID-19, não são significativos (Tabela-9), pelo que não se confirma a hipótese.

Não existe uniformidade quanto ao trabalho com pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19, enquanto Dobson et al. (2020), refere que os enfermeiros da linha da frente não apresentam níveis acrescidos de sofrimento psíquico. O trabalho com pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19, não foi associado ao aumento de sofrimentos psicológico. Este acontecimento pode estar associado à angústia relacionada com o COVID-19, ao risco de exposição ao vírus que durante a pesquisa deste autor era baixo. Uma das justificações poderia ser a preocupação com o futuro, a iminência em lidar com a pandemia, a incerteza face ao futuro, impacto socioeconómico e exposição aos meios de comunicação social.

Contraopondo, Zerbini, Ebigbo, Reicherts, Kunz & Messman (2020) conclui que o trabalho direto com pessoas nesta circunstância aumenta o sofrimento psíquico pela necessidade constante de lidar com a emergência. Segundo Giusti, et al. (2020), o aumento do tempo de trabalho em contexto de prestação de cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19, encontra-se associado aos aumentos de *burnout*. O que pode justificar-se pelo número acrescido de horas de trabalho (Hu et al., 2020) e pela falta de dias de descanso e tempo para lazer (Benevides Pereira, 2002).

Diogo, et al. (2021), refere que a utilização de EPI's é considerada uma dificuldade como um fator de desgaste na prestação de cuidados, acrescentando à sobrecarga física e emocional, o que leva ao aumento dos riscos de consequências psicopatológicas nos enfermeiros, traduzindo-se em níveis mais elevados de *burnout*. Um estudo desenvolvido no Hospital Universitário de Augsburg conclui que o trabalho direto com as pessoas infetadas ou com suspeita de infeção apresentam níveis superiores de stresse e *burnout* comparativamente aos enfermeiros que não trabalham neste contexto (Zerbini, et al., 2020).

No que confere à hipótese 3 antecipava-se que existia uma relação com os enfermeiros que experienciaram sintomas com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias, apresentam-se com níveis mais elevados de ansiedade/depressão e *burnout*. Os sinais de alerta mais identificados pelos enfermeiros foram o consumo de substâncias (9.8%) (Tabela-10), sintomas de ansiedade generalizada (33.3%) (Tabela-11) e a insónia (26.1%) (Tabela-12), sendo que os outros aspetos em análise não apresentaram significância estatística. Quanto ao consumo de substâncias não se encontra relação com os níveis de ansiedade e depressão, todavia interliga-se com o *burnout* relacionado com o trabalho, sendo maiores os consumos de substâncias, tais como o álcool, drogas, medicamentos e tabaco.

A hipótese confirma que os enfermeiros com o isolamento no que se refere ao *burnout*, ansiedade e depressão, referem sintomas como o consumo de substâncias, sintomas de ansiedade generalizada e a insónia, todavia relativamente ao consumo de substâncias não se encontra relação com os níveis de ansiedade e depressão. Os consumos de substâncias estão somente interligados com o *burnout* relacionado com o trabalho. Os sintomas de

ansiedade generalizada estão fortemente ligados com a ansiedade e depressão, e também tem uma forte ligação com o *burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente.

O *burnout* relacionado com o trabalho reflete a fadiga física, psicológica e a exaustão emocional que é percebida pela pessoa relativamente ao trabalho (Fonte, 2011).

A insónia está fortemente ligada à ansiedade e depressão e ao *burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente (Miguel-Puga et al., 2020). Todavia Janeway (2020) refere um agravamento dos sinais de alerta da depressão com o isolamento, como apatia e falta de interesse, abuso ou dependência de substâncias/álcool, pensamentos suicidas, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada intrusiva ou obsessões e insónia.

De acordo com Miguel-Puga et al. (2020), as alterações do padrão de sono foram referidas pelos enfermeiros, tal como, o aumento do estado de ansiedade, stresse agudo e sintomas de despersonalização/desrealização, sintomas de Stresse Pós-Traumático, foram relacionados à ansiedade/depressão pré-existente e sintomas dissociativos.

Na hipótese 4, relativamente às mulheres casadas e com filhos apresentarem níveis de ansiedade/depressão e *burnout* superiores comparativamente aos homens e mulheres solteiras, verifica-se que o estado civil não é relevante relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão (Tabela-13), pelo que não se confirma a hipótese. Os estudos comprovam as conclusões de Queirós (2005) e Benevides Pereira (2002), que identificam divergência quanto ao fator sexo para o desenvolvimento de *burnout* no trabalho. No estudo efetuado por Miguel-Puga et al. (2020) em contexto de pandemia o sexo não deteve influência no *burnout* e ansiedade, todavia este refere que mulheres com ansiedade prévia são mais propensas ao stresse agudo. Contrapondo estes dados, os níveis de ansiedade são superiores em indivíduos do sexo feminino (Surrati et al., 2020) e apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização (Giusti et al., 2020). O aumento dos níveis de ansiedade e depressão estão relacionados com a atribuição das obrigações familiares e encargos das mulheres, tais como cuidar dos familiares com maior dependência como são o caso dos filhos (Han et al., 2020; Çelmeçe & Menekay 2020). Estes dados também poderiam ser justificados por as mulheres serem mais propensas ao desenvolvimento de ansiedade e depressão (APA, 2014).

Na hipótese 5 pressupõe-se que a falta de material de proteção individual é um fator contributivo para aumento dos níveis de ansiedade/depressão e *burnout*. Esta revela-se como preditor significativo para o *burnout* trabalho e utente, explicando entre 3.4% e 2.8% do *burnout* (Tabela-14). Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevada é a perceção de falta de material mais elevados são os níveis de *burnout* trabalho e utente, o que confirma a hipótese relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho e utente. Relativamente à ansiedade e depressão a hipótese não se confirma (Tabela-15).

O *burnout* relacionado com o utente avalia o cansaço do trabalhador relacionado com o trabalho com as pessoas, o *burnout* relacionado com o trabalho analisa o grau de fadiga física e psicológica percecionada pelo trabalhador em relação ao seu trabalho (Fonte, 2011).

Surrati et al. (2020), refere que mais de metade dos profissionais de saúde não se sentem confiantes com o fornecimento de materiais, enquanto Çelmeçe & Menekay (2020) refere que esta é uma preocupação dos profissionais de saúde pela dificuldade de acesso ao mesmo. A escassez de material é vista como um fator que leva ao aumento do número de infetados entre os profissionais de saúde, sendo responsável pelo aumento do stresse associado aos locais de trabalho (Surrati et al., 2020). De acordo com Lai et al. (2020), na China também foi relatada escassez de falta de material de equipamento médico, recursos humanos e infraestruturas incapazes de reposta adequada para o grande número de pessoas.

Com o aumento repentino dos casos de COVID-19 pelo surto pandémico, muitas instituições que já passavam por algumas restrições, deparam-se com condições de trabalho de campo de batalha os enfermeiros deparam-se com falta de material de proteção individual (Cabrera, Karamsetty & Simpson, 2020, *as cited in* Janeway, 2020). Também é referida a necessidade de formação dos enfermeiros e incorporação em programas educacionais de modo a melhorar a adaptabilidade dos enfermeiros à crise pandémica (Han et al., 2020).

A relação com a falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde é geradora de *burnout*, ansiedade e depressão é abordada na hipótese 6, onde se pressupões que o aumento da falta das condições de trabalho influencia os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão.

Quanto a esta hipótese denota-se que a falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal, trabalho, utente (Tabela-16) e ansiedade (Tabela-17), explicando entre 2.3% e 7.6% destas variáveis. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevada é a perceção de falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e a falta de profissionais de saúde mais elevados são os níveis de *burnout* pessoal, trabalho, utente e ansiedade, o que confirma a hipótese relativamente ao *burnout* e ansiedade.

De acordo com Souza et al. (2020) houve um agravamento das condições de trabalho dos enfermeiros durante a pandemia, Surrati et al. (2020), refere que a escassez de recursos humanos e o aumento da carga de trabalho leva a um aumento do stresse no trabalho. Tal como Surrati et al. (2020) & Vedovato et al. (2020), refere a confiança nos equipamentos de proteção individual é vista de forma controversa pelos enfermeiros como medida de proteção contra o vírus, pois nem todos confiam na sua utilização.

Com a hipótese 7 prevê-se que sentimentos de falta de realização pessoal, levem ao aumento do *burnout*, ansiedade e depressão. A falta de realização profissional correlaciona-se entre as dimensões do *burnout*, ansiedade e depressão, e os sentimentos de falta de realização profissional são estatisticamente significativos, negativos e moderados ou fracos. Como os coeficientes são negativos, isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de falta de realização profissional mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão (Tabela-18), o que confirma a hipótese.

A falta de realização profissional está relacionada com níveis mais elevados de *burnout* (Tabela-18), ansiedade e depressão (Tabela-19), confirmando a hipótese. A realização profissional é um fator protetor para o desenvolvimento de *burnout* (Oliveira et al., 2021). O fato de lidar com as emergências COVID-19 pode provocar nos enfermeiros um efeito negativo (Giusti et al., 2020).

A reduzida realização profissional causada pelo sentimento de insatisfação com as atividades relacionadas com o trabalho, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho (Benevides Pereira, 2002).

O indivíduo com falta de realização profissional avalia de forma negativa o seu desempenho profissional, tem percepção da falta de realização no trabalho, diminuindo assim as expectativas pessoais e de autoavaliação, o que leva a uma autoavaliação negativa, rejeição de si próprio e das suas realizações pessoais, o que leva a sentimentos de fracasso e de baixa autoestima (Fonte, 2011).

Relativamente à hipótese 8 pretende-se comprovar que o medo de infetar família/amigos está relacionado com maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. Tendo por base o coeficiente de correlação entre a ansiedade e o medo de infetar família/ amigos é estatisticamente significativo, positivo e fraco. Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevado é o medo de infetar família/ amigos, mais elevados são os níveis de ansiedade (Tabela-19), o que confirma a hipótese relativamente à ansiedade.

O medo de infetar familiares e amigos leva os enfermeiros a diminuírem a sua socialização, o que pode acometer para diversas consequências na saúde mental dos mesmos (Paula, Carletto, Lopes, Ferreira, Tonini, & Trecossi, 2021). O isolamento social dos enfermeiros, muitas vezes é intencional, pelo medo de infeção ou de transmitir a infeção e pelo sentimento de culpa em disseminar o vírus entre os familiares e amigos, resultando numa alteração do estilo de vida, o que afetou a saúde física e mental das pessoas. As restrições impostas resultaram na diminuição do contacto físico, diminuição da comunicação e as pessoas passaram mais tempo em ambientes fechados com medo da infeção, o que leva ao aumento dos níveis de ansiedade e depressão (Surrati et al., 2020).

Os enfermeiros que trabalhavam em contexto de pandemia por COVID-19, sofriam de medo de infeção e morte, bem como medo de disseminar o vírus junto dos familiares (Zhang et al, 2020; Han et al., 2020), sendo gerador de *burnout* (Han et al., 2020), ansiedade (Han, et al., 2020; Hu, et al., 2020) e depressão (Han et al., 2020; Hu et al., 2020).

Com a hipótese 9 espera-se que com o isolamento social os enfermeiros apresentem níveis aumentados de *burnout*, ansiedade e depressão. Na análise, os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout*, ansiedade e depressão, e o isolamento social são estatisticamente significativos, positivos e fracos (Tabela- 20). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de isolamento social mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão, o que confirma a hipótese.

O surto pandémico por COVID-19, trouxe grandes mudanças a vários domínios, quer económicos, desportivos, educacionais e de saúde. As quarentenas impostas com o objetivo de diminuir a propagação do vírus, levou a que as pessoas, inclusive os enfermeiros passassem mais tempo em ambientes fechados e com restrições na interação, o que acarreta uma crise para a saúde física e mental. Por outro lado, o medo de propagação do vírus entre família e amigos, contribui para este isolamento e diminuição do contacto com as pessoas mais próximas, o que leva a uma mudança do estilo de vida, distanciamento social e sentimento de culpa por disseminar o vírus (Surrati et al., 2020).

Os familiares e amigos próximos são a principal forma de apoio emocional, pelo que os enfermeiros pela profissão em si e por cuidarem de pessoas doentes, levou a que estes profissionais interrompessem de forma significativa o seu contacto social. Além disso muitos dos profissionais referiram que restringiam o seu contacto por não sentirem segurança nas medidas impostas pelas instituições no combate ao COVID-19, resultando em desgaste psicológico que não enfrentam a apenas o combate à pandémica, mas também a ameaça de ser infetado (Surrati et al., 2020). Segundo Chan & Huak, (2004) *as cited in* Zhang et al., (2020), salienta que o apoio por parte da família é altamente valorizado pelos enfermeiros.

Outro fato que contribui para o isolamento social dos enfermeiros, foi o estigma da sociedade e atitudes de mente fechada, considerando que estes tinham um risco acrescido para a transmissão e disseminação do vírus, contribuindo para níveis maiores de ansiedade. Até mesmo entre os próprios colegas de trabalho, existe referencia de isolamento e evitamento com vista à diminuição do risco de infeção, aumentando assim o isolamento (Surrati et al., 2020).

O apoio social refere-se ao cuidados e apoio que as pessoas sentem que recebem das outras pessoas (Xiao, Zhang, Kong, Li, & Yang, 2020). Foi relatado que o suporte social também tem um efeito positivo na saúde psicológica e no sono (Kent de Gray, 2018 *as cited in* Xiao et al., 2020). A qualidade do sono também foi afetada com o aumento do isolamento, sendo este um indicador de boa saúde. Para as equipas na prestação de cuidados uma boa qualidade no sono, ajuda a trabalhar melhor no tratamento das pessoas doentes (Brugha, 1990 *as cited in* Xiao et al., 2020).

Os aumentos dos níveis de ansiedade podem ser reduzidos com o suporte social, pois os amigos e familiar fornecem apoio social e emocional e compartilhamento de empatia (Yang et al., 2018 *as cited in* Xiao et al., 2020).

A hipótese 10 leva a querer que os enfermeiros com a falta de suporte social/familiar desenvolvem maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. Realizando os coeficientes de correlação entre as dimensões do *burnout* pessoal e utente, ansiedade e depressão, e a falta de suporte social/familiar são estatisticamente significativos, positivos e fracos (Tabela-21). Como os coeficientes são positivos, isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de falta de suporte social/familiar mais elevados são os níveis do *burnout*, ansiedade e depressão, o que vem a confirmar a hipótese relativamente ao *burnout* pessoal e utente, ansiedade e depressão.

Nesta hipótese o suporte social/familiar tem uma relação com o *burnout* relacionado com o utente. Esta manifesta níveis superiores de fadiga física e psicológica associadas ao cuidar das pessoas doentes (Fonte, 2011).

A falta de suporte social/familiar está relacionada com o desenvolvimento de *burnout* (Giusti et al., 2020), ansiedade e depressão (Hu et al., 2020) dos enfermeiros, que manifestaram saudade das suas famílias pela separação destas durante a pandemia (Zhang et al., 2020). A restrição de estar na companhia dos seus familiares e amigos devido ao medo de contrair a doença e possibilidade de disseminação (Han et al. 2020), causa nos enfermeiros diminuição do suporte familiar e dos amigos que promovam o diálogo e reflexão (Benevides Pereira, 2002).

As mudanças no quotidiano dos enfermeiros, quer a nível familiar, social e profissional, levaram a que estes experienciassem novos sentimentos como a solidão, saudade das famílias e as mudanças no trabalho (Zhang et al., 2020). Os enfermeiros tendem a isolar-se dos amigos e família durante o surto, com medo de propagar a doença (Han et al., 2020). A falta de suporte sociofamiliar relaciona-se deste modo com o desenvolvimento do *burnout* (Giusti et al., 2020), ansiedade e depressão (Hu et al., 2020) dos profissionais de saúde.

A saudade de casa e dos amigos e familiares é manifesta pelos enfermeiros durante a pandemia (Zhang et al., 2020), a restrição de convívios com familiares e amigos devido à preocupação de possibilidade de disseminação (Han et al., 2020), diminuiu o suporte dos

familiares e amigos de confiança que tenham disponibilidade para um diálogo reflexivo (Benevides Pereira, 2002), o que promove um suporte social como moderador afetivo no processo de *burnout*. A privação do contacto físico com os amigos e família, deu-se pelo medo dos enfermeiros em propagar o vírus e estigma (OMS, 2020 *as cited in* Diogo et al., 2021).

A contribuição para o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão relacionado com o medo de contrair a doença e colocada na hipótese 11. O medo de contrair a doença é um preditor significativo do *burnout* pessoal (Tabela-22), ansiedade e depressão (Tabela-23), explicando entre 2% e 5% destas variáveis. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevado é o medo de contrair a doença mais elevados são os níveis de *burnout* pessoal, ansiedade e depressão, o que confirma a hipótese relativamente ao *burnout* pessoal, ansiedade e depressão.

O medo de contrair a doença é promotor para o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão. Os autores são unânimes quanto ao medo de contrair a doença e este está fortemente relacionado com a possibilidade de propagação da mesma para as pessoas que rodeiam os enfermeiros, quer sejam doentes, colegas, familiares e amigos (Surrati et al., 2020; Giusti et al., 2020; Zhang, 2020; Han et al., 2020; Hu et al., 2020), interferindo deste modo para o aumento do *burnout* (Giusti et al., 2020), ansiedade (Han et al., 2020; Hu et al. 2020) e depressão (Han, et al., 2020; Hu et al.,2020). De acordo com Paula et al., (2021), justifica-se este fato pelos profissionais de saúde se encontrarem na eminência constante de serem contaminados pelo COVID-19 que se disseminou nas diferentes faixas etárias e provocou milhares de mortes por todo o mundo.

O medo e ansiedade é referido pelos enfermeiros quando são solicitados para prestar cuidados a pessoas com suspeita, ou infetadas por COVID-19, o que lhe causa instabilidade emocional. O risco de letalidade, o medo em infetar-se e a escassez de EPI's, podem ser a justificação para este acontecimento (Diogo et al.,2021).

É colocada na hipótese 12 que o aumento do *burnout*, ansiedade/depressão, está relacionada com a relação com os superiores hierárquicos. Analisando a relação com os superiores hierárquicos revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal, trabalho, utente, ansiedade e depressão (Tabela-24), explicando entre 2.2% e 15.3% destas variáveis.

Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevados são os sentimentos de que a relação com os superiores hierárquicos é um fator de desgaste mais elevados são os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, o que confirma a hipótese

Relativamente à relação com os superiores hierárquicos, quanto maior o desgaste, maiores são os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. Medidas de apoio por parte das chefias são promotoras para uma saúde mental dos trabalhadores (Zhang et al., 2020). Um ambiente laboral stressante aumenta o mal-estar do trabalhador, os estímulos stressantes deveriam ser eliminados e tidos em conta, de forma a aumentar o bem-estar no trabalho. Os processos de *feedback* e de reavaliação cognitiva nos quais os indivíduos são valorizados constantemente num meio laboral equilibrado, de modo que as respostas do trabalhador sejam moduladas às emoções do trabalhador, aumentando o bem-estar no trabalho e a satisfação do mesmo (Gil-Monte, 2003).

Tendo por base Diogo et al. (2021), é imprescindível por parte dos superiores hierárquicos considerar a incorporação de elementos como a motivação, gestão de conflitos, formação, desenvolvimento, suporte, segurança e inovação na organização do trabalho dos enfermeiros no combate ao COVID-19. Outras práticas como aconselhamento e psicoterapia a colaboradores também devem ser consideradas (Zhang et al., 2020), programas de gestão de stresse, contratação de mais profissionais de saúde, planeamento de horário de trabalho e planeamento de ambiente de repouso (Çelmece & Menekay, 2020), apoio espiritual (Giusti et al., 2020), medidas de compensação financeira, apoio por parte das chefias e a instrução clara de procedimentos e conhecimentos sobre a COVID-19 (Zhang et al., 2020).

Segundo Han et al. (2020), a implementação de medidas como a organização e rotação dos turnos em áreas de trabalho de alto risco, de modo a facilitar a organização familiar e tempo social, poderá evitar o esgotamento e assim construir uma equipa resiliente que consiga trabalhar num ambiente stressante durante o surto pandémico.

Pressupõe-se na hipótese 13 que com a falta de dias de férias/dias de descanso os enfermeiros apresentem maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. A perceção de sentir falta de férias/ dias de descanso correlaciona-se significativamente com o *burnout* pessoal, trabalho, utente, ansiedade e depressão (Tabela-25). Como os coeficientes são positivos isso sig-

nifica que quanto mais elevada a percepção de sentir falta de férias/ dias de descanso mais elevados são os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, o que confirma a hipótese.

Denota-se concordância nas afirmações relativamente à remuneração inadequada para trabalhar em contexto de pandemia. Com a declaração do estado de emergência em março de 2020, os enfermeiros foram solicitados para se apresentarem ao serviço, o que implicou a perda de descansos e dias de férias (Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020, de 18 de março). A compensação financeira é considerada uma medida compensatórias para os enfermeiros que trabalham em contexto de pandemia, apesar da medida compensatória decretada pelo Governo Português através do Decreto Lei nº 101-B/2020, de 3 de dezembro, os enfermeiros continuam a considerar a remuneração inadequada. Esta é considerada uma medida de promoção de bem-estar social e psicológico (Zhang et al., 2020).

Para trabalhar num contexto stressante de combate ao vírus, os enfermeiros devem ter dias de descanso de modo a proporcionar tempo de contacto social com os amigos e família, aumentando assim os níveis de resiliência e diminuindo o desgaste dos profissionais (Han et al., 2020).

As práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e a remuneração adequada como contributo para diminuir o *burnout*, ansiedade e depressão é colocada na hipótese 14. Neste caso a percepção de falta de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração inadequada revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal, trabalho, utente, ansiedade e depressão (Tabela-26), explicando entre 1.9% e 7.1% destas variáveis. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais elevada é a percepção de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde e uma remuneração inadequada mais elevados são os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, o que confirma a hipótese.

Os enfermeiros consideram que a falta de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde é fator para o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão. Os enfermeiros evidenciaram a necessidade de apoio por parte das instituições de saúde, referindo necessidade de práticas de aconselhamento e

psicoterapia a colaboradores (Zhang et al., 2020; Diogo et al., 2021), programas de gestão de stresse e recrutamento de maior número de enfermeiros (Çelmeçe & Menekay, 2020). O planeamento do horário de trabalho e a criação de ambientes de repouso (Çelmeçe & Menekay, 2020), são identificados como fatores protetores para prevenção de *burnout*. Medidas como apoio espiritual (Giusti et al., 2020) compensação financeira, apoio dos supervisores, fornecimento de material, instrução clara de procedimentos sobre o COVID-19, também são valorizadas pelos enfermeiros (Zhang et al., 2020). Em Portugal o “Valorização da Saúde Mental dos Profissionais do SNS”, prevê a promoção de cuidados em saúde mental nos profissionais de saúde da linha da frente, recorrendo a medidas como a formação sobre apoio psicológico e liderança para prevenção do desgaste emocional (DGS, 2020c).

Medidas de compensação financeira podem ser promotoras aos enfermeiros no que diz respeito ao seu bem-estar psicológico (Zhang et al., 2020). Remuneração inadequada é apontada como um fator importante, apesar de não ser considerado determinante para o desenvolvimento de *burnout* (Kurowski, 1999; Maslach & Leiter, 1999 *as cited in* Benevides Pereira, 2002).

Na Hipótese 15 estipula-se que o uso prolongado de equipamentos de proteção individual, relaciona-se positivamente com o desgaste físico e lesões, contribuindo para maiores níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. Neste caso o uso prolongado de equipamentos de proteção individual revelou-se um preditor significativo do *burnout* pessoal e trabalho (Tabela-28), explicando entre 2.3% e 2.4% destas variáveis. Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quanto mais prolongado é o uso de equipamentos de proteção individual mais elevados são os níveis de *burnout* pessoal e trabalho, confirmando a hipótese relativamente ao *burnout* pessoal e trabalho.

O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provoca desgaste físicos e lesões é promotor para o desenvolvimento de *burnout* pessoal e no trabalho. De acordo com Hu, et al. (2020) o uso prolongado de equipamentos de proteção individual contribui para o aumento dos níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, estando diretamente relacionados com lesões cutâneas e sua gravidade, Zhang et al. (2020) justifica este fato pelas lesões na pele e pelo desconforto das mesmas, o que é reforçado também pela Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2020), que indica que o uso prolongado e contínuo,

principalmente das máscaras faciais, é responsável pela fricção e pressão constante nos tecidos resultando em lesões cutâneas.

O medo era alto nos enfermeiros da linha da frente, o que contribuía para o *burnout*, ansiedade e depressão destes. As lesões na pele eram muito comuns nos enfermeiros, devido ao uso de EPI's, sendo a sua relação fracamente correlacionada positivamente com as lesões na pele, sendo que quanto pior as lesões da pele maior são os níveis de esgotamento, ansiedade e depressão (Hu et al., 2020). Tendo em conta que a forma mais eficaz de prevenir a infeção por COVID-19 é o uso de EPI's (Cheng et al, 2020 *as cited in* Hu et al., 2020), no entanto a sua utilização é muito desconfortável, especialmente quando utilizado o mesmo equipamento durante um grande número de horas, sendo que quase todos os enfermeiros (94.8%) manifestaram alguma lesão na pele, levaram a que estes desenvolvessem sintomas de exaustão emocional, esgotamento emocional e despersonalização (Hu et al., 2020).

CONCLUSÃO

O surto pandémico por COVID-19, veio alterar a dinâmica de trabalhos dos enfermeiros de saúde em todo o mundo, trazendo novos desafios para a sua saúde mental. Com o passar do tempo, constata-se que os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão são influenciados por múltiplos fatores, alguns já existentes e acentuados por esta nova circunstância.

Constata-se que o impacto da pandemia nos enfermeiros do HDES-EPER trouxe novos desafios na arte do cuidar, levando a uma readaptação e reestruturação do serviço de atendimento à população. Os enfermeiros como membros integrantes de uma comunidade e como profissionais de saúde tiveram que se adaptar a todas as mudanças sociais, familiares e profissionais.

Os enfermeiros apresentam *burnout*, ansiedade e depressão em contexto de pandemia, independentemente do serviço onde prestam cuidados, sexo e estado civil, não havendo uma relação direta com a prestação de cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19 e enfermeiros que trabalham em outros serviços.

As vivências dos enfermeiros foram diversificadas, no contexto laboral podem identificar-se diversas causas como falta de material, condições de trabalho desfavoráveis, diminuição da realização profissional, medo de contrair a doença, a relação com os superiores hierárquicos e o uso prolongado de equipamentos de proteção individual. No contexto sociofamiliar os enfermeiros enunciam o medo de infetar familiar e amigos, isolamento social como fatores contributivos para o *burnout*, ansiedade e depressão. Esta nova adaptação ao contexto pandémico em interligação com o contexto social e familiar levou os enfermeiros a experienciarem maioritariamente sintomas de ansiedade generalizada e insónia. Tendo em conta a situação vivida, os enfermeiros consideram a remuneração inadequada para o desempenho de funções em contexto de pandemia e a falta de práticas administrativas.

Sugerem-se assim, medidas para o combate de *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros, tais como programas de vigilância sobre a saúde dos enfermeiros, identificando fatores como insónia, consumo de substâncias e sintomas de ansiedade generalizada. O fornecimento de material adequado e as condições de trabalho adequadas, também são uma primazia para estes profissionais.

Uma boa interligação com os superiores hierárquicos e com a chefias e medidas de promoção para o bem-estar dos trabalhadores, dias de descanso/férias e facilidade, incentivando o tempo de contacto com os familiares e amigos, de modo a promover o restabelecimento do bem-estar dos enfermeiros, também devem ser considerados, tal como promover a diminuição do número de horas da utilização dos EPI's.

A formação e o esclarecimento dos enfermeiros sobre medidas de combate à propagação do vírus também devem ser tidas em conta, de modo que os enfermeiros não tenham medo de manter contacto com os amigos e família.

As instituições podem propagar práticas administrativas de apoio, como práticas de aconselhamento, e psicoterapia aos colaboradores, recrutamento de mais enfermeiros, medidas de apoio espiritual, compensação financeira, apoio dos supervisores, fornecimento adequado de material e procedimentos com instruções claras e concisas sobre a atuação perante o COVID-19.

Denota-se a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, “através da prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p. 21427). Deste modo o enfermeiro especialista, deve intervir juntos dos profissionais de enfermagem, identificando e estabelecendo medidas a nível dos três níveis de intervenção, quer através do estabelecimento de medidas preventivas, como intervir no tratamento dos enfermeiros. Também se denota máxima importância na sugestão de medidas de intervenção junto das entidades de gestão hospitalar, de forma a prevenir o *burnout*, ansiedade e depressão dos enfermeiros, promovendo a saúde dos enfermeiros desta instituição.

Relativamente às limitações deste estudo, considera-se que o fato de uma população ser maioritariamente feminina, dificulta as conclusões face aos indivíduos do sexo masculino. Numa abordagem futura seria de interesse aumentar o número de profissionais de modo a conseguir fazer uma análise comparativa mais consistente quanto ao fator sexo. Todavia é necessário ter em atenção que na profissão de enfermagem existe uma prevalência do sexo

feminino. Outra limitação deste estudo é a existência de pouca bibliografia que interligue as três problemáticas em estudo, ou seja, o *burnout*, ansiedade e depressão em contexto de pandemia, sendo difícil de apurar quais são os fatores que foram influenciados pela pandemia e quais são os que já eram pré-existentes ao surto pandémico.

A própria pandemia limitou o decorrer do estudo, pelo que os tempos de espera para aprovação dos pedidos das comissões de ética e aprovação pelo Conselho de Administração foram mais demorados, atrasando o decorrer do estudo. O HDES-EPER, durante a divulgação dos questionários sofreu um ataque informático, pelo que a instituição não possuía internet, tendo limitado a divulgação junto dos enfermeiros, sendo que foi necessário ir a cada serviço fazer a divulgação e tendo sido utilizados outros recursos. A mesma problemática limitou a resposta dos enfermeiros, porque estes não poderiam responder ao questionário na instituição, podendo assim ter reduzido o número de respostas.

Para futuros estudos seria interessante realizar uma análise comparativa entre os enfermeiros da ilha de São Miguel com as restantes ilhas da Região Autónoma dos Açores, tendo em conta que as ilhas funcionam como sistemas isolados com especificidades em cada uma delas, seria de interesse avaliar o impacto da pandemia nos enfermeiros de cada uma delas. Só assim seria possível avaliar o impacto das características geográficas nas dimensões em análise. Penso que no futuro também seria interessante identificar quais são os fatores de desgaste que a pandemia por COVID-19 trouxe para os enfermeiros e quais os já previamente existentes.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association – APA (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington: Copyright
- American Psychiatric Association – APA (5ª edição) (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores
- Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (2020). Recomendação PREPI/COVID19 – Prevenção de lesões cutâneas causadas pelos equipamentos de proteção individual. *Journal of Tissue Healing and Regeneration*. (Suplemento da edição outubro/março XV), 1-8. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/enfermagem/cuidar-de-quem-cuida/aptferidas-recomendacao-prepi-Covid19.pdf>
- Barata, J. (1ª edição) (2007). *Dicionário Médico para todos*. Lisboa: Livros D’Hoje
- Benevides Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Çelmeçe, N. & Menekay, M. (2020). The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life, *Frontiers in Psychology*, 11, 1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2020.597624
- Cordás, T.A. & Emilio, M.S. (2017). *História da melancolia*. Porto Alegre: ARTMED EDITORA LTDA
- Decreto do Presidente da República nº. 14-A/2020 de 18 de março. *Diário da República*: 1ª. série, N.º 55 (2020). Acedido a 30 de dez. 2020. Disponível em: www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 setembro do Ministério da Saúde. *Diário da República*: I- SÉRIE-A, N.º 205 (1996). Acedido a 30 de dez. 2020. Disponível em: www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 101-B/2020, de 3 de dezembro do Ministério da Saúde. *Diário da República*: 1.ª Série, N.º 235 (2020). Acedido a 23 de julho de 2021. Disponível em: www.dre.pt
- Delbrouck, M. (1ª edição) (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: CLIMEPSI
- Diogo, P. M. J., Lemos e Sousa, M. O. C., Rodrigues, J. R. G. V., Almeida e Silva, T. A. A. M. & Santos, M. L. F. (2021). Trabalho emocional de enfermeiros da linha de frente do combate à pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74 (Suplemento 1), doi: 10.1590/0034-7167-2020-0660.
- Direção Geral da Saúde (2020a). Casos de infeção pelo novo coronavírus (COVID-19): Comunicado C160_75_v1. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-02032020-1728.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2020b). Surto de doença respiratória na Cidade de Wuhan – China: Comunicado C160_01_v2. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Comunicado-de-14_01_2020.pdf
- Direção Geral da Saúde (2021c). Valorização da saúde mental dos profissionais do SNS. *Saúde Mental*. Abril (003), 2-10. Acedido a 23 de julho de 2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/04/NL_Sa%C3%BAde-Mental_03.pdf
- Dobson, H., Malpas, C.B., Burrell, A.J.C., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J. & Winton-Brown, T. (2020). Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic, *Australasian Psychiatry*, 26-30. doi: 10.1177/1039856220965045
- Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L ... & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan, *67*, 144-145. doi: 10.1016/j.genhospsych.2020.03.011
- Fonte, C.M.S. (2011). *Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Universidade de Coimbra. Coimbra. Disponível em:

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/18118/1/Adapta%3%a7%3%a3o%20e%20Valida%3%a7%3%a3o%20para%20Portugu%3%aas%20do%20Questin%3%a1rio%20de%20Copen.PDF>;

- Fotin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. LUSODIDACTA: Loures
- Gall, A.L. (1978). *A Ansiedade e a Angústia*. Lisboa: Editorial Estampa
- Galvão, T. F. & Pereira, M.G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: Passos para a sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184. doi:10.5123/51679-49742014000100018
- George, F. (2011). Sobre determinantes de Saúde. Disponível em: www.dgs.pt
- Gil-Monte, P.R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), 181-197.
- Giusti, E.M., Pedroli, E., D`Aniello, G.E., Badiale, C.S., Pietrabissa, G., Manna, C. ... Molinari, E. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study, *frontiers in Psychology*, 11, 1-9. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684
- Han, L., Wong, F.K.Y., Ela, D.L.M., Li, S.Y., Yang, Y.F., Jiang, M.Y. ... Chung L.Y.F. (2020). Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak, *Journal of Nursing Scholarship*, 52:5, 564–573. doi: 10.1111/jnu.12590
- Herdman, T. & Kamittsuru, S. (11ª edição) (2014). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. São Paulo. ARTMED EDITORA LTDA.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, W., Zhu, L.X. ... Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study, *EClinicalMedicine*, 24, 1-10. doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424
- International Council of Nurses (2019). *CIPE versão 2015- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Loures: Lusodidacta
- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treatin Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Radiology Nursing*, 39, 176-178; doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.06.004 1
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessmen Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? of burnout. *Work & Stress*, 19 (3), 192-207, 19 nº2, 181-197; ISSN: 1576-5962
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N ... Li R. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019, *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Maslach, C. (2003a). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood: Malor Book, Los Altos, CA
- Maslach, C. (2003b). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention, *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192, doi.org/10.1111/1467-8721.01258
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range an Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC
- Miguel-Puga, J.A., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F.J., Sanchez-Hurtado, L.A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E. ... Jáuregui-Renaud, K. (2020). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to posttraumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Wiley*, 1-9; doi: 10.1002/brb3.2007
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: LUSOCIÊNCIA
- Oliveira, A. R., Bezerra, T. C. G., Oliveira, T. H. A., Rezende, A. T., Figueiredo, C. V. & Costa, T. S. (2021). Síndrome de Burnout e Síndrome do Impostor: um estudo correlacional. *Research Society and Development*, 10 (3), 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13344> 1

- Ordem dos enfermeiros (2017). Esclarecimento: Decreto-Lei nº 73/52017 de 21 de junho. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2017/EsclarecimentoDL73_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Anuário Estatístico 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety na Depression Scale, *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Paula, A.C.R., Carletto, A.G.D., Lopes, D., Ferreira, J.C., Tonini, N.S. & Trecossi, S.P.C. (2021). Reactions and feelings of health professionals in the care of hospitalized patients with suspected covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, (spe), 1-7. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200160.
- Queirós, P. (1ª edição) (2005). *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. Coimbra: Formasau
- Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto do Ministério das Entidades administrativas independentes e Administração Autónoma: 2ª. Série, Nº 151 (2018). Acedido a 18 de novembro de 2021. Disponível em: www.dre.pt
- Richardson, R. (3ª edição) (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas
- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. California: SAGE Publications India
- Roquebrume, J. & Jouissemet, R. (1988). *Prevenir e Combater o Stress a Angústia a Depressão*. Lisboa: Edital Verbo
- Santos, C. F., Picó-Pérez, M. & Morgado, P. (2020). COVID – 19 and Mental Health – What Do We Know So Far?, *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-6. doi.org/10.3389/fpsy.2020.565698
- Senhoras, E.M. (2020). Coronavírus e o Papel das Pandemias na História Humana. *Boletim de Conjuntura*, 1, 30-35. doi.org/10.5281/zenodo.3760078
- Sequeira, C. e Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções*. Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto Editora
- Shanafelt, T. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic, *VIEWPOINT*, 323, 2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.5893
- Soares, I.S., Veloso, A.L. & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190;3. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf>
- Souza N.V.D.O., Carvalho E.C., Soares S.S.S., Varella T.C.M.M., Pereira S.E.M., Andrade K.B.S. (2020). Trabalho de enfermagem na pandemia da Covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores *Revista Gaúcha Enfermagem* (42) (esp):e20200225 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
- Surrati, A.M.Q., Mansuri, F.M.A & Alihabi, A. A. A. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(6), 536-543. doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.10.005
- Toffler, A. (1981). *Future Shock: The Third Wave*. United States and Canada: Copyright
- Tomey, A. & Alligood, M. (5ª edição) (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência. Porto Alegre: artmed

- Townsend, M.C. (6ª edição) (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. Loures: LUSOCIÊNCIA
- Vedovato, T.G., Andrade, C.B., Santos, D.L., Bitencourt, S.M., Almeida, L.P., Sampaio, J. F. S. (2020). Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* ISSN: 2317-6369
- World Health Organization (2010). What is a pandemic?. Consultado a 02 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
- World Health Organization (2020a). Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre. Disponível em: file:///C:/Users/luisd/Downloads/WHO-2019-nCoV-SARI_treatment_center-2020.1-eng.pdf
- World Health Organization (2020b). 58º Conselho Diretor 72ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas – Implementação do Regulamento Sanitário Internacional. Disponível em: <file:///C:/Users/luisd/Downloads/CD58-INF-1-p-implementacao-rsi.pdf>
- World Health Organization (2020c). Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?Sfvrnsn=bcabd401_0
- World Health Organization (2020d, março 11). Coronavirus Outbreak (COVID - 19): WHO Update [video]. Consultado em: <https://www.youtube.com/watch?v=BtlzrwI9Lcw>
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. & Ng, C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *PlumX Metrics*, 228-229. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, e923549-1 - e923549-8. [doi: 10.12659/MSM.923549](https://doi.org/10.12659/MSM.923549)
- Zerbin, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German medical science: GMS e Journal*, 18, 1-9. DOI: 10.3205/000281
- Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X ... Zhu, C. (2020). Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China, *Frontiers in Psychology*, 11, 1-9. doi.org/10.3389/fpsy.2020.565520

APÊNDICES

APÊNDICE I

Focus Group

Local: Serviço de Urgência do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada-EPER.

Data: 10/02/2021

Hora de início: 18h

Número de participantes: 5 Enfermeiros prestadores de cuidados a pessoas com suspeita ou com infeção por COVI-19.

1. ORGANIZAÇÃO DO FOCUS GROUP

1.1 PREPARAÇÃO

- Elaboração do documento delineando objetivos e secções para entregar aos participantes.
- Organização da sala (mesa redonda, garrafa de água, copos e guardanapos).
- Preparar meios técnicos (gravador).
- Preparar a declaração de consentimento para gravação e participação do *focus group*.

1.2. PLANO DE SESSÃO DO FOCUS GROUP

Guião do <i>focus group</i>	Tempo
- Apresentar-me ao grupo, agradecer a presença e resumir como se vai proceder;	2 min.
- Solicitar aos participantes que respondam com sinceridade e sem receio, exprimindo o que pensam e o que estão a vivenciar;	5 min.
- Reforçar as questões de confidencialidade e os princípios éticos. Explicar a necessidade de gravação.	3 min.
- Entregar aos participantes o consentimento de autorização da gravação e o acordo de confidencialidade	
- Solicitar para não haver conversas paralelas e privadas e para exporem as ideias para o grupo.	7 min.
- Entrega e preenchimento do questionário pelos participantes.	
- Tempo estimado de discussão.	45min.

1.3 SENSIBILIZAR PARA A TEMÁTICA

	Tempo
- Introduzir a temática explicado o conteúdo do <i>focus group</i> .	7 min.
- Explicar sucintamente os objetivos da investigação.	
- Verificar se os enfermeiros presentes, se sentem sensibilizados para a temática abordada.	
- Entrega de questionário.	

1.4. ENTREVISTA

	Tempo
- Serão aplicadas as questões de forma a gerar “debate/entrevista” entre os enfermeiros.	45 min.

1.4.1 Questões

- Que importância teve papel do enfermeiro no combate à pandemia por COVID -19?
- Qual o impacto que esta prestação de cuidados teve na sua vida profissional e na dos colegas que trabalham consigo? Exemplos?
- Qual o impacto que esta prestação de cuidados em contexto pandémico teve na sua vida pessoal e familiar e na dos colegas que trabalham consigo? Exemplos?
- Relativamente à temática *burnout*, ansiedade e depressão, como é que acham que os enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19 vivenciam alguma sintomatologia compatível com *burnout*, ansiedade ou depressão? Exemplos de sintomas que identifique em si e nos colegas que trabalham consigo?
- Que impacto sente que esta prestação de cuidados em contexto pandémico possa ter tido na sua saúde? Exemplos?
- Durante a pandemia sentiu-se mais isolado? Que impacto é que isso teve? Exemplos?
- Quais os seus maiores receios no cuidado a estes utentes? O que mais o preocupa neste momento na sua vida? E aos seus colegas?
- O que pensa que o está a ajudar a ultrapassar esta fase com menos ansiedade e depressão? Que fatores identifica na sua vida que sejam facilitadores?
- O que pensa que mais o prejudica? Quais os fatores e condições de trabalho e da vida pessoal que poderão estar a prejudicar a forma como lida com o cuidado a estes doentes?
- Qual a maior dificuldade nesta prestação de cuidados?
- O que pode ser feito para melhorar o estado mental dos enfermeiros?
- O que gostaria que fosse feito consigo para melhorar o seu estado mental durante e após esta fase?

- Que impacto sente que esta prestação de cuidados em contexto pandémico possa ter tido na sua saúde? Exemplos?

- Durante a pandemia sentiu-se mais isolado? Que impacto é que isso teve? Exemplos?

- Quais os seus maiores receios no cuidado a estes utentes? O que mais o preocupa neste momento na sua vida? E aos seus colegas?

- O que pensa que o está a ajudar a ultrapassar esta fase com menos ansiedade e depressão? Que fatores identifica na sua vida que sejam facilitadores?

- O que pensa que mais o prejudica? Quais os fatores e condições de trabalho e da vida pessoal que poderão estar a prejudicar a forma como lida com o cuidado a estes doentes?

- Qual a maior dificuldade nesta prestação de cuidados?

- O que pode ser feito para melhorar o estado mental dos enfermeiros?

- O que gostaria que fosse feito consigo para melhorar o seu estado mental durante e após esta fase?

3. E-MAIL DE CONFIRMAÇÃO PARA OS PARTICIPANTES

Caro participante e colega.

Na sequência do convite realizado anteriormente, serve este email para confirmar a sua disponibilidade para participar no estudo " *Burnout*, ansiedade e depressão nos Enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19", a realizar no dia 10/02/2021, na sala de reuniões do Serviço de Urgência do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPER, com início às 18h e duração prevista de 1h. Deverá chegar ao local com 30 minutos de antecedência para assinar o consentimento informado, esclarecimento de eventuais dúvidas e preparativos do *focus group*.

Agradeço desde já a sua participação, pois, sem ela a realização deste estudo seria impossível.

Caso surja alguma impossibilidade de participação, por favor de entrar em contacto o mais breve possível, através do contacto telefónico 969882696 e email: luisdiogo.ferreira@hotmail.com.

O investigador:

Enf^o Luís Ferreira (mestrando).

Prof^a Catarina Tomás (orientadora).

3. CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Género	
Idade	
Habilitações Académicas (mestrado e doutoramento)	
Habilitações Profissionais (Pós-licenciaturas de especialização, formação profissional e competências acrescidas).	
Categoria Profissional	
Tempo de Exercício Profissional	
Tempo no Serviço atual	

4. PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO “*BURNOUT*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19”

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Está a ser convidado(a), como voluntário(a), a participar num estudo intitulado “Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19”, no âmbito do desenvolvimento da dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob a responsabilidade do Enfermeiro Luís Diogo Melo Ferreira do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPER, com orientação tutorial da Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás, com vista a obtenção de grau de Mestre.

Este estudo tem como objetivo geral avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão.

Pretende-se assim:

- A realização de um *focus group* pelo investigador, cujo o objetivo é compreender quais as suas preocupações e se este conceito pandémico teve ou não impacto na sua dinâmica profissional, pessoal e familiar. Está previsto a entrega de um questionário de caracterização sociodemográfica para caracterização do grupo, preenchimento de um questionário sobre a temática debatida e um período de discussão. Estando previsto decorrer num período de 60 minutos. Com vista a uma melhor compreensão da informação obtida, a discussão poderá ser gravada e destruída após transcrição das participações (garantindo o anonimato dos participantes).

Se desejar ter acesso aos resultados do estudo envie a solicitação para luisdiogo.ferreira@hotmail.com. O estudo não é financiado por entidades externas à Instituição e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dela decorram. A associação e os investigadores envolvidos responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos mesmos. No final do estudo (2021) serão eliminados.

A recolha de dados e tratamento de dados será efetuada pelo mestrando em enfermagem Luís Diogo Melo Ferreira.

Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo junto do profissional que recolhe os dados.

A sua participação no estudo não traz riscos. Pode recusar participar no estudo, interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências.

Investigador principal pelo tratamento de dados:

Email: luisdiogo.ferrereira@hotmail.com

Telefone: 969882696

Luís Diogo Melo Ferreira

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO “BURNOUT, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19”

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos investigação nos termos da Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Está a ser convidado(a), como voluntário(a), a participar num estudo intitulado “Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19”, no âmbito do 2º Ciclo de Estudos de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com a responsabilidade do Enfermeiro Luís Diogo Melo Ferreira, sob a orientação tutorial da Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás.

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: _____/_____/_____

5. RELATÓRIO DO *FOCUS GROUP*

5.1 ENQUADRAMENTO

Com o intuito de compreender qual o impacto que o novo paradigma na prestação de cuidados causados pela pandemia por COVID-19, teve nos enfermeiros realiza-se um *focus group* a 5 profissionais de enfermagem que trabalham no contexto clínico a pessoas com suspeita ou infetadas com COVID-19, deste modo, pretende-se compreender quais as suas preocupações e se este conceito pandémico teve ou não impacto na sua dinâmica profissional, pessoal e familiar.

Este *focus group* encontra-se enquadrado no 2º Ciclos de Estudos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sendo regulado pelo mestrando Luís Diogo Melo Ferreira, sob orientação tutorial da Prof. Doutora Catarina Cardoso Tomás.

Dos 5 enfermeiros convidados para participar no *focus group*, os 5 aceitaram o convite de bom grado.

5.2 DADOS GERAIS

5.2.1. Data de Realização

A reunião deu-se no dia 10 de fevereiro de 2021, pelas 18 horas.

5.2.2. Duração

O *focus group* teve a duração aproximada de 01 hora e 30 min.

5.2.3. Local da Formação

Decorreu na sala de reuniões do Serviço de Urgência do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPER.

5.2.4. Investigador

O investigador responsável por este *focus group* foi o seguinte:

- Luís Diogo Melo Ferreira;

5.2.5. Participantes

O curso foi programado para 5 enfermeiros, dos quais compareceram os 5 elementos. Todo os elementos trabalham com pessoas com infeção ou com suspeita de infeção

por COVID-19, 4 desses enfermeiros no Serviço de Urgência do HDESPD- EPER e 1 enfermeiro trabalha na equipa de atendimento de pré-hospitalar no Suporte Imediato de Vida (SIV) da Ribeira Grande, ligada a Unidade de Saúde De Ilha de São Miguel.

5.6 DESENVOLVIMENTO

5.6.1. Objetivo

- Compreender o impacto que o contexto pandémico tem nos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com infeção ou com suspeita por COVID-19.

5.6.2. Descrição do *Focus Group*

Com objetivo de manter o anonimato as pessoas serão caracterizadas por P1; P2; P3; P4 e P5.

Enfermeiro	Descrição Sociodemográfica
P1	<ul style="list-style-type: none"> - Feminino; - 39 anos; - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica vertente doente Crítico; - Pós-graduação em Geriatria. - Enfermeira há 19 anos; - Trabalha no Serviço de Urgência há 8 anos
P2	<ul style="list-style-type: none"> - Feminino; - 39 anos; - Enfermeira de cuidados gerais; - Pós-graduada em Emergência e trauma. - Enfermeira há 17 anos; - Trabalha no Serviço de Urgência há 12 anos
P3	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino; - 34 anos; - Enfermeiro de cuidados gerais; - Enfermeira há 13 anos; - Trabalha no Serviço de Urgência há 10 anos
P4	<ul style="list-style-type: none"> - Feminino; - 32 anos; - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Pós-graduada em Emergência e Trauma; - Pós-graduada em Cuidados Paliativos. - Enfermeira há 10 anos; - Trabalha na SIV há 5 anos
P5	<ul style="list-style-type: none"> - Feminino; - 33 anos; - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; - Pós-graduada em Gestão e Administração em Serviços de Saúde - Enfermeira há 8 anos; - Trabalha no Serviço de Urgência há 2 anos

A sala foi disponibilizada em mesa redonda, sendo a distribuição das pessoas conforme ilustra a figura infra apresentada, onde como moderador, fico identificado com a letra M .

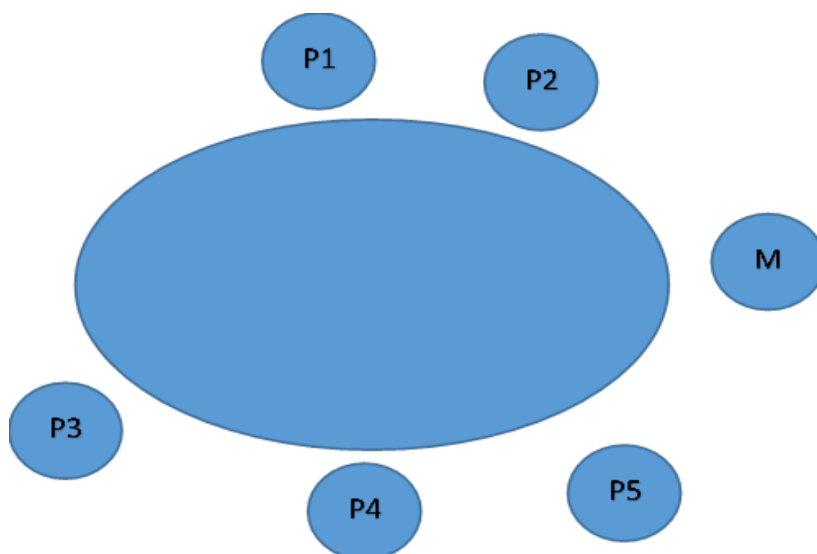


Figura 1 Disposição da sala

Dados extraídos da reunião <i>focus group</i>	Enf.	Indicador
“Eu acho que o enfermeiro tem um papel fundamental na prestação de cuidados à prestação do doente crítico, o enfermeiro tem competência para prestar cuidados nas devidas condições ao doente em condição crítica, mantendo os cuidados de assepsia e prevenindo a disseminação”	P4	
“O enfermeiro é fundamental, não só na prestação da doença em termos físicos, mas também mentais. Porque esta doença veio trazer agravamento de problemas mentais e de novo”.	P1	
“O medo que provoca nos próprios doentes e às famílias. Todos nós alguma vez já afastamos a viseira ou afastamos a máscara, tocamos no doente, para dizer que pronto a situação é muito má, mas estamos ali, estamos com eles, olhamos nos olhos. Para que as pessoas saibam que estamos ali. O enfermeiro é mais do que dar medicamentos é mostrar que está ali”.	P2	- Falta de realização profissional
“O enfermeiro e a classe que em Portugal tem mais elementos. A parte de enfermagem na realidade que eu conheço a grande importância foi a prestação de cuidados, pelo menos a minha realidade. A parte da organização, gestão os enfermeiros não foram tidos em conta, só servíamos para trabalhar. Na nossa equipa a parte do planeamento, nunca nos foi perguntado se concordávamos, se não concordávamos, apenas era imposto e limitávamo-nos a trabalhar”.	P3	- Falta de realização profissional;

<p>“Eu acho que o papel do enfermeiro também passa pela parte preventiva, na disseminação da doença e na informação que passamos às pessoas, relativamente às medidas preventivas para prevenir a disseminação do vírus, entre as famílias e que cuidados a ter”.</p>	P5	
<p>“Vejo um aumento na exigência do trabalho. As condições de trabalho pioraram muito e o ambiente da organização também veio agravar todas estas questões. A equipa mudou completamente em muitos aspetos”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de realização profissional; - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica
<p>“Tivemos que ajustar os cuidados às novas exigências às novas medidas, mas acima de tudo provocou muitos constrangimentos entre a própria equipa e elementos de outras equipas. Momentos de muita revolta, de muitos conflitos. Mais do que momentos de união foram momentos de revolta e conflitos. Quem ficou envolvido nesta prestação de cuidados não foi ouvido e foi despejado num buraco que foi criado e nunca tiveram em atenção ao que era preciso ser feito, como podíamos ter arranjado a nível de como devíamos de como devíamos trabalhar, circuito de doentes e tudo o mais, tudo o que está ligado a área COVID, não fomos tidos em conta. O facto de uns elementos trabalharem e outros não trabalharem”.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de realização profissional; - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde. - Relação com as chefias;
<p>“A alteração das relações interpessoais e aumento dos conflitos pelas diferentes perspetivas e por não se sentirem parte integrante. Isso passado um ano ainda se vê. O não ser ouvido a equipa como um todo, principalmente os que lá trabalham, não se adotam medidas corretivas do que está menos bem, dentro da área COVID, isto relativamente à urgência. Os colegas por terem medo de contrair a doença, por si só já levou ao aumento dos níveis de ansiedade”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de realização profissional; - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde. - Relação com as chefias; - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Medo de contrair a doença;
<p>“A prestação de cuidados mudou muito. É uma doença nova com novas exigências. Relativamente à equipa houve um grande cuidado para não propagar a doença, na área COVID e era transversal depois para a área não COVID. Também houve uma adaptação da equipa a um horário de 20 horas de trabalho, que nunca tínhamos feito, em que durante esse tempo trabalhávamos sempre com o mesmo colega era importante na relação pessoal, não foi tido nem achado. Foi-nos tudo imposto”.</p>	P3	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de infetar familiares/amigos; - Número acrescido de horas de trabalho; - Relação com as chefias;
<p>“Tenho uma perspetiva parecida, mas com aspetos um pouco diferente. O fato de trabalhar sozinho em pré-hospitalar, há partes que deveríamos fazer todos iguais, principalmente na desinfeção dos equipamentos, como é feito o circuito, foi tudo montado, mas há coisas que não vieram documentados. Depois o que acontece é que com os níveis de ansiedade aumentados, as pessoas começam a cair no exagero e começam a desinfetar material de forma desadequada e as pessoas como não tem as coisas documentadas, começam a fazer como acham melhor”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Medo de contrair a doença;
<p>“O medo excessivo de contrair e disseminar a doença, levou em algumas situações que eu experienciei a não se ter o bom senso para se salvaguardar a vida humana. Estavam mais preocupados na desinfeção de camas e trocas de camas, quando o doente é crítico. Podíamos até ter aqui uma discussão ética sobre esta temática” (todos</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de contrair a doença; - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.

concordaram com este aspeto).		
“Doentes que necessitam de atendimento muito rápido, deixaram de ter”.	P1	- Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.
“O facto de o doente sair prejudicado na prestação de cuidados afetou-nos muito como enfermeiros. Porque o nosso trabalho é esse e acudir que necessita de cuidados”.	P2	- Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.
“Nota-se muito no tempo de saída da SIV, porque perdemos muito tempo a vestir equipamentos de proteção individual e se for no caso de uma paragem faz toda a diferença no desfecho do doente. Se levávamos 2 minutos a sair, agora levamos 10 minutos. Até saímos com uma inquietude, porque sabemos que estamos a levar mais tempo. Mas também não podemos ir sem os equipamentos”.	P4	- Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.; - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade;
“Nós também, temos que vestir isto e tirar aquilo e o doente ali a precisar, em agonia e nós calça luva e tira luva”.	P2	
“No início faltava material e as medidas eram tomadas conforme o material que havia. Se não havia mascarar FFP2, podia ser a mesma máscara para 3 dias, se havia até podias trocar a cada 4 horas até. Informação tivemos muita. A responsável pelo controlo de infeção no hospital, nunca a vi lá no serviço, apesar de termos pessoas no serviço destacadas para isso. Não nos era dada muitas informações, recebíamos as normas e ninguém nos explicava o porquê, era apenas para fazer”.	P3	- Relação com as chefias; - Falta de material de proteção individual; - Falta de realização profissional;
“A formação que tivemos foi só o despir e vestir os fatos. A abordagem a este doente ao próprio doente em si. Há pessoas que mesmo todas equipadas têm medo de chegar junto a estes doentes, porque acham que vão apanhar COVID sabe-se lá por onde. Quem fica sempre prejudicado é o doente”.	P2	- Medo de contrair a doença; - Falta de realização profissional;
“Há mais um aspeto, que tem a ver com a formação e informação. O facto de ser um vírus novo e em termos mundiais, por haver falta de informação, levou a constantes informações das normas, diariamente éramos bombardeados com novas informações, aliás continuam a sair, o que nos leva a ter que estar sempre atentos as novas atualizações, o que obviamente nos leva a falhas”.	P5	
“No meio disso tudo esqueceram-se de perfis, porque há pessoas pelas suas personalidades e pelas suas vivências, que não são capazes de estar perto de uma pessoa infetada. E num serviço onde há escassez de recursos todos acabam por ser preparados da mesma forma. Se calhar se têm tido atenção a uma melhor preparação não só de conhecimento, até mesmo emocional para aquilo que vão, se calhar tinham tido mais sucesso. O que acontece é que não preparam ninguém e as pessoas que têm mais dificuldade em lidar com o stresse dizem que não querem fazer, o que implica uma sobrecarga maior nos colegas que fazer COVID”.	P4	- Os enfermeiros apresentam maiores níveis de <i>burnout</i> ; - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Falta de material de proteção individual
“A minha vida pessoal mudou muito, começou logo pela própria de entrada, nem que seja pelo fardamento que	P4	- Medo de infetar familiares/amigos;

<p>tenho que lavar em casa. Tive que criar um cesto da roupa a porta da entrada, nomeadamente o da SIV, para que a roupa tivesse um circuito próprio. E depois o medo constante de ser um veículo de transmissão, reduzi logo os contactos com as pessoas todas, principalmente os que tinham mais idade e aqueles que são mais novos e muito mais o que estavam em zonas de maior risco”.</p>		
<p>“Na primeira vaga, a minha vida mudou muito e tive muita dificuldade em lidar com a mudança, pelo medo do desconhecido, sempre que lido com o desconhecido fico meia alterada. Entretanto depois de me conseguir informar e adaptar a situação percebi que aquilo que eu tinha alterado nessa questão das roupas, do calçado, da saída a rua, da vinda do trabalho e ida para o trabalho, acabou por se tornar uma rotina e posso dizer que neste momento a questão de ir trabalhar e vir do trabalho está praticamente igual. Agora o que me faz falta são as restrições sociais que nos continuamos a viver. E o facto de sermos possíveis portadores mais facilmente que os outros, claro que alterou muito a minha vida pessoal. Deixei de ir visitar os meus pais e a minha irmã as vezes que ia e, portanto, altera muito”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Medo de infetar familiares/amigos; - Isolamento social; - Falta de suporte social/familiar;
<p>“A minha vida pessoal não sofreu grandes alterações, o que eu fazia antes continuo a viver igual, como já vivia sozinha. O que mudou foi como os meus pais vivem longe deixei de os ver com tanta regularidade e quando os vou ver tenho receio de levar alguma coisa para casa. Mas tentei sempre viver dentro da normalidade. O que mais prejudicou, foi o facto de não poder ir viajar, o não poder ir para outro país, para outro sítio, sair e conhecer outros contextos”. P1 concorda com a colega.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de infetar familiares/amigos - Falta de suporte social/familiar - Isolamento social;
<p>“Também mudei pouco a minha vida, os cuidados que eu tinha antes são os que tenho agora. Limitou-me a parte dos convívios sociais”.</p> <p>“Na primeira vaga quanto estive em isolamento profilático, aí estive 15 dias mesmo isolado, nem estive com familiares nem amigos, só me iam deixar bens essenciais em casa”.</p> <p>“As cercas sanitárias na ilha de São Miguel também me limitaram, pois, os meus pais estavam noutra concelho, mesmo que quisessem não conseguir ir vê-los”.</p>	P3	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Falta de suporte social/familiar;
<p>“No meu caso tive muitas alterações. O facto de ser casada e ter dois filhos, o medo de contrair a doença e de levar a doença para casa, fez com que eu saísse de casa durante um período por razões de segurança, até eu perceber como o vírus funcionava. A falta de equipamentos no nosso hospital, que levou eu ter que fazer um isolamento profilático por contacto de alto risco com um doente por falta de equipamentos adequados. Isto levou com que eu saísse de casa, por medo de infetar a família. A partir do momento que comecei a perceber como é que o vírus funciona, o saber como se transmite, deixou-me um pouco mais descansada. Agora não tenho essa preocupação”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de suporte social/familiar; - Medo de infetar familiares/amigos; - As mulheres casadas e com filhos apresentaram níveis de stresse superior comparativamente aos homens. - Falta de material de proteção individual
<p>“Eu própria na primeira vaga tive sintomas compatíveis com ansiedade. Insónia, irritabilidade, alguma angústia. Notei mais na primeira fase”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Apresentam sinais de alerta, com

		o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias.
<p>“Senti muito cansaço mental, muita pressão, muita tensão. No serviço não foi fácil lidar com toda esta situação. Não foi fácil lidar porque houve tratamentos diferentes dentro do próprio serviço, em que para uns era de uma determinada forma e para outros de outra forma. Não foi tanto por trabalhar com doentes COVID, porque para mim nunca houve nenhuma dificuldade nessa parte. O meu maior aborrecimento era a forma como o serviço estava gerido. Para uns elementos foi uma ótima fase em que tudo estava facilitado, enquanto para nós era uma grande sobrecarga, um cansaço físico e mental. É claro que houve colegas que tiveram mais dificuldade do que eu, colegas que não tiveram tanta facilidade em lidar com a situação, muito mais focados no desinfeta, como tenho que me vestir e despir, acho que esses ficaram muito mais perturbados com esta situação toda”.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de depressão; - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade - Relação com as chefias;
<p>“Era visível em alguns colegas o aumento da ansiedade, da preocupação, se antes já havia preocupação com o controle de infeção, agora notou-se que era um exagero, sem seguir o que eram as técnicas corretas de desinfecção. Tornou-se mesmo um comportamento repetitivo, compulsivo. Demonstrava o medo excessivo de contaminação”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Apresentam sinais de alerta, com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias. - Medo de contrair a doença;
<p>“Eu tive sintomas, andava mais ansiosa, com maior irritabilidade. Mas também foi só. Em relação aos colegas, maior irritabilidade, labilidade emocional dos colegas, alterações do padrão de sono, tristeza pelo isolamento”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade; - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de <i>burnout</i>. - Apresentam sinais de alerta, com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias.
<p>“Só vi mais irritabilidade, acho que era transversal a todos. Não tinha medo de contrair a doença, mas sim de disseminar a doença, ate mesmo no serviço em que na área COVID tínhamos suspeitos e doentes com diagnóstico confirmado, tinha medo de contaminar os suspeitos por ter prestado cuidados aos infetados com COVID”.</p>	P3	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de infetar familiares/amigos;
<p>“O fato de ser enfermeira de urgência e lidar diretamente com COVID, eu tive a perceção que as outras pessoas tinham medo em lidar comigo. Por acharem que por ser profissional de saúde seria um risco para eles. Acho que ficamos rotulados e no caso dos colegas que ficam infetados, tem quase que dar satisfações em como foram contrair o vírus”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de infetar familiares/amigos;

P1; P4 também concordam.		
“Eu não senti isso, mas conheço pessoas que sentiram isso”.	P2	
“Eu acho que isso é mais desinformação das pessoas, porque normalmente quem trabalha nas áreas COVID acabam por estar mais protegidos do que quem não está. Mesmo nos cuidados de saúde primários os familiares que tinham doentes em casa diziam que os enfermeiros não precisavam de ir às visitas domiciliárias”.	P4	
“Senti mais cansaço, mesmo com as mesmas horas de trabalho, principalmente após estar algumas horas na área COVID, desidratação e em termos mentais o que já se falou antes”.	P1	- Os enfermeiros apresentam maiores níveis de <i>burnout</i> .
“O sentimento mais comum, era quando se entrava na área COVID que passasse depressa as 4 horas, para poder sair dali ninguém gostava de estar ali, quando foi preciso quase todos foram trabalhar para lá, mas o sentimento era quando entrasse para sair o mais depressa, pelo menos eu tenho esse sentimento e via o mesmo nos outros. A parte da transpiração, eu usava óculos, não via nada, deixei de usar óculos, claro que vejo menos tenho mais dificuldade. Mas foi a estratégia que arranjei”.	P3	- Uso prolongado de meios de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões.
“Cefaleias, muitos problemas de pele e muitas náuseas”.	P2	- Uso prolongado de meios de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões.
“Para mim a adaptação a máscara foi terrível, tinham sempre uma rinorreia e o que se podia fazer para limpar aquilo? Era nada, porque não se podia tirar a máscara a meio de uma prestação de cuidados. E a minha boca era uma coisa muito estranha, as laterais da bochecha ficavam todas em ferida”.	P4	- Uso prolongado de meios de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões.
“Ninguém se queixa das orelhas? As minhas era quase até fazer ferida”. (Todos concordam).	P3	- Uso prolongado de meios de proteção individual, provocam desgaste físico e lesões.
“Para mim o maior impacto foi na saúde mental, foi onde senti o maior impacto que a prestação de cuidados tivesse na minha saúde geral”.	P5	
“Eu acho que o COVID, teve muito impacto na saúde física dos enfermeiros, ainda não estão é documentadas, ainda se vai é saber mais tarde”.	P4	
“Senti-me mais isolada e mesmo quando eu quebrava as medidas de isolamento, não estava totalmente à-vontade por saber que estava a quebrar algo que era quase imposto. Fui apanhada várias vezes pela Polícia a correr quando não podia. Isto para salvaguardar o que eu sei da minha saúde mental e para fazer o que achava que era melhor para mim”.	P1	- Falta de suporte social/familiar; - Isolamento social;
“Eu não senti muito isolamento, como vivo sozinha e gosto, não tive esse sentimento. O que eu senti foi o não poder circular mais à vontade, o sair de casa, o andar nas ruas, o não poder viajar, o não ter convívio com os amigos. O que me preocupa mais no COVID é isso mesmo, ter que ficar em isolamento e ficar a depender da boa vontade dos outros para me trazer as coisas essenciais. Isto assusta-me mais do que a infeção pelo vírus”.	P2	- Isolamento social; - Falta de suporte social/familiar;

<p>“Claro que me senti mais isolada. No caso do meu isolamento profilático, não senti isso. Isolaram-me em casa passados 3 dias do contacto com o caso positivo, por o hospital não ter disponibilizado medidas de proteção adequadas tive que ir para isolamento. Como já tinha estado em contacto com a família não me isolei, aproveitei o tempo que me obrigaram a estar em casa para estar com eles e fazer obras dentro de casa. Mas é óbvio que o período de confinamento em si e estar isolada socialmente me fez ter consciência da necessidade que tenho em estar com os outros”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Falta de material de proteção individual;
<p>“Eu estive em isolamento duas vezes. E as duas acho que foi um erro, mas pronto foi considerado alto risco. Mas eu não posso dizer que me senti isolada, eu senti foi muita falta do contacto com as pessoas, apesar de ter as aulas do mestrado e estar ocupada. Senti falta de estar em contacto junto daqueles que me são queridos, isso para mim, sim senti muita diferença”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de suporte social/familiar;
<p>“A preocupação na disseminação da doença era uma grande preocupação na prestação de cuidados”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de infectar familiares/amigos;
<p>“Eu acho que até se presta maus cuidados a estes doentes”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/falta de profissionais de saúde.
<p>“Nós limitamo-nos a fazer tarefas, a dar o medicamento, a ligar monitor, aspirar e é isso. Dignidade humana é nenhuma”.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/falta de profissionais de saúde;
<p>“Á parte dos enfermeiros e médicos da área COVID estarem com os equipamentos de proteção individual, vê-se algum distanciamento com o doente. As pessoas que vão para a área COVID, têm COVID e outras doenças e as outras doenças ficam esquecidas. Os exames complementares de diagnóstico não são feitos pelo técnico adequado ou levam muito tempo a serem feitos. Acho que há doentes que são prejudicados por estarem na área COVID”.</p>	P3	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/falta de profissionais de saúde; - Falta de realização profissional;
<p>“Era feito tudo por igual, seja jovem ou idoso, é feito tudo por igual”.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/falta de profissionais de saúde.
<p>“Isso notou-se muito nos domicílios, em que se vê doentes com úlceras por pressão num estado avançado, por as pessoas não pedirem auxílio por medo da infeção”.</p>	P4	
<p>“Ajuda-me a ultrapassar isto o exercício físico, a meditação, as caipirinhas, o sol de verão”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentam sinais de alerta, com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias.
<p>“Mais informação com o passar do tempo, encontro-me mais relaxada e mais adaptada. O que me ajudou a ultrapassar esta fase. Vinho tinto e chocolates”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentam sinais de alerta, com o aumento do isolamento, como consumo de substâncias, pensamento suicida, sintomas de stresse pós-traumático, fobias, ataques de pânico, hipocondria, ansiedade generalizada, insónias.

<p>“Basicamente é isso, exercício físico, muita caminhada e muita música”.</p>	P2	
<p>“No meu caso o fator resiliência ajudou um pouco, porque eu tive que me adaptar em 3 trabalhos diferentes. Como trabalho em vários sítios tive que me ir adaptado a várias e tive que me adaptar. O facto de fazer teste de 15/15 dias também dá-me segurança, se tiver que ter um contacto mais próximo porque fiz uma testagem à pouco tempo. E o coabitar com alguém que seja profissional de saúde também me ajuda, porque partilhamos os mesmos receios”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros com maiores níveis de resiliência, tem níveis de <i>burnout</i>, ansiedade e depressão inferiores.
<p>“O fato de me privar, e de não ter férias e sem poder viajar. O fato de não poder sair que é o que me relaxa, é a minha estratégia para lidar com o stresse do dia-a-dia. Estamos sempre nisto e não consigo ter um escape. O não estar com a minha família, e ainda ser maltratada por alguns doentes, tudo isso interfere na forma de eu estar e lidar com as coisas”.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de férias/ dias de descanso; - Falta de suporte social/familiar;
<p>“Em termos mentais fiquei mais frágil, o que altera a minha forma de estar no trabalho, isto acaba por ser consequência uma coisa da outra. Se não estou bem na minha vida, não vou estar bem no trabalho”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentam maiores níveis de <i>burnout</i>.
<p>“Nós somos um ser único, se não estamos bem num contexto vai afetar todos os outros, nem que seja porque não estou bem comigo próprio”. “As condições trabalho aponto para a organização do pessoal e do serviço e a falta de pessoas para trabalhar”.</p> <p>“A baixa literacia das pessoas e a falta de conhecimento leva as pessoas recorrerem ao Serviço de Urgência sem necessidade o que aumenta o fluxo de trabalho sem necessidade. Existem pessoas que vão lá porque têm medo de ter COVID e querem fazer o teste e nós temos que atender todos”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.
<p>“Eu a nível pessoal fui uma sortuda, como na minha família somos quase todos enfermeiros, todos somos rastreados o que facilita o contacto”.</p> <p>“Em termos profissionais o que me dificultou foi a qualidade do material dos equipamentos de proteção individual, ou porque não tinha e tínhamos que trabalhar com o que tínhamos que trabalhar, ou porque o material que tínhamos era retirado do material que já tínhamos usado em contacto com os doentes que por acaso não eram positivos, o que começou a trazer descritibilidade, insegurança e muito medo, as pessoas tem medo de se contaminarem, de contaminar alguém e desenvolver a parte pior da doença”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de material de proteção individual; - Medo de infetar familiares/amigos;
<p>“O uso constantemente de equipamentos foi uma grande dificuldade e em termos organizacionais, esta organização sem termos sido consultados, nós estamos ali e ninguém nos perguntou como organizar as coisas e também percebemos que além disso a forma como organizaram foi mal-organizada”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com as chefias; - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.
<p>“E no período do verão entre as duas vagas, que não fizeram nem perguntaram nada. E agora com a segunda vaga andamos todos a rascas, sem saber o que fazer”.</p>	P3	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.

<p>“As medidas de proteção individual para mim também foi uma dificuldade. O local que nos arranjam para tratar dos doentes com COVID, aquilo é um buraco, é uma coisa horrorosa para trabalhar. E a parte da chefia, que não teve qualquer relação connosco, se tivéssemos de ter sido tidos em conta, as coisas teriam ter sido feitas de outra forma e com outra organização”.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde. - Relação com as chefias
<p>“Eu senti dificuldade em adaptar-me aos equipamentos de proteção individual, tive falta de sensibilidade por causa das luvas, em doentes graves e com poucas veias, tive muita dificuldade. Os três pares de luvas no início foram um martírio para mim. O calor, o desconforto, a desidratação e o controlo da ingestão alimentar e de líquidos, ou seja, se eu antes bebia água agora tenho que controlar, porque se estou lá dentro não posso beber água”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.
<p>“Eu partilho de algumas dificuldades, porque se já é difícil encontrar uma veia num doente crítico, com todos os meios de proteção individual sinto dificuldade em atender o doente”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de férias/ dias de descanso
<p>“Para a saúde mental acho que era importante mais dias de descanso entre os turnos, o ideal era mais dias em casa, mas não sendo possível, mais dias entre os turnos nas áreas COVID. O fato de não estar constantemente a vestir aquele fato, acho que aumenta a tolerância para prestar cuidados nas áreas COVID”.</p>	P4	
<p>“Eu acho que devíamos ter recebido uma remuneração suplementar melhor, o facto é que recebemos”.</p>	P1	<ul style="list-style-type: none"> - Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Falta de remuneração em forma de incentivo.
<p>“Quer dizer recebemos, mas agora se trabalharmos o resto da vida em áreas COVID, ninguém quer saber do desgaste”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Falta de remuneração em forma de incentivo.
<p>“Os subsídios de risco de risco deviam ser empregues para quem trabalha nesta área, quer seja por prestar cuidados, quer seja pelo número de horas extras que nos pediram para fazer. Não há fundos pensados para quem está a prestar cuidados. Dão-nos o subsídio e depois tiram com impostos. Poderiam melhor com um maior período de férias. Vamos a ver se eles conseguem dar, porque passados 3 anos do COVID não serve para aliviar”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Falta de remuneração em forma de incentivo. - Falta de férias/ dias de descanso
<p>“O fato de não cumprir o horário e ter que fazer mais que as 35 horas, mas como não há elementos não é possível”.</p>	P3	<ul style="list-style-type: none"> - Número acrescido de horas de trabalho;
<p>“As vezes basta todos os elementos da equipa passarem por estes postos de trabalho já e suficiente para aliviar os colegas”.</p>	P4	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com as chefias; - Falta de realização profissional;
<p>Para alguns elementos esta situação está a passar como normal, nem devem saber vestir o fato. Há elementos do serviço de urgência que não sabem como funciona a pré-triagem, triagem e COVID, o que é grave.</p>	P2	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com as chefias;
<p>“O Sistema Nacional de Saúde, esta a viver a boa vontade dos enfermeiros, porque se só fizéssemos o que nós somos obrigados o sistema não suportava”.</p>	P5	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com as chefias; - Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a

<p>“O serviço devia efetivar o sentido de pertença e melhorar a comunicação em serviço e reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos” (todos concordam).</p>		<p>ansiedade dos profissionais de saúde/ Falta de remuneração em forma de incentivo.</p>
<p>“O dinheiro não paga tudo, mas ajuda a reconhecer o nosso trabalho. Criar condições descanso nos turnos, nos não conseguimos sair daquele stresse, até para fazer uma refeição o espaço é limitado”.</p>	<p>P1</p>	<p>- Práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde/ Falta de remuneração em forma de incentivo. - Falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde.</p>

APÊNDICE II

Caracterização/questões gerais

Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Está a ser convidado (a), como voluntário (a), a participar num estudo intitulado “*Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19*”, no âmbito do desenvolvimento da dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob a responsabilidade do Enfermeiro Luís Diogo Melo Ferreira do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPER, com orientação tutorial da Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás, com vista a requisição de grau de Mestre.

Se desejar ter acesso aos resultados do estudo envie uma solicitação para luisdiogo.ferreira@hotmail.com. O estudo não é financiado por entidades externas à instituição e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

O objetivo geral consiste em avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão.

Será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, cujos serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dela decorram. A associação e os pesquisadores responsáveis pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos mesmos.

O tratamento de dados efetuada pelo mestrando em enfermagem Luís Diogo Melo Ferreira. Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário, pode realizá-lo junto ao profissional que recolhe os dados.

A sua participação no estudo não traz riscos. Pode recusar participar no estudo, interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências.

O presente documento é composto por uma Caracterização Sociodemográfica/Questões gerais e duas escalas, a Escala de Ansiedade e Depressão de HADS (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007) e a Escala de Copenhagen Burnout Inventory (CBI), adaptada à população Portuguesa (Fonte, 2011)), onde se pretende analisar o efeito do *burnout*, ansiedade e depressão nos Enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19.

São questionários simples e intuitivos, cujo o preenchimento é rápido e fácil, de forma a refletir a primeira opinião dos Enfermeiros.

A participação do(a) Sr.(a) Enfermeiro(a) é fundamental para o desenvolvimento deste estudo e ao mesmo tempo contribuir para o conhecimento do *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Luís Ferreira

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

Este questionário destina-se à caracterização da população. As respostas não são consideradas corretas ou erradas.

Em cada item selecione a opção que mais se adequa a si.

1- Sexo:

- Feminino
- Masculino

2- Idade:

_____ anos

3- Estado civil:

- Casado(a)/ União de fato
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)

4- Filhos:

- _____

5- Habilitações literárias:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado

6- Categoria Profissional

- Enfermeiro de cuidados gerais
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Médico-cirúrgica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Enfermeiro Chefe/Gestor

7- Serviço onde exerce funções:

- Bloco de Partos
- Bloco Operatório
- Cirurgia I
- Cirurgia II
- Cirurgia III
- Cirurgia IV
- Cirurgia V
- Consulta Externa
- Hospital de Dia de Oncologia
- Medicina I
- Medicina II
- Medicina III
- Medicina IV
- Medicina V

- Serviço de Cardiologia
- Serviço de Diálise
- Serviço de Doenças Infeciosas
- Serviço de Endoscopia
- Serviço de Hematologia
- Serviço de Obstétrica
- Serviço de Ortopedia
- Serviço de Pneumologia
- Serviço de Psiquiatria
- Serviço de Urgência.
- Unidade de Cuidados Intensivos
- Unidade de Cuidados Intermédios
- Unidade de Cuidados Paliativos

8- Presta cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19?

- Sim
- Não

9 – Prestou cuidados a pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por COVID-19?

- Sim
- Não

10 - Qual a carga de horário semanal de trabalho (trabalho efetivo)?

- 35 horas
- 40 horas
- Menos de 35 horas
- Mais de 40 horas

11- Tipo de horário praticado:

- Rotativo por turno

- Fixo
- Misto

12- Vínculo Profissional:

- Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
- Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo
- Contrato Individual de Trabalho sem Termo
- Contrato por Tempo Indeterminado em Funções Públicas
- Outro: _____

13- Tempo de exercício na enfermagem:

_____ anos _____ meses

14- Tempo de exercício na Instituição:

_____ anos _____ meses

15- Tempo de exercício no serviço:

_____ anos _____ meses

16- Há quanto tempo fez férias pela última vez?

_____ meses

17- Em contexto de pandemia por COVID-19:

17.1- Com o isolamento experienciou algum dos seguintes sintomas?

- Consumo de substâncias (ex: álcool, drogas, medicamentos, tabaco).
- Pensamentos suicidas.
- Sintomas de stresse pós-traumático.
- Fobias.
- Ataques de pânico.
- Ansiedade generalizada.
- Insónias.
- Nenhuma das opções anteriores

As seguintes questões devem ser respondidas, conforme os sentimentos vivenciados relativamente às questões enunciadas, classificando em “totalmente de acordo”, “de acordo”, “neutro”, “em desacordo” e “totalmente em desacordo”.

	Totalmente de acordo	De acordo	Neutro	Em desacordo	Totalmente em desacordo
17.2 – Considera que no seu serviço existe falta de material de proteção adequado ou este é insuficiente?	0	0	0	0	0
17.3 – Sente que existe falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica e falta de profissionais de saúde?	0	0	0	0	0
17.4 – Tem-se sentido realizado profissionalmente durante a pandemia por COVID-19?	0	0	0	0	0
17.5 – Teve/tem medo de infetar familiares/amigos?	0	0	0	0	0
17.6 – Considera que o isolamento social o afetou como enfermeiro?	0	0	0	0	0
17.7 – Considera a falta de suporte social/familiar como um fator que contribuiu para o seu desgaste?	0	0	0	0	0
17.8 – Sentiu ou sente medo de contrair a doença (COVID-19)?	0	0	0	0	0
17.9 – A relação com os seus superiores hierárquicos, foi/é um fator de desgaste?	0	0	0	0	0
17.10- Sente falta de férias/dias de descanso?	0	0	0	0	0
17.11- Considera que necessita de práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde?		0	0	0	0
17.12 Considera a sua remuneração inadequada para trabalhar em contexto pandémico?	0	0	0	0	0
17.13 – O uso prolongado de equipamentos de proteção individual, provocam-lhe desgaste físico e lesões?	0	0	0	0	0

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da Administração Hospitalar



1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO		
Título do projeto	Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19	
Promotor:		
Investigador Principal: <small>(Inspecção e afiliação)</small>	Catarina Cardoso Tomás MhN MSc Ph.D, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde	
Investigador Coordenador <small>(Identificação e afiliação)</small>	Catarina Cardoso Tomás MhN MSc Ph.D, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde	
Colaborador que submete o projeto <small>(Identificação de todos os conflitos de interesse de qualquer investigador/colaborador para o estudo)</small>	Luís Diogo Melo Ferreira Não apresenta qualquer conflito de interesse para o estudo.	
Outros colaboradores <small>(Identificação e afiliação)</small>	Luís Diogo Melo Ferreira, RN MhN, HDES-EPE	
Conflitos de interesse <small>(Identificação de todos os conflitos de interesse de qualquer investigador/colaborador para o estudo)</small>		
Tipo estudo/investigação:	Estudo de caráter quantitativo, descritivo-correlacional, transversal	
Método:	Recolha de dados	Questionário a aplicar via correio eletrónico, institucional e/ou pessoal
	Confidencialidade e uso dos registos	Serão codificados e representados em forma numérica
	Respeito pelo Regulamento Geral sobre proteção de dados (EU) 2016/679 de 27 de Abril, assegurado?	SIM
Existem outros centros, onde seja efetuado?	SIM - <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
Descreva sucintamente o(s) objetivo(s):	Gerais	- Avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao burnout, ansiedade e depressão.
	Específicos	Objetivos Específicos: - Verificar se os enfermeiros que trabalham em serviços de atendimento a pessoas com infeção ou com suspeita de COVID-19 apresentam níveis de burnout, ansiedade e depressão superiores aos enfermeiros que não prestam cuidados a estas pessoas. - Analisar de que forma as características profissionais da população, os sintomas vivenciados e as experiências vivenciadas na prestação de cuidados contribuem para o aumento da ansi-idade e depressão nos enfermeiros. - Analisar de que forma as características profissionais da população, os sintomas vivenciados e as experiências vivenciadas na prestação de cuidados influenciam para o desenvolvimento de burnout nos enfermeiros. - Avaliar os níveis de burnout nos enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19. - Avaliar os níveis de ansiedade e depressão nos enfermeiros em contexto de pandemia por COVID-19..
Encargos e situações especiais:		
Envolvimento de pessoal administrativo <small>* Indique o tipo, frequência e duração previstas. Especifique se o tempo ocupado com a sua colaboração se destina especialmente para esta investigação ou seja assegurado no âmbito das atividades assistenciais habituais a prestar ao doente.</small>	Não aplicável	 (Ctrl) ▾
Consultas/entrevistas de seguimento <small>* Especifique se as consultas são feitas especialmente para esta investigação ou seriam efetuadas no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao doente.</small>	Não aplicável.	
<small>* Especifique se os emissor/estudo estão obrigados ao segredo médico ou em alternativa se assinaram um acordo de confidencialidade com a instituição.</small>	Não aplicável.	
Encargos financeiros:	Não aplicável.	

O surgimento de um novo agente patogénico e que de forma inesperada se tornou pandémico é um desafio para os enfermeiros de todo o mundo. Este acontecimento levantou novas questões de investigação, onde investigadores de todo o mundo começaram a debruçar-se sobre o impacto desta nova dinâmica nos profissionais de saúde.

Os enfermeiros constituem uma grande parte dos profissionais de saúde dos hospitais, e Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada-EPER não é excepção, os enfermeiros estão intimamente envolvidos no processo de cuidar da pessoa. Com intuito de compreender o fenómeno e as repercussões que o contexto pandémico trouxe a este grupo de enfermeiros, nota-se a importância de não descurar das necessidades destes profissionais de saúde, prevenindo assim, o aumento dos níveis de burnout, ansiedade e depressão em níveis não aceitáveis o que se pode tornar prejudicial.

O desconhecimento da progressão da pandemia e o prolongamento desta ao longo do tempo, deve ser considerado quando se fala nos profissionais de saúde, pois, estes têm que estar aptos para desempenhar as suas funções durante um intervalo de tempo prolongado.

Qual é a lacuna no conhecimento que procura responder?

O surto pandémico causado pelo vírus COVID-19 (SAR-CoV-2), exigiu a nível dos serviços de saúde de todo o mundo uma restauração e Portugal não foi diferente. Este acontecimento exigiu uma nova abordagem não só a nível das estruturas físicas, mas também uma adaptação dos profissionais de saúde a uma nova realidade. Com o intuito de analisar qual o impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros, o presente processo de investigação propõe-se a avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 tem nos enfermeiros, relativamente ao burnout, ansiedade e depressão.

3. SUJEITOS

Número (Pode ser incluído)	Crítérios de inclusão:	Crítérios de Exclusão:	Sim	Não
Todos os enfermeiros	Enfermeiros trabalhadores do HDESPD- EPER, que prestem cuidados à pessoa adulta.	As mulheres Grávidas Menores Os doentes com perturbações psíquicas Os indivíduos com compreensão comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seleção voluntária da população?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. PLANO DE INVESTIGAÇÃO

Descrição resumida (cronograma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa Bibliográfica - janeiro a maio; 2. Revisão Bibliográfica - janeiro a maio; 3. Preparação para colheita de dados - fevereiro e março; 4. Colheita de dados - abril; 5. Tratamento e análise dos dados - maio a julho; 6. Apresentação dos dados de estudo - agosto; 7. Entrega - agosto e setembro. 		
Data prevista de início	01/ 04/ 2021	Data prevista de fim	30/ 09/ 2021

5. CONSENTIMENTO

Quem presta informação?	Informação presente numa primeira parte da apresentação do estudo via Google Forms
Inclui consentimento esclarecido escrito?	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Justifique:
Certificação da compreensão da informação	Sim
No caso de menores e inimputáveis, juntar folha de consentimento para os representantes legais. Caso o menor disponha de capacidade de entendimento e manifestação de vontade é necessário também o seu consentimento, sendo o mesmo obrigatório a partir dos 14 anos.	

6. BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO DE ESTUDO/INSTITUIÇÃO

Que benefícios potenciais resultarão do estudo para a população visada?	Não aplicável.
---	----------------

Que benefícios potenciais resultarão do estudo para a instituição?

Identificação de fatores de risco para desenvolver burnout, ansiedade e depressão.
Contribuir para identificar profissionais em risco, podendo assim, a instituição iniciar intervenção precoce;
Prevenção da doença nos enfermeiros;

7. POTENCIAIS RISCOS PARA A POPULAÇÃO DE ESTUDO/INSTITUIÇÃO E QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS

A população alvo incorre em algum risco adicional por participar no estudo? Especifique

Não aplicável.

Questões éticas potencialmente envolvidas?

Não aplicável.

Os dados pessoais colhidos neste estudo serão disponibilizados para outras investigações?

Sim Quais? _____

Não

8. DOCUMENTOS ANEXAR

Resumo Curricular do Investigador Principal
(destacando as competências específicas para a investigação que propõe)

Sim Não Aplicável

Termo de Responsabilidade Assinado

Declaração de conflito de interesse

Autorização do Diretor do Serviço

Acordo/Protocolo financeiro

Protocolo do Projeto de Investigação

Modelo de consentimento informado

Resumo das características do medicamento. (só se este possuir AIM).

Apólice de Seguro.

Declaração de responsabilidade civil do Promotor por danos causados pelo fármaco caso não esteja especificado no seguro

Ofício dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do HDES solicitando autorização para a efetivação do estudo

Ofício dirigido ao Presidente da CES do HDES sobre o assunto.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **Luis Diogo Melo Ferreira** abaixo assinado, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras.

Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações respeitantes à realização de experimentação que envolva seres humanos constantes: da Declaração de Helsínquia (retificada na 64ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Fortaleza Brasil, 2013); das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Relacionadas com a Saúde envolvendo Seres Humanos, preparadas pelo Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2016; da Lei de investigação clínica n.º 21/2014, de 16 de Abril; e do Regulamento (EU) n.º 538/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 16 de Abril de 2014 relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano.

Mais me comprometo a informar a CES do HDES de toda e qualquer alteração ao protocolo do estudo, de todo e qualquer resultado não previsto ou reação adversa não prevista durante o mesmo, bem como a enviar a síntese do estudo à CES após a sua conclusão num prazo máximo de 8 semanas.

Ponta Delgada 27 de fevereiro de 2021

Ex.ma. Senhora Dra. Cristina Fraga
Presidente do Conselho de
Administração do HDESPD

Data

27-02-2021

ASSUNTO:

Pedido de autorização para a realização do estudo "*Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19*".

Eu, Luís Diogo Melo Ferreira, venho por este meio solicitar, na condição de investigador principal, a autorização para a efetivação do projeto de investigação "*Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19Mental*";

Cumprimentos,

Ponta Delgada 27 de fevereiro de 2021

.....
Luís Ferreira

V/Referência

DATA:

N/Referência

S-HDES/2021/517

DATA: 02/07/2021

Ex.^{mo}(a). Senhor(a)

Enf.º Luís Diogo Melo Ferreira

Assunto: Projeto de investigação "Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID19"

Encarrega-me o Conselho de Administração do HDESPD, EPER, de informar a V. Exa. de que foi autorizado na RCA 004 de junho 2021, realizada em 24-06-2021 a realização do projeto de "Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID19, no Hospital do Divino Espírito Santo, EPER" do qual V. Exa. é investigador principal, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde deste Hospital.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente do Conselho de Administração

Dra. Cristina Fraga



2939



Contactos

Endereço
HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO
AVENIDA D. MANUEL I, MATRIZ
9900-070 PONTA DELGADA
AÇORES - AÇORES

Email
arac@drsa.azores.gov.pt

Telefone/Fax
296 222 888
296 222 893

Website
http://www.pt

← Projeto de dissertação



Marta MP. Loura <marta.mp.loura@azores.gov.pt>



Qua, 16/06/2021 11:38

Para: Você

Luis,

A SSO não tem nada a opor ao desenvolvimento do projeto de dissertação no HDES

Felicidades

Marta Loura



Responder

Encaminhar



Parece que você está usando um bloqueador de anúncios. Para maximizar o espaço na sua caixa de entrada, inscreva-se no [Outlook Sem Anúncios](#).

ANEXO II

Questionário de *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN (CBI) VALIDADO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Este questionário destina-se à avaliação das dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores: a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando o círculo respetivo.

	Sempre	Frequente mente	Às vezes	Raramente	Nunca/ quase nunca
1- Está cansado de trabalhar com utentes?	0	0	0	0	0
2- Com que frequência se sente casado/a?	0	0	0	0	0
3- Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	0	0	0	0	0
4- Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	0	0	0	0	0
5- Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0	0	0	0	0
6- Alguma vez questiona quanto tempo conseguirá continuar com utentes?	0	0	0	0	0
7- Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	0	0	0	0	0
8- Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	0	0	0	0	0
9- Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto?"	0	0	0	0	0
10- Com que frequência se sente fatigado/a?	0	0	0	0	0
11- Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	0	0	0	0	0
12- Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	0	0	0	0	0
	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
13- O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	0	0	0	0	0
14- O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	0	0	0	0	0
15- Acha difícil trabalhar com utentes?	0	0	0	0	0
16- Acha frustrante trabalhar com utentes?	0	0	0	0	0
17- Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	0	0	0	0	0
18- Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	0	0	0	0	0
19- Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	0	0	0	0	0

ANEXO III

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Este questionário foi contruído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e selecione o círculo anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente a mais correta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, selecione apenas uma resposta por questão.

1- Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
	O	O	O	O
2- Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:	Tanto com antes	Não tanto agora	Só um pouco	Quase nada
	O	O	O	O
3- Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:	Sim e muito forte	Sim, mas não é muito forte	Um pouco, mas não me aflige	De modo algum
	O	O	O	O
4- Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:	Tanto como antes	Não tanto como antes	Muito menos agora	Nunca
	O	O	O	O
5- Tenho a cabeça cheia de preocupações:	A maior parte do tempo	Muitas vezes	Por vezes	Quase nunca
	O	O	O	O
6- Sinto-me animado/a:	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Quase sempre
	O	O	O	O
7- Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
	O	O	O	O
8- Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
	O	O	O	O
9- Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:	Nunca	Por vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	O	O	O	O
10- Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:	Completamente	Não dou a atenção que devia	Talvez cuide menos do que antes	Tenho o mesmo interesse sempre
	O	O	O	O
11- Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:	Muito	Bastante	Não muito	Nada
	O	O	O	O
12- Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:	Tanto como antes	Não tanto como antes	Bastante menos agora	Quase nunca
	O	O	O	O

	0	0	0	0
13- De repente, tenho sensação de pânico:	Muitas vezes	Bastantes vezes	Por vezes	Nunca
	0	0	0	0
14- Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:	Muitas vezes	De vez em quando	Poucas vezes	Quase nunca
	0	0	0	0

ANEXO IV

Autorização para utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Exm. Sr. José Luís Pais-Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) Versão Portuguesa.

Eu, Luís Diogo Melo Ferreira, Enfermeiro, na qualidade de mestrando do 2º Ciclo de Estudos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do Instituto Politécnico de Leiria-Escola Superior de Saúde, pretendo realizar um estudo de investigação intitulado “*Burnout*, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19” no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPER, com a orientação da Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás.

A investigação tem como objetivos verificar se os enfermeiros que trabalham em serviços de atendimento a pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19 apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superiores a enfermeiros que não prestam cuidados a estas pessoas. Trata-se de um estudo de carácter quantitativo descritivo-correlacional, transversal. O tratamento de dados será obtido com recurso ao SPSS versão 27 para Windows.

Para a efetivação deste estudo necessito utilizar a Versão Portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) como instrumento de colheita de dados, a ser aplicado aos enfermeiros da amostra selecionada.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Excelência, que conceda a autorização para a utilização da escala construída e validada por vós.

Agradeço desde já toda a compreensão, comprometendo-me a utilizar a *Anxiety and Depression Scale* (HADS) de forma adequada.

Com os melhores cumprimentos,

Luís Ferreira

Pesquisar

Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Mover para Categorizar

Reunir-se Agora

← Pedido de autorização para utilização da escala de HADS.

Luis Ferreira

JR José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Sex, 29/01/2021 08:26
Para: Você

Caro Colega

Não nos opomos à utilização da versão do questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

Cordialmente

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
ResearchGate: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Luis Ferreira [luisdiogo.ferreira@hotmail.com]
Enviado: sexta-feira, 29 de Janeiro de 2021 7:34
Para: José Pais Ribeiro
Assunto: Pedido de autorização para utilização da escala de HADS.

Bom dia Exm. Sr. José Pais-Ribeiro.

Parece que você está usando um bloqueador de anúncios. Para maximizar o espaço na sua caixa de entrada, inscreva-se no [Outlook Sem-Anúncios](#).

ANEXO V

Autorização para utilização da Escala de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)

Exm. Sr. Cesaltino Manuel Silveira da Fonte

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da escala de Copenhagen *Burnout Inventory* (CBI), adaptada a população Portuguesa.

Eu, Luís Diogo Melo Ferreira, Enfermeiro, na qualidade de mestrando do 2º Ciclo de Estudos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do Instituto Politécnico de Leiria-Escola Superior de Saúde, pretendo realizar um estudo de investigação intitulado “*Burnout, ansiedade e depressão nos Enfermeiros no contexto de pandemia por COVID-19*” no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPER, com a orientação da Professora Doutora Catarina Cardoso Tomás.

A investigação tem como objetivos verificar se os enfermeiros que trabalham em serviços de atendimento a pessoas infetadas ou com suspeita de COVID-19 apresentam níveis de *burnout*, ansiedade e depressão superiores a enfermeiros que não prestam cuidados a estas pessoas. Trata-se de um estudo de carácter quantitativo descritivo-correlacional, transversal. O tratamento de dados será obtido com recurso ao SPSS versão 27 para Windows.

Para a efetivação deste estudo necessito utilizar a escala de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), adaptada a população Portuguesa como instrumento de colheita de dados, a ser aplicado aos enfermeiros da amostra selecionada.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Excelência, que conceda a autorização para a utilização da escala construída e validada por vós.

Agradeço desde já toda a compreensão, comprometendo-me a utilizar a escala de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), adaptada a população Portuguesa de forma adequada.

Com os melhores cumprimentos,

Luís Ferreira

← cesaltino

Reunir-se Agora

Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Mover para Categorizar

← Pedido de autorização para utilização de escala CIB

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
Sex, 29/01/2021 09:31
Para: Você

CBI - PT.pdf
33 KB

Bom dia

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT. Informo que pode aplicar a escala no vosso estudo.

Com os melhores cumprimentos,
Cesaltino Fonte

A sexta, 29 de jan de 2021, 07:32, Luís Ferreira <luisdiogo.ferreira@hotmail.com> escreveu:
Bom dia Exm. Sr. Cesaltino Fonte

Venho por este meio solicitar autorização para utilização da escala.

Cumprimentos,
Luís Ferreira

Responder Encaminhar

Parece que você está usando um bloqueador de anúncios. Para maximizar o espaço na sua caixa de entrada, inscreva-se no [Outlook Sem-Anúncios](#).