



Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

Sónia Marisa da Rocha Moreira

Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência
face ao novo Coronavírus

abril, 2021



Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

Sónia Marisa da Rocha Moreira

Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência
face ao novo Coronavírus

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho realizado sob a orientação do Professor
Rui Manuel Freitas Novais

abril, 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositoriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

O amor olha para a frente, o ódio olha para trás,
a ansiedade tem olhos por toda a cabeça.

Mignon McLaughlin

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os Enfermeiros que trabalham no serviço de urgência onde se realizou o estudo. Foram a minha fonte de inspiração. Só quem nele trabalha sabe o que se viveu em meses dantescos como outubro, novembro e dezembro de 2020, quando uma segunda vaga desta pandemia desabou sobre nós. São sem dúvida uns heróis!

Ao meu núcleo familiar por me apoiar.

Ao Professor Rui Novais por acreditar no meu projeto e tornar possível realizá-lo. Obrigada pelo apoio, disponibilidade, colaboração, partilha de conhecimento, e suporte científico facultado.

À Professora Laetitia Teixeira pela sua preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados.

RESUMO

Os enfermeiros do serviço de urgência encontram-se na linha da frente na luta contra a COVID-19, estando diretamente expostos ao novo Coronavírus, pelo contacto e tratamento de indivíduos infetados. A velocidade com que se propagou a pandemia COVID-19 e o número de vítimas que fez e continua a fazer, desencadeou nos profissionais de enfermagem problemas psicológicos, de entre os quais se salienta a ansiedade, resultante da perda de controlo da situação, do risco de infetar outros, inclusivamente os familiares e, claro está, o medo da morte. Desenvolveu-se um estudo quantitativo descritivo-correlacional, tendo como objetivos avaliar o nível de ansiedade dos enfermeiros de um serviço de urgência, face ao novo Coronavírus; descrever a relação entre o nível de ansiedade e as variáveis sociodemográficas, a experiência profissional no serviço e o resultado positivo para teste à COVID-19, assim como, identificar fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros. Recorreu-se à aplicação de um questionário como instrumento de colheita de dados com base na Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton que categoriza a ansiedade em níveis, nomeadamente: normal, ligeira, moderada ou severa. Os resultados revelam que o score médio de ansiedade dos enfermeiros é de 15,1 o que a categoriza como ligeira. Verificou-se que existe relação estatisticamente significativa entre a ansiedade e a variável sexo e filhos, sendo que as mulheres apresentam níveis de ansiedade superiores aos homens e 71,4% dos enfermeiros que não têm filhos apresentam níveis de ansiedade ligeira, moderada ou severa. O fator relacionado com o nível de ansiedade identificado foi o sexo. Perante a atual situação pandémica e eventuais repercussões a longo prazo na saúde psicológica dos enfermeiros do serviço de urgência, considera-se importante e fundamental a monitorização dos níveis de ansiedade dos enfermeiros, em estudos futuros, de forma a caracterizar o seu estado emocional e a rastrear problemas nesta classe profissional. Tornam-se imperativos programas de intervenção com foco na proteção emocional dos enfermeiros.

Palavras-chave: Ansiedade; COVID-19, Enfermeiros; Novo Coronavírus; Serviço de urgência

Anxiety levels of nurses in the emergency department facing the new Coronavirus

ABSTRACT

Emergency department nurses are at the front line fighting against COVID-19, being directly exposed to the new Coronavirus, through the contact and treatment of infected individuals. The speed with which the COVID-19 pandemic spread and the number of victims it caused and continues to do, triggered psychological problems in nursing professionals, among which anxiety, resulting from the loss of control of the situation, the risk of infecting others, including family members and, of course, the fear of death. A quantitative descriptive-correlational study was developed, aiming to assess the level of anxiety of nurses in an emergency department, in view of the new Coronavirus; describe the relationship between the degrees of anxiety and the sociodemographic variables, the professional experience in the department and the positive result for testing the COVID-19, as well as identify the different factors related to the degrees of anxiety in nursing staff. A questionnaire was used as a data collection instrument based on the Hamilton Anxiety Assessment Scale, which categorizes anxiety into levels, namely: normal, mild, moderate or severe. The results reveal that the nurses average anxiety score is 15.1, which categorizes it as mild. It was found that there is a statistically significant relationship between anxiety and the variable gender and children, with women having levels of anxiety higher than men and 71.4% of nurses who do not have children have levels of mild, moderate or severe anxiety. The factor related to the level of anxiety identified was the gender. In view of the current pandemic situation and possible long-term repercussions on the psychological health of nurses in the emergency department, it is considered important and fundamental to monitor nurses anxiety degrees, in future studies, in order to characterize their emotional state and track problems in this professionals. Intervention programs with a focus on nurses emotional protection become imperative.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Nurses, New Coronavirus; Emergency department

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 - De um novo vírus à ansiedade generalizada	16
1.1 - Ansiedade e ansiedade generalizada	18
1.2 - Consequências da ansiedade	22
1.3 - Ansiedade dos enfermeiros face ao novo Coronavírus	23
1.4 – Estratégias de intervenção para a gestão da ansiedade dos enfermeiros face ao novo Coronavírus	25
2 – Metodologia	29
2.1 - Abordagem de investigação, tipo de estudo e objetivos	29
2.2 - População e amostra	30
2.3 - Variáveis do estudo e sua operacionalização	31
2.4 - Questões e hipóteses de investigação	33
2.5 - Instrumento e procedimento de colheita de dados	34
2.6 - Metodologia de análise dos dados	35
2.7 – Considerações éticas	36
3 – Apresentação dos resultados	39
3.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	39
3.2 – Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU	40
3.3 – Experiência profissional no serviço	41
3.4 - Resultado positivo para teste à Covid-19	41
3.5 - Relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas	42

3.6 – Relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e experiência profissional no serviço	45
3.7 - Relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros e o resultado positivo para teste à COVID-19	46
3.8 - Fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus	48
4 – Discussão dos resultados	50
4.1 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo coronavírus	50
4.2 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas	53
4.3 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço	55
4.4 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e resultado positivo para teste à COVID-19	57
4.5 - Fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU, face ao novo Coronavírus	58
5 - Conclusão	60
Referências Bibliográficas	62
Anexos	69
Anexo I - Questionário	70
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho	73
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar	78
Anexo IV - Consentimento informado livre e esclarecido	79

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CEICVS - Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DGS - Direção Geral da Saúde

DP - Desvio padrão

Ed. – Edição

et al. - e outros

Mn – Mínimo

Mx – Máximo

N.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

P. - Página

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SARS-COV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*

SU - Serviço de Urgência

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra	40
Tabela 2. Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU	41
Tabela 3. Experiência profissional no serviço	41
Tabela 4. Resultado positivo para teste à COVID-19	42
Tabela 5. Relação entre o score médio de ansiedade e as variáveis sociodemográficas	43
Tabela 6. Distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com as características sociodemográficas	44
Tabela 7. Relação entre o score médio de ansiedade e a experiência profissional no serviço	45
Tabela 8. Distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com a experiência profissional no serviço	46
Tabela 9. Relação entre o score médio de ansiedade e o resultado positivo para teste à COVID-19	47
Tabela 10. Distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com o resultado positivo para teste à COVID-19	47
Tabela 11. Fatores relacionados com os níveis de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Critérios de operacionalização das variáveis

32

INTRODUÇÃO

A presente dissertação inscreve-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A doença causada pelo novo coronavírus - Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) foi inicialmente reportada na China, em dezembro de 2019 (Wang et al., 2020). A 11 de março de 2020, face à sua enorme disseminação por centenas de países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou-a como uma pandemia (OMS, 2020).

A velocidade com que a COVID-19 se disseminou globalmente, conduzindo à saturação e colapso de vários hospitais a nível mundial, demonstrou dramaticamente o risco elevado de infeção a que os enfermeiros que neles trabalham estão expostos (Oliveira et al., 2020). Há ainda pouco conhecimento sobre a COVID-19, no entanto, é de consenso geral que o potencial de contágio é fortemente elevado e as situações graves levam a uma síndrome respiratória aguda severa, que pode rapidamente causar a morte. Todo este panorama despoleta ansiedade e insegurança nos profissionais de saúde que estão diretamente expostos ao vírus pelo contacto e tratamento de indivíduos infetados (Wang et al., 2020).

Os enfermeiros, em contexto hospitalar, encontram-se na linha da frente contra o vírus, sendo frequentemente expostos ao risco de contaminação (Pereira et al., 2020). Estes enfrentam vários desafios catalisadores de ansiedade, impostos pela COVID-19, nomeadamente o alto risco de serem infetados pelo vírus com conseqüente doença ou mesmo morte, o risco de infetar outros indivíduos, inclusivamente familiares, a exposição à morte em ampliadas dimensões, o sentimento de impotência perante a situação, o distanciamento social de amigos e familiares, o excesso de carga horária de trabalho (Teixeira et al., 2020; The Lancet, 2020).

A sensação de perda de controlo da situação, o receio pela própria saúde e pela propagação do vírus, a exclusão social, o estigma por estarem associados à doença e a falta de treino para estas situações, são responsáveis por vários problemas psicológicos na classe profissional, incluindo a ansiedade (Barbosa et al., 2020). Paralelamente, o desconhecimento sobre a doença, a inexistência de um medicamento específico para tratá-la e a falta de informação, produz sentimentos de medo e angústia nos enfermeiros que se veem obrigados a mudanças

bruscas no seu dia a dia, o que se repercute no esgotamento físico e emocional dos mesmos (Moreira et al., 2020).

Desde o início da pandemia que os enfermeiros estão sob grande pressão, aspetos como a preocupação com a sua saúde e a saúde dos seus familiares, o próprio contágio e o contágio dos colegas de trabalho contribuem para tal (Zhang et al., 2020). A COVID-19 gera quadros de ansiedade, estando os enfermeiros entre os mais atingidos (Moreira et al., 2020). Um baixo nível de ansiedade é útil para motivar e entusiasmar a pessoa, contudo, a exposição constante à ansiedade pode trazer consequências negativas à sua saúde mental e desempenho profissional. Quando não gerida, a ansiedade pode ter repercussões a longo prazo no desempenho e satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros. A implementação de ações para reduzir a ansiedade desta classe profissional é fundamental para evitar consequências futuras (Labrague & Santos 2020).

A enfermagem remete-nos inquestionavelmente para o ato de cuidar, assistir, gerar bem-estar, confortar. Contudo, no contexto hospitalar, o enfermeiro depara-se com barreiras e desafios diários no desempenho das suas funções que, quando mal resolvidos, podem ser geradores de ansiedade (Gomes & Oliveira, 2013). O bem-estar dos enfermeiros pode ser comprometido devido ao elevado grau de complexidade do seu ambiente de trabalho (Carvalho et al., 2019).

Atualmente, numa realidade marcada pela COVID-19, torna-se relevante conhecer o nível de ansiedade dos enfermeiros, para caracterizar melhor o seu estado emocional e rastrear problemas nesta classe profissional, bem como, os fatores que lhes estão associados (Carvalho et al., 2019).

Neste sentido e tendo por base as emoções diárias vivenciadas na prática de enfermagem em contexto hospitalar, num serviço de urgência (SU) médico-cirúrgica de um Centro Hospitalar do Norte, aquando da pandemia COVID-19, surge a realização de um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional que responda às questões de investigação: *(i)* Qual o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus?; *(ii)* Qual é a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas, experiência profissional no serviço e resultado positivo para teste à COVID-19? e *(iii)* Quais os fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus? O estudo apresenta como objetivos: *(i)* Avaliar o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus; *(ii)* Descrever a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as

variáveis sociodemográficas; *(iii)* Descrever a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço; *(iv)* Descrever a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à COVID-19; e *(v)* Identificar os fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo coronavírus.

Esta dissertação está estruturada em 5 capítulos. Na introdução explicita-se brevemente a problemática, caracteriza-se o tipo de estudo, fazendo-se, ainda, alusão à estrutura do trabalho. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e concetual, fazendo referência aos dados teóricos relacionados com o objeto de estudo: da identificação de um novo vírus, uma nova doença - COVID-19 e conclui-se com referência à ansiedade. O segundo capítulo é sede do enquadramento metodológico onde se explicita a abordagem de investigação utilizada, o tipo de estudo e objetivos, a população e amostra, as variáveis do estudo e sua operacionalização, as questões e hipóteses de investigação, bem como, a descrição do instrumento de colheita de dados, a metodologia de análise dos mesmos e as considerações éticas. O terceiro capítulo reporta aos resultados, mais especificamente, faz-se a sua apresentação. No quarto capítulo são discutidos os resultados e o quinto é sede das conclusões do estudo. São ainda parte integrante do trabalho as referências bibliográficas e os anexos.

A elaboração desta dissertação cumpre as normas para formatação gráfica e depósito no RepositóriUM e as diretrizes da American Psychological Association (7.^a edição) para as citações em texto e referências bibliográficas.

1 - De um novo vírus à ansiedade generalizada

Em dezembro de 2019, uma infeção de origem desconhecida atingiu a cidade chinesa de Wuhan, tendo a sua incidência aumentado exponencialmente nas primeiras semanas. Esta infeção que viria a ficar conhecida como COVID-19 levou a 11 de fevereiro de 2020 o Comité Internacional de Taxonomia de Vírus a concluir que o agente responsável por este surto infeccioso era, de facto, um novo vírus que designou por SARS-CoV-2 (do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) (Lai et al., 2020; Wang et al., 2020).

A Covid-19 disseminou-se de forma muito rápida por toda a China e, mais lentamente nos primeiros dois meses e meio, para 58 países nos cinco principais continentes. Perante um crescimento rápido do número de casos confirmados e de óbitos decorrentes da COVID-19, em vários países, a OMS declarou-a como uma pandemia a 11 de março de 2020, constituindo uma das maiores emergências de saúde pública vivenciada na história da humanidade (Martins, 2020). De salientar que a OMS considerou o risco de disseminação da doença a nível global como muito alto tendo em consideração que o número de novos casos por dia era muito maior fora da China. A “saída” da China processou-se de uma forma lenta devido às importantes medidas de contenção do surto que foram implementadas, permitindo que se conhecessem melhor as características da doença, a sua gravidade, a mortalidade que causa e a forma com se processa o contágio (Martins, 2020).

Em Portugal, os primeiros casos de infeção foram confirmados no dia 2 de março de 2020 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020). Foi decretado estado de emergência no dia 18 março desse ano pelo Presidente da República (Decreto-Lei n.º 14-A/2020), sendo aplicadas medidas extraordinárias de carácter urgente com restrição de direitos de circulação e liberdades económicas, com dever de recolhimento obrigatório no domicílio, com a finalidade de travar a transmissão do vírus de forma a prevenir a doença e conter a pandemia.

Dados do *Our World in Data* (2021) revelam que na última semana de janeiro de 2021, Portugal foi o país com maior número de casos e mortes por milhão de habitantes e com maior taxa de contágio do mundo, apresentando mais de 1000 casos por milhão de habitantes. Estes números assustadores levam à quase rutura do Serviço Nacional de Saúde pelo número elevado de pessoas infetadas com COVID-19 que a ele recorrem, muitas delas em situação crítica, algumas

das quais, transferidas para a ilha da Madeira, por falta de vaga em cuidados intensivos, no Continente, devido à sobrelotação por doentes críticos portadores de COVID-19.

A COVID-19 causa uma infeção viral aguda em humanos, com características semelhantes a uma pneumonia vírica, fazendo-se a sua transmissão por contágio interpessoal. Tem um período de incubação que pode ir até 14 dias, sendo em média de 5 dias, envolve sintomas como fadiga, tosse, febre, dor de garganta, dificuldade respiratória e mialgias (Oliveira et al., 2020). Por vezes, manifesta-se com sintomas atípicos como náuseas, vómitos e diarreia (Balla et al., 2020). O meio de transmissão ocorre pelas mãos, superfícies infetadas e gotículas aerossolizadas contaminadas, havendo uma transmissão rápida de pessoa para pessoa (Li et al., 2020). A taxa de incidência e mortalidade é maior no sexo masculino do que no sexo feminino (Balla et al., 2020).

Há ainda pouco conhecimento sobre a epidemiologia, características clínicas, diagnóstico, tratamento e prevenção da COVID-19, factos estes que contribuem para a insegurança dos trabalhadores da área da saúde, que estão diretamente expostos no cuidado a indivíduos infetados (Wang et al., 2020). É de consenso mundial que para combater a proliferação da doença é peremptória a limitação da transmissão de humano para humano, através de medidas como a quarentena, o distanciamento social, restrições a viagens, a etiqueta respiratória, lavagem das mãos e o uso de máscara (Lai et al., 2020).

O SARS-CoV-2 possui alta transmissibilidade e infecciosidade o que o torna uma grave ameaça à saúde pública global (Wang et al., 2020). A rapidez de transmissão prende-se também à transmissão por portadores assintomáticos e à rápida e elevada velocidade com que as pessoas viajam pelo mundo espalhando o vírus internacionalmente. Indivíduos assintomáticos podem não tomar as precauções adequadas constituindo uma fonte de transmissão ativa, contribuindo grandemente para o aumento da propagação da pandemia (Lai et al., 2020).

A COVID-19, marcada pelo medo e incerteza, afeta o modo de como nos relacionamos com o mundo. Neste sentido, foram implementadas medidas drásticas de distanciamento social, assistimos ao fecho de fronteiras, de centros comerciais, escolas, universidades, cancelamento de eventos desportivos e culturais, quase fecho de aeroportos. A nível mundial, as ruas ficaram vazias, as cidades desertas e “patrulhadas”, onde só se circulava para a aquisição de bens essenciais e acesso a serviços de saúde. As pessoas estavam confinadas em casa. Enfim, o mundo “parou”!

Por sua vez, vários hospitais entram em rutura por sobrelotação e os enfermeiros que neles trabalham, vivem em contínua tensão e ansiedade, vendo o seu horário de trabalho a ser largamente aumentado, na tentativa de dar resposta ao crescimento brusco de pessoas doentes, muitas delas em situação crítica, fruto da infeção pelo novo Coronavírus (Choi et al., 2020).

Os enfermeiros de hoje enfrentam um desafio de saúde global sem precedentes, avaliam e respondem às necessidades impostas pela pandemia, e encontram-se sob grande pressão geradora de ansiedade desde o início da mesma. A preocupação com a própria saúde, a saúde dos familiares, o contágio e a segurança dos colegas de trabalho contribuem para tal (Zhang et al., 2020). Esta classe profissional é fundamental na gestão da COVID-19 e, para tal, as chefias hospitalares devem garantir que os enfermeiros são protegidos e apoiados para reunirem as melhores condições físicas e emocionais para desempenharem o seu papel tão crucial no cuidado à pessoa portadora de COVID-19. Importa promover a resiliência nos enfermeiros para os mesmos a promoverem na comunidade (Choi et al., 2020).

Para Barbosa et al. (2020), esta pandemia trouxe histeria e paranóia para a população a nível global, o medo e alterações de comportamento são característicos dos surtos, especificamente com a COVID-19, ainda mais, talvez porque pouco se sabe e muito se especula. Situações pandémicas estão relacionadas com quadros de ansiedade nos profissionais que estão na linha da frente do cuidado (Oliveira et al., 2020). A rapidez de disseminação concomitantemente com a história natural e curso da COVID-19, ainda pouco conhecidos, aliados ao medo de ser infetado e à suscetibilidade à morte têm impacto no bem-estar emocional dos enfermeiros (Moreira et al., 2020). Tanto a pandemia propriamente dita quanto as medidas para contê-la aumentam o risco de ansiedade quer na população em geral (Wang et al., 2020) quer nos profissionais de saúde (Zhang et al., 2020). Todo este cenário despoleta intenso sofrimento psíquico, que se expressa essencialmente em transtorno de ansiedade generalizada (Teixeira et al., 2020).

1.1 - Ansiedade e ansiedade generalizada

A ansiedade é um estado psicológico próprio, intrínseco a todas as pessoas, de intensidade variável. Funciona como um sinal de alerta para as mesmas, é fruto de uma reação normal a

algo específico que a pessoa considera como ameaçador, dependendo da avaliação de cada uma. A intensidade da ansiedade, duração, interferência e frequência com que ocorre distinguem o estado normal do patológico (American Psychiatric Association, 2014).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2005), na versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), considera a ansiedade como sendo uma emoção com características específicas tais como sentimento de ameaça, perigo ou infelicidade sem motivo conhecido, acompanhada de pânico, pele pálida, pupilas dilatadas, voz trémula, aumento da tensão muscular, da frequência cardíaca, da transpiração e diminuição da autoconfiança. Na CIPE 2015 (2016, p. 40) a ansiedade é definida como uma “emoção negativa: sentimento de ameaça; perigo ou angústia”. Os sintomas da ansiedade oscilam entre ligeiros a graves sendo que a duração dos mesmos torna-a mais numa doença crónica do que episódica (DGS, 2017).

A ansiedade pode ser adaptativa, provisória, é considerada ansiedade patológica ou transtorno de ansiedade quando as manifestações são excessivas ou persistirem para além do considerado apropriado (6 meses ou mais). Quanto ao género, é mais frequente no género feminino do que no masculino, na proporção de 2:1. Relativamente à idade, a idade média do início do transtorno de ansiedade é aos 30 anos (American Psychiatric Association, 2014). Indivíduos com menos de 35 anos são os mais atingidos (Remes et al., 2016) e, indivíduos mais velhos, têm atitudes mais adaptativas e direcionadas para gerir as fontes de sofrimento causadoras de ansiedade (Shahrour & Dardas 2020).

A ansiedade pode ser um estado ou um traço de personalidade. O estado de ansiedade é uma resposta transitória perante um estímulo percebido pela pessoa como ameaçador, que se desvanece quando a circunstância ansiógena desaparece. É estar nervoso, reagir com ansiedade numa determinada circunstância. O traço de ansiedade é ser nervoso, ou seja, reagir com ansiedade quase sempre. É uma tendência constante para reagir do mesmo modo perante certas circunstâncias, pode dizer-se que a pessoa tem uma personalidade ansiosa (Clark & Beck, 2012).

A ansiedade é frequentemente associada a estados de vigilância que a pessoa adota na tentativa de preparação para o perigo futuro, acompanhada também de comportamentos de cautela e/ou fuga. Traduz um conjunto complexo de emoções sendo o medo a emoção dominante (American Psychiatric Association, 2014). É ativada por situações potencialmente ameaçadoras ou por perigos reais, pode incluir sentimentos de tristeza, culpa, cólera e excitação. Deve ser

considerada como um alarme ou reação sinalizadora dos perigos que a pessoa enfrenta, é uma reação emocional que resulta face a situações que são interpretadas como ameaça (Baptista et al., 2005).

A American Psychiatric Association (2014) identifica vários transtornos associados à ansiedade, nomeadamente o transtorno de ansiedade generalizada. Este transtorno associa o medo e a ansiedade excessivos e perturbações do comportamento relacionados com os mesmos. A ansiedade generalizada está associada a eventos de vida causadores de stress, centra-se no medo de hipotéticos desfechos de vida adversos ou ameaçadores (Clark & Beck, 2012). São características da ansiedade generalizada a preocupação contínua e exacerbada aplicada a vários níveis, incluindo o desempenho profissional no qual o indivíduo encontra dificuldade em controlar, “são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação; ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou ter “brancas”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono” (American Psychiatric Association, 2014, p. 190). Gomes e Oliveira (2013) acrescentam que causa uma sensação generalizada e desagradável de apreensão que por vezes pode ser acompanhada de sintomas físicos como cefaleias, palpitações, boca seca, tremor, entre outros.

A American Psychiatric Association (2014) identifica como critérios de diagnóstico de ansiedade generalizada os seguintes:

- Ansiedade e preocupação excessivas com frequência quase diária e com interferência nos eventos e atividades da pessoa nomeadamente o desempenho profissional;
- Dificuldade assumida por parte da pessoa em controlar a preocupação;
- Os sentimentos de ansiedade e preocupação estão associados a 3 ou mais dos seguintes 6 sintomas:
 - Inquietação ou sensação de nervos “à flor da pele”;
 - Fadigabilidade;
 - Dificuldade de concentração ou episódios de “brancas” na mente;
 - Irritabilidade fácil;
 - Tensão muscular;
 - Perturbações do sono nomeadamente insónias, sono insatisfatório e agitado;
- A ansiedade, preocupação e sintomas manifestados causam sofrimento à pessoa com dano nas várias áreas importantes da sua vida;

- A perturbação não está associada aos efeitos fisiológicos do uso de substâncias ou outras condições clínicas;
- A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno (ataques de pânico, fobia social, etc.).

Além dos sintomas físicos, a pessoa com ansiedade generalizada pode apresentar, também, sintomas somáticos (sudorese, náuseas e diarreia), e sintomas de excitabilidade autónoma aumentados (taquicardia, dispneia, tonturas), podendo, ainda, serem frequentes outras manifestações associadas à tensão como a síndrome de intestino irritável e cefaleias (American Psychiatric Association, 2014). A mesma associação distingue o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica em 3 aspetos:

- As preocupações relativas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e interferem significativamente nas várias esferas da vida da pessoa. Por sua vez, as preocupações do dia a dia da pessoa não são excessivas e são entendidas como flexíveis e moldáveis podendo ser adiadas face a situações mais afligentes;
- Na ansiedade generalizada as preocupações são mais difusas, com maior intensidade, duração e sentimento de angústia, sendo que ocorrem frequentemente sem causa específica aparente;
- As preocupações diárias, regra geral, não são acompanhadas por sintomas físicos. A ansiedade generalizada por sua vez causa sofrimento subjetivo à pessoa com prejuízo nas várias esferas da sua vida.

Decorrente da revisão da literatura realizada, concluímos que a ansiedade, como elemento natural da vida da pessoa e quando não desproporcionada, tem efeito benéfico no seu desenvolvimento. É uma reação positiva, funcionando como estímulo necessário adaptativo no confronto com situações inesperadas, é um ingrediente inevitável do nosso dia a dia, funciona como um alarme biológico que nos anuncia um problema e permite-nos tomar medidas para resolvê-lo. Quando atinge níveis patológicos interfere nos vários domínios da nossa vida com efeitos que podem mesmo ser incapacitantes. Cada pessoa vive a ansiedade de forma própria e diferente. É uma emoção que nos é familiar, uma vez que, quase todos nós, provavelmente já se sentiu ansioso, nervoso ou cheio de angústia num dado momento, com razão ou sem ela.

1.2 - Consequências da ansiedade

Os sintomas da ansiedade quando ligeiros funcionam como sinal de alerta e movem a pessoa a adotar medidas para lidar com a situação. Quando aumentados, podem afetar o pensamento, a memória, o comportamento social e relacional, assim como o próprio desempenho da pessoa. Estes sintomas funcionam como preparação para o perigo futuro, geram comportamentos de cautela ou evitamento (Gomes & Oliveira, 2013). De acordo com a American Psychiatric Association (2014), a ansiedade e os seus sintomas causam sofrimento ao indivíduo com frequente prejuízo do seu papel social, desempenho profissional ou em outras áreas significativas da sua vida. Afetam a sua capacidade para fazer as coisas de forma rápida e válida, tanto no seio familiar como no profissional, consome tempo e energia. Os sintomas frequentemente associados de tensão muscular, “nervos à flor da pele”, cansaço, dificuldade na concentração e distúrbios do sono contribuem para o dano, o que interfere drasticamente na qualidade de vida da pessoa.

Os transtornos de ansiedade são apontados como uma das principais causas responsáveis pelo absentismo laboral, pela perda de muitos dias de trabalho, o que se traduz em elevados custos para a entidade patronal pela diminuição de produtividade, redução da capacidade funcional e de trabalho. A ansiedade não tratada tem, também, repercussões sociais e pessoais significativas podendo levar à exclusão social, ao aumento do uso dos serviços de saúde, e prejuízo nas relações sociais e familiares (Remes et al., 2016; Ribeiro et al., 2019). A ansiedade generalizada prejudica a qualidade de vida da pessoa no âmbito social e ocupacional causando-lhe sofrimento clinicamente significativo assim como à própria família (Clark & Beck, 2012).

Na perspetiva de Remes et al. (2016), os contextos profissionais com pouco apoio social e más condições para a prática profissional, sobrecarga de trabalho, comprometimento individual excessivo, são despoletadores de ansiedade e danosos para a pessoa. Borges (2018) enfoca o papel essencial que o trabalho desempenha na vida das pessoas às quais exige continuamente processos de adaptação, tornando assim fundamental a promoção da saúde no local de trabalho. Os transtornos de ansiedade estão associados a um número elevado de licenças de trabalho por doença (Ribeiro et al., 2019).

Neste sentido, a ansiedade excessiva e persistente rouba-nos felicidade, torna-nos apreensivos, assustadiços, excessivamente preocupados com experiências negativas. O estado constante de

alarme consome o nosso ânimo, bloqueia as emoções agradáveis e fecha-nos num mundo ameaçador que oprime e paralisa.

1.3 - Ansiedade dos enfermeiros face ao novo Coronavírus

A enfermagem, fruto das características próprias da profissão, é o grupo profissional que permanece mais tempo ao lado da pessoa durante todo o processo do cuidar. Desta forma, o enfermeiro foi caracterizado mundialmente como o principal da linha da frente. Mas, o enfermeiro não é só trabalho, é também uma pessoa que vive num estado de ansiedade com o medo de ficar infetado e morrer, e, com o medo de infetar os que lhes são mais próximos (Barbosa et al., 2020).

O estado prolongado de preocupação, alerta e ansiedade provoca uma carga intensa nos enfermeiros, que se persistir leva à quebra de resistência dos mesmos, conduzindo-os à exaustão (Ueno et al., 2017). É característica do contexto profissional dos enfermeiros o tempo de permanência que estes passam nos serviços de saúde, o que os coloca em contacto direto com agentes desestabilizadores inerentes à complexidade do cuidar (Moreira et al., 2020). Os enfermeiros constituem a maior fatia do grupo dos profissionais de saúde (Said & Chiang, 2020).

A ansiedade é comum nos enfermeiros que estão diretamente envolvidos no cuidar frente a uma pandemia. Especificamente, face à COVID-19, o número elevado de pessoas infetadas, o seu sofrimento e muitas vezes morte, aumenta os medos e ansiedade destes profissionais cujo receio principal é o de se infetarem ou infetar outras pessoas sem saber (Labrague & Santos, 2020).

Os enfermeiros arriscam a vida quer pela exposição à COVID-19 quer pelos efeitos negativos no seu equilíbrio emocional. Atualmente, enfrenta-se uma onda de danos físicos e emocionais que equivalem a uma pandemia paralela (Dzan et al., 2020). Encaramos o risco de uma segunda pandemia de saúde mental nos serviços de saúde e na população em geral (Choi et al., 2020). As consequências para a saúde mental dos enfermeiros atingem o pico mais tarde do que a pandemia real, manifestar-se-ão no futuro, podendo inclusivamente aumentar as taxas de suicídio (Gunnell et al., 2020).

Face à COVID-19, o sofrimento emocional, nomeadamente a ansiedade são omnipresentes no ambiente profissional dos enfermeiros. Nas catástrofes naturais “convencionais” a principal preocupação é o stress pós-traumático fruto da exposição ao evento traumático. Nas condições médicas de causas naturais, como a infeção viral com risco de vida, surgem transtornos emocionais nomeadamente a ansiedade. A COVID-19 tem repercussões para a saúde individual e coletiva e conseqüente funcionamento emocional e social (Pfefferbaum & North, 2020).

O contexto profissional dos enfermeiros expõe-os fortemente ao risco de contaminação por estarem na linha da frente contra o vírus (Pereira et al., 2020). A COVID-19 acarreta para os enfermeiros vários desafios catalisadores de ansiedade, nomeadamente o receio pela própria saúde e o risco de infectar outros indivíduos inclusivamente familiares, o que os leva frequentemente ao distanciamento social dos mesmos (The Lancet, 2020). Independentemente dos anos de trabalho ou categoria profissional, o medo de ser infectado, a sensação de perda de controlo da situação, a exposição à morte em amplas dimensões e a falta de treino para estas situações, especificamente face a esta pandemia sobre a qual há muito desconhecimento, desencadeiam vários problemas psicológicos, salientando-se a ansiedade (Barbosa et al., 2020). Pfefferbaum *and* North (2020) acrescentam, também, que além da doença propriamente dita, a imposição de medidas de saúde pública que infringem a liberdade das pessoas como o confinamento em massa, desde o ter de ficar em casa, à quarentena ou mesmo o isolamento social, como um fator desestabilizador importante e causador de danos emocionais nomeadamente a ansiedade. Esta opinião é corroborada por Choi et al. (2020) que consideram que a COVID-19 terá um impacto cada vez mais negativo na ansiedade manifestada pelos enfermeiros e na população em geral, apontando as medidas de distanciamento social, que embora necessárias para travar a propagação do vírus, são responsáveis pelo crescente risco de solidão, isolamento e ansiedade.

Hu et al. (2020) estudaram, entre outros distúrbios mentais, a ansiedade nos enfermeiros que estão na linha da frente, em dois hospitais de Wuhan, China. Concluem que 40% a 45% sofrem de ansiedade sendo que destes, 14% apresentam níveis severos de ansiedade. Os enfermeiros apresentam níveis elevados de ansiedade porque como estão mais expostos têm maior risco de contaminação (Barbosa et al., 2020). Esta classe profissional, fruto do seu ambiente de trabalho, torna-se especialmente vulnerável a problemas de saúde mental envolvendo a ansiedade (Pappa et al., 2020). Pfefferbaum *and* North (2020) acrescentam que a necessidade de tomada de

decisão na alocação de recursos que são finitos e eventualmente não disponíveis para todos aqueles que precisam, como emocional e eticamente pesados, são dilemas morais geradores de angústia e ansiedade. Moreira et al. (2020) referem que condições de trabalho inadequadas, carga excessiva de trabalho, escassez de equipamentos de proteção individual, desconhecimento sobre a doença, falta de informação, produzem sentimentos de ansiedade, medo, e angústia nos enfermeiros que se vêem obrigados a mudanças bruscas no seu dia a dia, o que se repercute no esgotamento físico e emocional dos mesmos. Para Lai et al. (2020) os enfermeiros que trabalham com doentes infetados com COVID-19, na sua grande maioria, apresentam sintomas de ansiedade, insónia e angústia quando comparados com os demais. Fazem inclusivamente a separação entre os que estão na primeira linha, nos serviços de urgência, que são os que estão diretamente ligados ao diagnóstico e primeiro tratamento, e, os de segunda linha, que são os que tratam a pessoa já com COVID-19 diagnosticado. Os níveis de ansiedade são mais marcados nos enfermeiros que estão no atendimento inicial e diagnóstico, ou seja, na primeira linha.

Face à COVID-19 são várias as alterações no quotidiano do enfermeiro geradoras de ansiedade. Pereira et al. (2020) salientam alguns aspetos como o desaconselhamento a manterem contacto próximo com outras pessoas, mesmo familiares diretos, o que leva ao sentimento de isolamento e ansiedade, as mudanças contínuas nos protocolos de atuação e fluxo de doentes decorrentes das atualizações constantes face à COVID-19. Dzan et al. (2020) fazem o paralelismo com o 11 de Setembro de 2001, realçam o sofrimento a longo prazo na saúde emocional de quem socorreu nos atentados. Atualmente, e a nível hospitalar, deve assumir-se a mesma responsabilidade, tanto no momento atual como a longo prazo, pelas represálias que hão-de advir. Opinião esta corroborada por Bao et al. (2020) que focam os desarranjos mentais nomeadamente a ansiedade, decorrentes das mudanças contínuas de atuação face à COVID-19 e stress vivenciado pela enfermagem, como responsáveis de consequências pós-traumáticas decorrentes da pandemia, sendo necessárias medidas interventivas nesta área.

1.4 – Estratégias de intervenção para a gestão da ansiedade dos enfermeiros face ao novo Coronavírus

Os enfermeiros no seu dia a dia utilizam mecanismos de defesa frente às adversidades da profissão para manter o seu equilíbrio emocional (Gomes & Oliveira, 2013). Em contextos de crise, cada pessoa apresenta reações emocionais diferentes, sendo importante evidenciar este processo, visto que proporciona a elaboração de ações e programas de intervenção direcionados para as equipas de saúde (Moreira et al., 2020).

Conhecer o perfil de adoecimento do indivíduo é fundamental, pois faculto o diagnóstico situacional, contribui para a identificação e reconhecimento de fatores de risco e apoia na implementação de estratégias direcionadas à melhoria das condições de trabalho, da qualidade de vida e na redução do absentismo laboral (Ribeiro et al., 2019). É importante alertar os enfermeiros para ficarem atentos às suas emoções, quando sinais persistentes de ansiedade entre outros, são negligenciados, podem evoluir de quadros ligeiros de desgaste emocional para quadros mais graves, mesmo de transtornos mentais (Pereira et al., 2020). Os mesmos autores realçam o dano emocional com efeito devastador desta pandemia no que se refere aos anos potenciais perdidos pelas categorias profissionais de saúde o que constitui um déficit danoso, em especial na enfermagem pelo mundo, podendo levar a um número de enfermeiros insuficientes pelos vários continentes. Dados da Amnistia Internacional, publicados em março de 2021, revelam que pelo menos 17.000 profissionais de saúde morreram em todo o mundo devido à COVID-19, em 2020, sendo perentória quando afirma que todos os profissionais de saúde têm o direito de estarem seguros no exercício das suas funções, lamentando que tantos estejam a pagar o preço mais elevado enquanto tentam salvar a vida de outras pessoas (Amnistia Internacional, 2021).

Torna-se assim importante a implementação de ações eficazes que visem diminuir os efeitos geradores de ansiedade e desequilíbrio emocional na classe profissional. São necessárias intervenções imediatas que fortaleçam a resiliência dos enfermeiros. Medidas como a utilização de uma comunicação clara, redução da carga horária de trabalho, existência de salas de descanso, informações claras sobre utilização de equipamento de proteção individual, de circuitos e tratamento de doentes com COVID-19 são fundamentais para reduzir a ansiedade fruto do desconhecimento e a falta de controlo dos perigos envolvidos que esta pandemia acarreta (Pappa et al., 2020).

Xiao et al. (2020) referem a importância do apoio social de familiares e amigos na redução dos níveis de ansiedade da classe profissional através de sentimentos de compreensão, respeito,

incentivo, empatia e coragem que levam a sentimentos mais otimistas e conseqüentemente melhora os mecanismos de resposta frente à adversidade causada pela COVID-19. As interações sociais reduzem as emoções negativas nomeadamente a ansiedade, enfermeiros com mais apoio social apresentam menor nível de ansiedade. O apoio dos colegas de trabalho, amigos e familiares contribuem positivamente para a saúde e bem-estar emocional dos enfermeiros, ajudando-os a gerir melhor e enfrentar a ansiedade que advém dos desafios profissionais (Labrague & Santos, 2020).

No sentido de reduzir a ansiedade na classe profissional, Pereira et al. (2020) realçam a importância da valorização profissional do enfermeiro, o fortalecimento da sua identidade profissional quer dentro dos serviços, particularmente no contexto hospitalar, bem como na sociedade e comunicação social. Por sua vez, Barbosa et al. (2020), sugerem estratégias de *coping* que os enfermeiros podem adotar para melhor enfrentar a pressão e ansiedade decorrentes desta pandemia. Esta opinião é partilhada por Hu et al. (2020) que elencam várias estratégias de *coping* para combater a ansiedade dos enfermeiros face à COVID-19, como a redução da carga de trabalho ou períodos de descanso maiores durante a jornada de trabalho; a comunicação efetiva com informações corretas e seguras isentas de especulações; o apoio de equipas de psicólogos e psicoterapia disponíveis para o encaminhamento dos enfermeiros que apresentem sinais de ansiedade e desgaste emocional; e a criação de redes de conversa de grupo, onde enfermeiros possam dividir as suas angústias com os colegas. Li et al. (2020) concordam com a utilização de estratégias de *coping*, defendendo que desta pandemia resultam enormes conseqüências psicológicas. As pessoas, em especial os profissionais de saúde, desenvolvem emoções negativas onde se destaca a ansiedade. Sugerem para a atenuar, o fortalecimento da resiliência dos enfermeiros, o envolvimento da população com a sua consciencialização das medidas profiláticas de forma a diminuir o número de infetados, o que funciona como um reforço positivo para os trabalhadores da área da saúde, e enfatizam, também, o favorecer a espiritualidade e religiosidade de cada um. Pedir ajuda sempre que necessário, assegurar as necessidades humanas básicas dos enfermeiros, manter contacto com familiares e amigos pelas redes sociais, tentar manter a rotina o mais próximo possível do habitual, conversar com os colegas sobre os sentimentos vivenciados, permitir-se a reações emocionais fortes se for o caso, são estratégias apontadas por Petzold et al. (2020) para o combate à ansiedade dos enfermeiros face à COVID-19.

Hu et al. (2020) realçam a necessidade de intervenções futuras a nível organizacional para proteger o bem-estar emocional dos enfermeiros que constituem a maior fatia de bolo dos trabalhadores no combate a esta pandemia. Os gestores de enfermagem têm um papel fundamental na gestão da ansiedade dos seus enfermeiros face à COVID-19, apoiando-os e proporcionando-lhes um ambiente de trabalho seguro e protegido, cultivando a sua resiliência pessoal e o suporte social e organizacional necessários ao equilíbrio emocional dos mesmos (Labrague & Santos, 2020). Sanematsu et al. (2019) referem que a palavra resiliência provém da física, tendo como significado a capacidade de um material absorver energia sem ficar deformado permanentemente. Em enfermagem, pode entender-se como resiliência a capacidade de o enfermeiro voltar ao seu estado anterior quando cessa o fator stressante, traduz-se em elasticidade e capacidade de recuperação, o enfermeiro ajusta, mantém o equilíbrio e prossegue de forma positiva, traduz a capacidade de resistir à adversidade. Referem também a importância da vocação na escolha profissional, a vocação para a enfermagem pode ser um preditor de resiliência.

Os danos emocionais decorrentes da COVID-19 devem ser abordados como parte integrante da resposta à pandemia, antecipar as situações onde pode ocorrer desarranjo emocional será forma de atenuar os danos a curto e longo prazo, ajudando-nos a criar resiliência nos enfermeiros e população em geral (Choi et al., 2020). A resiliência pessoal contribui grandemente para que o enfermeiro suporte com eficácia o peso da ansiedade que esta pandemia acarreta (Labrague & Santos, 2020). Esta perspetiva é partilhada por Shahrour *and* Dardas (2020), que realçam as implicações das chefias de enfermagem na resposta às necessidades dos enfermeiros durante a crise da COVID-19, através da implementação de estratégias que reduzam a ansiedade dos enfermeiros quer dentro dos serviços, quer no encaminhamento para apoio psicológico, se necessário.

É importante não só entender as consequências da COVID-19 enquanto doença, mas também as consequências a nível emocional a curto, médio e longo prazo da mesma, principalmente na enfermagem que durante 24 sobre 24 horas, não se pode ausentar da sua luta.

2 – Metodologia

Todo o processo de investigação envolve uma fase metodológica que estabelece a maneira de proceder para realizar a pesquisa, definindo-se operações e estratégias que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. Considerando que a metodologia se caracteriza pelo conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, e que asseguram a fiabilidade e qualidade dos resultados, é fundamental a sua escolha e definição (Fortin et al., 2009).

A metodologia faz “referência às fases e aos procedimentos que se seguem numa determinada investigação” (Vilelas, 2017, p. 55) tendo como finalidade proporcionar ao investigador o plano que lhe permita seguir o melhor percurso, de acordo com a natureza do problema.

Neste capítulo aborda-se a metodologia de investigação, o tipo de estudo e seus objetivos, assim como a população e amostra, as variáveis do estudo e sua operacionalização, as questões e hipóteses de investigação, a descrição e justificação do instrumento de recolha de dados, a metodologia de análise dos mesmos e, por fim, as considerações éticas.

2.1 - Abordagem de investigação, tipo de estudo e objetivos

Para a realização deste estudo utilizou-se uma abordagem quantitativa baseada na perspetiva teórica do positivismo, constituindo um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos relativamente às variáveis em estudo. O método de investigação quantitativo pressupõe que tudo pode ser quantificável, permite traduzir em números as opiniões e as informações obtidas diretamente da realidade, para classificação e análise posterior, com o objetivo de descrever e explicar o fenómeno sobre o qual se observa (Vilelas, 2017). Um estudo desta natureza caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos, com recurso a explicações, a predições e ao estabelecimento de relações de causa e efeito (Fortin et al., 2009).

Este estudo de investigação é descritivo-correlacional. A investigação descritivo-correlacional permite ao investigador, por um lado, explorar, descrever, e caracterizar um fenómeno, numa dada população, ou classificar a informação com vista a “traçar um retrato claro e preciso da

situação” que é estudada (Fortin et al., 2009, p.7) e, por outro, determinar as relações entre as variáveis constituintes de um estudo (Vilelas, 2017).

Para o presente estudo definiram-se os seguintes objetivos:

- (i)* Avaliar o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus;
- (ii)* Descrever a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas;
- (iii)* Descrever a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço;
- (iv)* Descrever a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à Covid19;
- (v)* Identificar os fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus.

2.2 - População e amostra

O tipo de estudo e as questões de investigação nortearam a escolha da população a estudar. A população de um estudo de investigação é o "conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades" (Vilelas, 2017, p. 143). Neste sentido, a população acessível foram os enfermeiros que desempenham funções no SU de um Centro Hospitalar da região norte do país. A escolha da área geográfica prendeu-se com fatores de ordem prática, nomeadamente com a área de residência e trabalho da investigadora responsável.

Vilelas (2017) considera que é pouco exequível a utilização de populações com um número relativamente elevado de pessoas quer por motivos de tempo ou custos associados, e porque não é indispensável examinar cada elemento da população pelo que, para viabilizar o seu estudo é necessário o recurso a uma amostra que representa a fração da população que se estuda. No entanto, ela deve ser representativa da população, isto é, “devido às suas características, pode substituir o conjunto da população alvo” (Fortin et al., 2009, p. 312).

Neste estudo, a amostra foi constituída por enfermeiros que desempenham funções no SU de um Centro Hospitalar e que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão:

- i) Desempenhar funções num Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de adultos;
- ii) Cuidar de pessoas em situação crítica com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.

A amostragem é não probabilística, uma vez que nem todos os elementos que constituem a população têm a mesma possibilidade de fazer parte da amostra, e é de conveniência uma vez que foi constituída à medida que os sujeitos se apresentam num local preciso. Convém salientar, que este tipo de amostragem, dificulta na generalização dos resultados por menor representatividade desta (Fortin et al., 2009).

De uma população constituída por 73 enfermeiros, constituiu-se uma amostra com 60 enfermeiros.

2.3 - Variáveis do estudo e sua operacionalização

As variáveis são as unidades de base da investigação representando qualidades, propriedades ou características às quais se atribuem valores (Fortin et al., 2009). Para Vilelas (2017), o cerne da investigação está na compreensão do porquê da variação dos valores de determinada variável e a forma como a variação de uma variável pode influenciar uma outra. Considera, ainda, que o objetivo principal da investigação é produzir conhecimentos acerca de determinados fenómenos, sendo para tal determinante definir claramente o que se pretende estudar. A concretização desta premissa é alcançada com a definição das variáveis de estudo (Fortin et al., 2009).

De acordo com Fortin et al. (2009, p. 172) “as variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo.” Em regra, correspondem aos dados sociodemográficos, que no caso do presente estudo são: sexo, grupo etário, coabitação e filhos. As variáveis de investigação são:

- Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU;
- Experiência profissional no serviço;
- Resultado positivo para teste à COVID-19.

Para que as variáveis possam ser discutidas é necessário torná-las mensuráveis, o que requer a sua operacionalização (Vilelas, 2017). Assim, as variáveis devem ser estabelecidas com clareza

e objetividade e de forma operacional (Marconi & Lakatos, 2003). Por sua vez, Polit e Hungler (1995, p. 27) garantem que “para que seja útil, a definição deve especificar a maneira como a variável será observada e mensurada na situação de pesquisa”. De seguida apresentam-se os critérios de operacionalização das variáveis em estudo (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios de operacionalização das variáveis

Variáveis		Questão	Critérios de operacionalização
Sociodemográficas	Sexo	Fechada dicotômica	1 - Feminino 2 - Masculino
	Grupo etário	Aberta	< 30 anos ≥30 anos
	Coabitação	Fechada dicotômica	1 - Não 2 - Sim
	Filhos	Fechada dicotômica	1 - Não 2 - Sim
Investigação	Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU	Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, constituída por 14 itens com pontuação de 0 a 56 pontos	≤ 12 ansiedade normal; 13 a 18 ansiedade ligeira; 19 a 25 ansiedade moderada; ≥ 26 ansiedade severa.**
	Experiência profissional no serviço	Aberta	<2 anos ≥2 anos
	Resultado positivo para Teste à COVID-19	Fechada dicotômica	1 - Não 2 - Sim

Fonte: Elaboração própria ** de acordo com os Padrões de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018)

2.4 - Questões e hipóteses de investigação

A pesquisa em enfermagem tem início frequentemente em questões provenientes de problemas da prática profissional (Polit & Beck, 2011). Para Fortin et al. (2009, p.164) “enquanto o objetivo se enuncia de forma geral, as questões de investigação são mais específicas e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados, decorrem diretamente do objetivo e indicam o que o investigador quer obter como informação”. O seu uso está reservado a estudos descritivos e descritivos-correlacionais. Para os mesmos autores, a questão de investigação é “um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin et al., 2009, p.73). Face à problemática definimos as seguintes questões de investigação:

(i) Qual o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus?

(ii) Qual é a relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas, experiência profissional no serviço e resultado positivo para teste à Covid19?

(iii) Quais os fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus?

Tal como a questão de investigação, a formulação de hipóteses encerra em si as variáveis-chave e a população alvo e constituem “o enunciado que antecipa relações entre as variáveis e que necessita de verificação empírica” (Fortin et al., 2009, p. 165). Ainda de acordo com os autores citados, as hipóteses influenciam o desenho do estudo, tendo como ponto de partida o quadro concetual. As hipóteses de investigação são uma resposta temporária de relações conjeturadas entre duas ou mais variáveis, podem ter origem na observação de fenómenos da realidade (Fortin et al., 2009). Para Polit e Beck (2011) traduzem uma antevisão dos resultados da investigação.

Para este estudo, formularam-se hipóteses não direcionais que, segundo Fortin et al. (2009), postulam que existe uma relação entre as variáveis, mas não predizem a natureza da relação:

H1 - Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas;

H2 - Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU a experiência profissional no serviço;

H3 - Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à Covid-19

2.5 - Instrumento e procedimento de colheita de dados

Definido o problema, elaboradas as questões de investigação e formuladas as hipóteses, é necessário escolher o instrumento de colheita de dados que permita ao investigador obter a informação pretendida junto dos participantes. De acordo com Fortin et al. (2009) a opção por determinado instrumento de colheita de dados tem de estar em concordância com as definições concetuais das variáveis e oferecer suficiente fidelidade e validade.

O instrumento de colheita de dados utilizado na realização do estudo foi um questionário autoadministrado, tendo em conta as características dos elementos da amostra e também devido às vantagens que este tipo de instrumento oferece, nomeadamente, a economia de tempo, de recursos e não ser dispendioso. Para Vilelas (2017, p.315) um questionário é “um conjunto estruturado de questões expressas num papel, destinado a explorar a opinião das pessoas a que se dirige” e tem por objetivo a “recolha de informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin et al., 2009, p.380). Para o estudo, foi utilizado um questionário (Anexo I) estruturado em quatro partes. A primeira constituída por questões que possibilitam a caracterização sociodemográfica da amostra (sexo, grupo etário, coabitação e filhos); a segunda composta pela Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton; e a terceira e quarta partes com questões relativas à experiência profissional no serviço e resultado positivo para teste à Covid-19. A Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, pela revisão da literatura, é a que reúne mais consenso, sendo das mais frequentemente utilizadas, é de domínio público e pode ser auto-preenchida. É constituída por 14 itens, distribuídos por 2 grupos. Os primeiros 7 itens, que formam o primeiro grupo, estão relacionados com sintomas de humor ansioso; no segundo grupo, os restantes 7 itens, relacionam-se com os sintomas físicos da ansiedade. Constituída por respostas tipo Likert com 5 opções cuja variação é entre 0 e 4, sendo 0 ausência de

determinado sintoma e 4 intensidade máxima do mesmo. O score final é obtido pela soma dos valores atribuídos nos 14 itens da escala, com um valor mínimo de 0 e máximo de 56. Esta escala classifica a ansiedade por níveis de gravidade, pontuações mais altas indicam nível maior de ansiedade (Thompson, 2015).

Os padrões de documentação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da OE contemplam, nos sistemas de informação em enfermagem, como atividade de diagnóstico para o foco “ansiedade”, monitorizar a ansiedade através da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. No presente estudo, temos como valores de referência os aplicados nesse departamento, sendo eles: valores inferiores ou iguais a 12 revelam nível de ansiedade normal, ou seja, fisiológica; valores de 13 a 18 ansiedade ligeira; valores de 19 a 25 ansiedade moderada; e valores superiores ou iguais a 26 ansiedade de gravidade severa (OE, 2018).

Após a seleção do instrumento de colheita de dados tornou-se imperiosa a descrição do processo de preparação e implementação para o posterior tratamento e análise dos dados. Os questionários foram criados no aplicativo informático Word e impressos. A colheita de dados ocorreu na segunda semana de fevereiro de 2021. Os questionários impressos, colocados em envelope individual, foram entregues em mão à enfermeira gestora do serviço juntamente com o consentimento informado. Posteriormente, a enfermeira gestora distribuiu os questionários aos enfermeiros que acederam participar no estudo. Após o seu preenchimento, cada participante devolveu, à enfermeira gestora, o questionário em envelope fechado fornecido. Por fim, a recolha dos envelopes foi realizada pessoalmente pela investigadora responsável. Não houve contacto direto entre a investigadora e os participantes.

2.6 - Metodologia de análise dos dados

Todos os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados foram objeto de tratamento estatístico, tendo sido processados através da utilização do programa informático *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 26.0, após a criação da base de dados.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, bem como para testar as hipóteses formuladas no estudo, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e relativas, algumas

medidas de tendência central (médias) e as medidas dispersão (desvio padrão). Relativamente à estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos (Teste t de Student) e não paramétricos (teste de Qui - Quadrado e Teste exato de Fisher). A comparação do score médio de ansiedade por grupos foi efetuada com recurso ao Teste t de Student para amostras independentes. A associação entre níveis de ansiedade e grupos foi efetuada com recurso ao teste de Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher no caso da variável coabitação.

O score médio de ansiedade obtido face às variáveis em estudo foi extrapolado para os intervalos da escala de avaliação de ansiedade aplicada (≤ 12 ansiedade normal, 13 a 18 ligeira, 19 a 25 moderada e ≥ 26 ansiedade severa) (OE, 2018), o que traduz a classificação da ansiedade por níveis de gravidade. Para analisar a distribuição dos níveis de ansiedade (normal, ligeira, média e severa) de acordo com as variáveis em estudo, consideraram-se 2 grupos: ansiedade: “não” (normal) / “sim” (ligeira, moderada e severa).

A homogeneidade de variância foi testada e o teste foi ajustado de acordo com a verificação ou não deste pressuposto. A distribuição amostral das médias aproxima-se da distribuição normal dado que o tamanho da amostra é superior a 30 (teorema do limite central).

Para identificar os fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU, face ao novo coronavírus, foram utilizados modelos de regressão linear univariados e multivariados. Numa primeira etapa, foram elaborados os modelos lineares univariados (não ajustados). No final foi efetuado um modelo multivariável (ajustado), considerando todas as variáveis em análise.

Como refere Fortin et al. (2009, p.450) “no momento da planificação da sua investigação, o investigador deve decidir qual será o nível de significância a partir do qual os resultados serão estatisticamente significativos”. O limite de significância estatística do presente estudo foi estabelecido em 0.05 (alfa=0,05). Como tal, considera-se que existe diferença estatisticamente significativa quando o valor de $p < 0,05$. Segundo a mesma autora, na maioria das investigações, o nível de significância estabelecido é de 0,05.

2.7 – Considerações éticas

A ética é o conjunto de permissões e interdições, com grande valor na vida das pessoas e nos quais estas se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin et al., 2009). No processo de investigação é imperativo que sejam asseguradas as garantias éticas e morais. Assim, a participação do sujeito humano em estudos de investigação implica que o mesmo tenha conhecimento do objetivo do estudo, devendo-se salvaguardar o anonimato e possível desistência sem prejuízo da pessoa (Bogdan & Biklen, 2013).

Para a concretização do presente estudo, pediu-se parecer à Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) da Universidade do Minho, o qual acolheu parecer positivo (Anexo II), bem como, à Comissão de Ética do Centro Hospitalar e ao Conselho de Administração onde decorreu o estudo (Anexo III).

De acordo com o Código de conduta ética da Universidade do Minho: (2020, p.16)

A ética na investigação científica implica sempre o respeito pela dignidade da pessoa humana, (...) pelo progresso e valorização do conhecimento, pela integridade científica, pela qualidade e originalidade da investigação e pela liberdade de investigação. Implica, assim, o compromisso de uma prática de investigação subordinada aos valores e princípios universais éticos, bem como aos que derivam do compromisso com a construção da ciência como “património coletivo”.

Desta forma, foram asseguradas as regras de conduta ética e boas práticas recomendadas.

Durante a realização do estudo foram cumpridos, ainda os seguintes princípios éticos:

- Os participantes foram informados sobre o tema e os objetivos da investigação de forma a obter a sua colaboração livre, esclarecida e voluntária. O documento de consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em Investigação foi elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Anexo IV). O documento era composto por duas páginas impressas em duplicado, ficando um dos duplicados na posse do investigador e o outro com o participante que aceitou fazer parte do estudo, após respetiva assinatura deste;

- Os participantes foram informados de forma clara e explícita relativamente aos termos da sua participação. O acordo estabelecido com os participantes foi respeitado até à conclusão do estudo;
- Foram protegidas as identidades dos participantes através da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados colhidos. Não houve identificação nominal da Instituição Hospitalar/participante. Para tal desiderato, foi atribuído um código alfanumérico (Q1, Q2...). A informação colhida foi única e exclusivamente utilizada para fins académicos. Foi garantida a confidencialidade no que respeita aos dados colhidos de forma a não causar qualquer tipo de transtorno, risco ou prejuízo aos participantes.

Da recolha de dados não resultaram cópias ou documentos que identificassem os mesmos. Os dados recolhidos, após a conclusão do estudo, serão destruídos. Os participantes em circunstância alguma foram lesados, observando-se assim o princípio da beneficência.

3 – Apresentação dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos ao longo do percurso de investigação. Os “resultados são as informações numéricas que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes” (Fortin et al., 2009, p.472). O recurso à análise estatística para o tratamento de dados é fundamental, uma vez que sem esta análise os dados quantitativos traduzem apenas um aglomerado caótico de números, permitindo ao investigador organizar, interpretar, sintetizar e descrever dados obtidos (Polit e Beck, 2011). Como refere Fortin et al. (2009), pela apresentação de resultados o investigador apresenta a análise estatística dos dados, descritiva e inferencial, efetuada com recurso a diferentes testes.

De seguida, procede-se à apresentação dos resultados pela seguinte ordem: inicia-se com a caracterização da amostra de acordo com o sexo, grupo etário, coabitação e filhos, seguindo-se os resultados relativos ao nível de ansiedade dos enfermeiros, ao tempo de experiência profissional no serviço e resultado positivo para teste à Covid-19. Posteriormente, os resultados relativos à estatística inferencial utilizada para a testagem das hipóteses formuladas. Todos os dados serão apresentados em tabelas cuja fonte será omissa uma vez que resultaram da recolha de dados por parte da investigadora no âmbito do estudo realizado.

3.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra foi composta por 60 enfermeiros ($n= 60$) dos quais 60,0% são do sexo feminino, maioritariamente (63,3%) com idade superior a 30 anos. A idade média é de 33,5 anos com um desvio padrão (dp) em torno da média de 6,6 anos. 54 Enfermeiros, o que corresponde a 90,0% da amostra, vive em regime de coabitação e 41,7% tem filhos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Fa	Fr(%)	Méd/dp	mn-mx
Sexo				
Feminino	36	60,0		
Masculino	24	40,0		
Grupo etário				
<30 anos	22	36,0	33,5(6,6)	25-57
≥30 anos	38	63,3		
Coabitação				
Não	6	10,0		
Sim	54	90,0		
Filhos				
Não	35	58,3		
Sim	25	41,7		

Legenda: **Fa** - Frequência absoluta; **Fr** – Frequência relativa; **Méd/dp** – Média/desvio padrão; **mn** – mínimo; **mx** – máximo

3.2 – Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU

Relativamente ao nível de ansiedade dos enfermeiros do SU, verifica-se que 45,0% revelou níveis de ansiedade normal, 20,0% ansiedade ligeira, 18,3% ansiedade moderada e 16,7% apresentam ansiedade severa. O score médio de ansiedade foi 15,1, com um desvio padrão em torno da média de 9,9 (Tabela 2).

Tabela 2 – Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU

Nível de ansiedade *	Fa	Fr(%)	Méd/dp
<12 (Ansiedade normal)	27	45,0	15,1(9,9)
13 a 18 (Ansiedade ligeira)	12	20,0	
19 a 25 (Ansiedade Moderada)	11	18,3	
>26 (Ansiedade Severa)	10	16,7	

Legenda: Fa - Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa; Méd/dp – Média/desvio padrão

* De acordo com os Padrões de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

3.3 – Experiência profissional no serviço

No que reporta à experiência profissional no serviço, constatou-se que 55,0% dos enfermeiros desempenhavam funções no SU há dois ou mais anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Experiência profissional no serviço

Variável	Fa	Fr (%)
Experiência profissional no serviço		
<2 anos	27	45,0
≥2 anos	34	55,0

Legenda: Fa - Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

3.4 - Resultado positivo para teste à Covid-19

Da análise da tabela 4, constata-se que 48,3% dos enfermeiros testou positivo para a Covid-19, o que corresponde a 29 enfermeiros.

Tabela 4 – Resultado positivo para teste à COVID-19

Variável	Fa	Fr (%)
Resultado positivo para teste à COVID-19		
Não	31	51,7
Sim	29	48,3

Legenda: Fa - Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

Seguidamente, apresentam-se os resultados referentes à estatística inferencial na qual consta a respetiva hipótese formulada.

3.5 - Relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas

H(1) Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas

Através da análise da tabela 5 verificou-se que o score médio de ansiedade diferiu significativamente entre os enfermeiros do sexo masculino e os do sexo feminino ($p < 0,001$), tendo os enfermeiros do sexo feminino revelado um score médio de ansiedade superior (19,0) ao do sexo masculino (9,3). Por sua vez, também se verificam diferenças com significado estatístico no que concerne à presença de filhos ($p = 0,031$), isto é, quem não tem filhos apresenta score médio de ansiedade ligeiro (17,4) comparativamente com quem tem filhos que apresenta ansiedade normal (11,9). Não existem diferenças significativas entre o score médio de ansiedade e os grupos etários ($p = 0,108$) e o regime de coabitação ($p = 0,538$).

Tabela 5. Relação entre o score médio de ansiedade e as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Ansiedade Méd/dp	p
Sexo		<0,001
Feminino	19,0 (10,2)	
Masculino	9,3 (5,9)	
Grupo etário		0,108
<30 anos	17,8 (10,6)	
≥30 anos	13,6 (9,2)	
Coabitação		0,538
Não	17,5 (9,0)	
Sim	14,9 (10,1)	
Filhos		0,031
Não	17,4 (9,0)	
Sim	11,9 (10,3)	

Legenda: Méd/dp – Média/desvio padrão; p – p - value

A tabela 6 apresenta a distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com as características sociodemográficas. Através da sua análise, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre ansiedade e sexo ($p < 0,001$), sendo que 75,0% das mulheres apresentam ansiedade ligeira, moderada ou severa, comparativamente com os homens em que apenas 25,0% apresentam esses níveis de ansiedade. Não existe diferença estatisticamente significativa entre a ansiedade e o grupo etário ($p = 0,306$) assim como para com quem vive só ou acompanhado ($p = 0,681$). Verificou-se que, no que reporta á variável filhos, há diferença estatisticamente significativa entre ansiedade e ter ou não filhos ($p = 0,002$), sendo que 71,4% dos que não tem filhos apresentam ansiedade ligeira, moderada ou severa comparativamente aos que têm filhos, em que 32,0% apresentam os mesmos níveis de ansiedade.

Tabela 6. Distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com as características sociodemográficas

Variáveis	Ansiedade				p
	Normal		Ligeira, moderada ou severa		
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	
Sexo					<0,001
Feminino	9	25,0	27	75,0	
Masculino	18	75,0	6	25,0	
Grupo etário					0,306
<30 anos	8	36,4	14	63,6	
≥30 anos	19	50,0	19	50,0	
Coabitação					0,681*
Não	2	33,3	4	66,7	
Sim	25	46,3	29	53,7	
Filhos					0,002
Não	10	28,6	25	71,4	
Sim	17	68,0	8	32,0	

Legenda: Fa - Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa; p – p - value

*Teste exato de Fisher

Em síntese, não se rejeita **H1** no que se refere às variáveis “Sexo” e “Filhos” visto que se encontram diferenças estatísticas significativas. Há relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis “Sexo” e “Filhos”.

3.6 – Relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e experiência profissional no serviço

H(2) Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço

Através da análise da tabela 7 verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos profissionais ($p=0,393$). Enfermeiros com menos de 2 anos de experiência profissional no serviço apresentam score médio de ansiedade de 16,3 ou seja ansiedade ligeira e, enfermeiros com experiência profissional maior ou igual a 2 anos apresentam score médio de ansiedade de 14,1 o que corresponde de igual forma a ansiedade ligeira.

Tabela 7. Relação entre o score médio de ansiedade e a experiência profissional no serviço

Variável	Ansiedade Méd/dp	p
Experiência profissional no serviço		0,393
<2 anos	16,3 (9,8)	
≥2 anos	14,1 (10,0)	

Legenda: Méd/dp – Média/desvio padrão; p – p – value

A tabela 8 apresenta a distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com a experiência profissional no serviço. Pela sua análise apurou-se que não existem diferenças com significado estatístico entre a ansiedade e os grupos profissionais ($p=0,100$).

Tabela 8. Distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com a experiência profissional no serviço

Variável	Ansiedade				p
	Normal		Ligeira, moderada ou severa		
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	
Experiência profissional no serviço					0,100
<2 anos	9	33,3	18	66,7	
≥2 anos	18	54,5	15	45,5	

Legenda: Fa - Frequência absoluta; Fr - Frequência relativa; p - p - value

Em síntese, rejeita-se $H(2)$, uma vez que não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,100$) entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a de experiência profissional no serviço.

3.7 - Relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros e o resultado positivo para teste à COVID-19

H(3) Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à COVID-19

A tabela 9 permite verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,749$), isto é, ambos os grupos apresentaram score médio de ansiedade classificado como ligeiro. Os enfermeiros que não testaram positivo para a COVID-19 apresentam um score médio de ansiedade de 15,5 e quem testou positivo 14,7.

Tabela 9. Relação entre o score médio de ansiedade e resultado positivo para teste à COVID-19

Variável	Ansiedade		p
	Méd/dp		
Resultado positivo para teste à COVID-19			0,749
Não	15,5 (9,0)		
Sim	14,7 (10,9)		

Legenda: Méd/dp – Média/desvio padrão; p – p – value

A tabela 10 apresenta a distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com o resultado positivo para teste à COVID-19. Pela sua análise verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de ansiedade e o resultado positivo para teste à COVID-19 ($p=0,622$). 58,1% dos enfermeiros que não testaram positivo à COVID-19 apresentam ansiedade ligeira, moderada ou severa, assim como 51,7% dos que testaram positivo apresentam os mesmos níveis de ansiedade.

Tabela 10. Distribuição dos níveis de ansiedade de acordo com o resultado positivo para teste à COVID-19

Variável	Ansiedade				p
	Normal		Ligeira, moderada ou severa		
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	
Resultado positivo para teste à COVID-19					0,622
Não	13	41,9	18	58,1	
Sim	14	48,3	15	51,7	

Legenda: Fa - Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa; p - p – value

Como não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,622$) entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à COVID-19, rejeita-se $H(3)$.

3.8 - Fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus

Pela análise da Tabela 11 e face ao modelo não ajustado, verificou-se que apenas as variáveis “Sexo” e “Filhos” são estatisticamente significativas. As mulheres apresentam score médio mais elevado de ansiedade ($p < 0,001$), assim como, quem tem filhos ($p = 0,031$) evidencia menores valores de ansiedade comparativamente com quem não tem. Pelo modelo ajustado, considerando todas as variáveis em análise, verifica-se que apenas a variável “Sexo” permanece estatisticamente significativa ($p = 0,001$), continuando as mulheres a apresentarem um score médio mais elevado de ansiedade, após ajustar para a idade, coabitação, filhos, experiência profissional no serviço e resultado positivo para teste à COVID-19.

Tabela 11. Fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus

Variáveis	Não ajustado		Ajustado	
	B (IC 95%)	p	B (IC 95%)	p
Sexo				
Feminino	9,71 (5,11-14,31)	<0,001	9,42 (4,17-14,66)	0,001
Masculino	Ref.	-	Ref.	-
Idade (anos)	-0,33 (-0,71-0,05)	0,089	0,04 (-0,52-0,60)	0,894
Grupo etário				
<30 anos	Ref.	-		
≥30 anos	-4,27 (-9,49-0,96)	0,108		
Coabitação				
Não	Ref.	-	Ref.	-
Sim	2,65 (-5,91-11,21)	0,538	2,53 (-5,91-11,21)	0,544
Filhos				
Não	Ref.	-	Ref.	-
Sim	-5,55 (-10,6- -0,53)	0,031	-3,25 (-9,93-3,43)	0,334
Experiência profissional no serviço				
<2 anos	Ref.	-	Ref.	-
≥2 anos	-2,21 (-7,36-2,93)	0,393	0,94 (-4,92-6,81)	0,748

Variáveis	Não ajustado		Ajustado	
	B (IC 95%)	p	B (IC 95%)	
Teste positivo à COVID-19				
Não	Ref.	-	Ref.	-
Sim	-0,83 (-5,98-4,32)	0,749	-2,50 (-7,31-2,31)	0,302

Legenda: B: coeficiente de regressão. IC: intervalo de confiança; p - p - value

4 – Discussão dos resultados

Findo o nosso percurso metodológico, neste capítulo efetuamos a discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com a literatura consultada e a evidência científica, considerando os estudos nacionais e internacionais evidenciados no enquadramento teórico. Como refere Fortin et al. (2009, p.478), este é o momento em que “o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações”. A informação processada tem um valor incalculável na medida em que dela depende a resolução ou não das questões de investigação formuladas (Vilelas, 2017).

Para Fortin et al. (2009, p.477) relativamente à discussão dos resultados, “é necessário situá-los em relação aos que foram já comunicados nas revistas científicas”. Os estudos existentes sobre a ansiedade vivenciada pelos enfermeiros decorrente da COVID-19 e fatores que lhe estão subjacentes são poucos, pois trata-se de um fenómeno muito recente. Deparamo-nos com a dificuldade aquando da contextualização e discussão da temática em estudo, de sustentar os resultados obtidos e confrontá-los com outras investigações.

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados quanto ao nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo coronavírus; à relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas; à relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço; à relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à COVID-19. Por fim, identificamos fatores relacionados com nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo Coronavírus.

4.1 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face ao novo coronavírus

Os enfermeiros são considerados um grupo vulnerável a experimentar sofrimento psicológico face à COVID-19 (Shahrour & Dardas, 2020). A COVID-19 gera ansiedade nos enfermeiros na medida em que estes estão diretamente expostos ao vírus pelo contacto e tratamento de indivíduos infetados. O receio pela própria saúde e o risco de infetar outros indivíduos inclusivamente familiares são os motivos mais apontados para tal (Bao et al., 2020; Barbosa et

al., 2020; Choi et al., 2020; Dzan et al., 2020; Hu et al., 2020; Labrague & Santos, 2020; Lai et al., 2020; Li et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Pappa et al., 2020; Pereira et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Petzold et al., 2020; Shahrour & Dardas, 2020; Teixeira et al., 2020; The Lancet, 2020; Wang et al., 2020; Xiao et al., 2020; Zhang et al., 2020).

O score médio de ansiedade apresentado pelos enfermeiros foi de 15,1 (dp=9,9). De acordo com a escala de classificação de ansiedade aplicada, podemos afirmar que os enfermeiros apresentam um score médio de ansiedade categorizado como ligeiro. Frente a uma pandemia sem precedentes e às suas vicissitudes, o score médio de ansiedade obtido é consistente com o estudo de Gomes e Oliveira (2013), quando reportam que os enfermeiros, no seu dia a dia, utilizam mecanismos de defesa frente às adversidades da profissão para manter o seu equilíbrio emocional. Além da utilização destes mecanismos, pode também ser justificação o desenvolvimento da resiliência individual. Labrague *and* Santos (2020) referem que a resiliência contribui grandemente para que o enfermeiro suporte com eficácia o peso da ansiedade que esta pandemia acarreta. Esta opinião é corroborada por Li et al. (2020) e Hu et al. (2020) que apontam o fortalecimento da resiliência dos enfermeiros como pilar para o combate à ansiedade dos mesmos. Quanto maior a resiliência dos enfermeiros, menor a ansiedade vivenciada (Labrague & Santos, 2020).

O nível médio de ansiedade categorizado como ligeiro, obtido neste estudo, também está alinhado com as conclusões de Scully (2011) ao referir que a imprevisibilidade da quantidade e tipo de trabalho nos serviços de emergência, mesmo que seja fonte causadora de ansiedade e tensão, são considerados como desafiadores para quem neles trabalham. Os profissionais de saúde têm um comportamento de compromisso para com o trabalho e uma aparente resiliência inata a eventos potencialmente traumáticos. Hu et al. (2020) referem que os enfermeiros têm sentido de responsabilidade e espírito de missão para com a profissão e, face à COVID-19 demonstram-no, assim como o sentido de patriotismo e dedicação com que o fazem. Mesmo acusando sinais evidentes de cansaço físico e emocional continuam a expressar a vontade de trabalhar na linha da frente no combate à pandemia. Mo et al. (2020) por sua vez, enaltecem o compromisso, conscienciosidade e a compaixão que os enfermeiros têm para com qualquer situação, especialmente frente à COVID-19, colocando a vida em risco no exercício das suas funções.

Sanematsu et al. (2019) referem a importância da vocação na escolha profissional. A vocação para a enfermagem pode ser um preditor de resiliência justificando a capacidade do enfermeiro gerir a ansiedade despoletada pela complexidade da profissão. Padilha e Mancia (2005) recuam ao início da história da enfermagem, apontam o humanismo assente na simplicidade e humildade, como bases da profissão de enfermagem, posteriormente erigidas cientificamente por Florence Nightingale, alicerçando o amor e fraternidade para com o outro, estabelecendo uma relação de atividade servil e resiliência. Apontam também o altruísmo, ou seja, pensar nos demais e interessar-se por eles como característica fundamental. Talvez a adversidade esteja presente desde o início da história da enfermagem, espera-se de forma natural, que os enfermeiros desempenhem adequadamente as suas funções mesmo quando expostos a situações adversas.

Do presente estudo, além do nível médio de ansiedade apresentado ser ligeiro, constatamos também que 45,0% dos enfermeiros apresentam ansiedade normal, ou seja, ansiedade fisiológica. Estes dados levam-nos a concluir que, concomitantemente com o já exposto, e, sendo a ansiedade intrínseca a todas as pessoas, funcionou como um sinal de alerta para estes enfermeiros, levando-os a desenvolver mecanismos de enfrentamento, tornando-se adaptativa e provisória (American Psychiatric Association, 2014). Contudo, não podemos desvalorizar níveis de ansiedade normais ou ligeiros, como referem Grillon et al. (2019), mesmo quando os sintomas de ansiedade não alcançam os critérios de valores para um transtorno, podem igualmente serem causadores de sofrimento emocional e problemas de saúde.

Pfefferbaum *and* North, (2020) referem que face à COVID-19 o sofrimento emocional nomeadamente a ansiedade são omnipresentes no ambiente profissional dos enfermeiros. Da totalidade dos enfermeiros da amostra, 55% apresentam níveis de ansiedade alterados, a salientar: 20,0% ansiedade ligeira, 18,3% ansiedade moderada e 16,7% ansiedade severa. Num estudo transversal, descritivo-correlacional realizado por Hu et al. (2020), em dois hospitais de Wuhan, onde entre outros distúrbios mentais, estudaram a ansiedade nos enfermeiros que estão na linha da frente, obtiveram-se resultados alinhados com os do presente estudo, nomeadamente cerca de 45% dos enfermeiros sofrem de ansiedade sendo que destes 14% apresentam níveis severos de ansiedade. Em Portugal, Pinho et al. (2021) avaliaram estratégias de redução de stress, ansiedade e depressão de enfermeiros portugueses durante a COVID-19. Nos resultados obtidos, 54,3% dos enfermeiros apresentaram ansiedade face à COVID-19.

Também o departamento de promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, juntamente com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, realizaram um estudo intitulado “Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19” (2020), cujo relatório, publicado em outubro de 2020, revela que cerca de 42% dos enfermeiros têm ansiedade moderada a grave e que, os enfermeiros que cuidam de doentes infetados por COVID-19 têm um risco 2,5 vezes superior de desenvolver dano emocional em relação aos que não cuidam destes doentes. No nosso estudo, o somatório de enfermeiros que manifestam ansiedade moderada e severa é de 35%, sendo que toda a amostra presta cuidados a doentes infetados. Estes dados são sugestivos da ansiedade face à COVID-19, como um fenómeno global a todos os enfermeiros.

Gunnell et al., (2020) alertam que as consequências para a saúde mental dos enfermeiros atingem o pico mais tarde do que a pandemia real, manifestar-se-ão no futuro. Pinho et al. (2021) alertam que, à semelhança de estudos feitos face à *SARS*, em 2003, em que os enfermeiros apresentaram sintomas de ansiedade mais tardiamente, 1 ano após o surto, o mesmo tem de ser monitorizado atualmente face à COVID-19, pode igualmente acarretar repercussões que se manifestem de forma prolongada ao longo do tempo.

De seguida apresentamos a discussão dos resultados relativamente à relação entre a ansiedade e as variáveis sociodemográficas em estudo.

4.2 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e as variáveis sociodemográficas

Quando estudamos a relação existente entre a ansiedade e as variáveis sociodemográficas da amostra nomeadamente sexo, grupo etário, coabitação e filhos, verificou-se que apenas se encontram valores estatisticamente significativos para as variáveis sexo e filhos.

Relativamente à variável *sexo*, maioritariamente a amostra é constituída pelo sexo feminino (60%), esta proporção está em conformidade com os dados do anuário estatístico de 2019 da OE (2020), onde a maioria dos enfermeiros inscritos em Portugal é do sexo feminino (82,23%). Nos dados obtidos através deste estudo, verificamos que existem relações estatisticamente significativas entre ansiedade e o sexo ($p < 0,001$). 75% das mulheres apresentam maior

percentagem de ansiedade ligeira, moderada ou severa comparativamente com os homens, em que apenas 25% apresentam estes níveis de ansiedade, a ansiedade média das mulheres obtida é moderada (score médio de 19,0) comparativamente com a dos homens que é normal (score médio de 9,3).

Esta relação é amplamente conhecida e corrobora com os dados da American Psychiatric Association (2014) que nos informa que quanto ao género, a ansiedade é mais frequente no género feminino do que no masculino, na proporção de 2:1. As mulheres apresentam maior prevalência de ansiedade quando comparadas aos homens, sendo o transtorno de ansiedade generalizada um dos quadros mais frequentes (Costa et al., 2019; Kinrys & Wygant, 2005). Também Remes et al. (2016) referem que as mulheres têm quase duas vezes mais probabilidade de desenvolverem ansiedade do que os homens. Donner *and* Lowry (2013), corroboram e acrescentam que além da prevalência de transtornos de ansiedade ser cerca de 2 vezes mais alta nas mulheres do que nos homens, também se manifesta na gravidade dos sintomas e na eficácia de tratamento.

Os nossos resultados encontram eco nos de Pappa et al. (2020) e Pinho et al. (2021), uma vez que estes autores também encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação ao género relativamente à taxa de prevalência da ansiedade, sendo maior nas mulheres, que justificam com a diferença de género já estabelecida na literatura para sintomas ansiosos.

Relativamente à variável *grupo etário*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ansiedade e grupo etário ($p=0,306$). A idade média do início do distúrbio de ansiedade é aos 30 anos (American Psychiatric Association, 2014), indivíduos com menos de 35 anos são preditores do risco de ansiedade (Remes et al., 2016). A idade média da amostra em estudo é de 33,5 anos. Podemos constatar que quanto à idade, a amostra em estudo insere-se na faixa etária onde a predisposição de desenvolver ansiedade é maior de acordo com o descrito na literatura.

Para a variável *coabitação*, não foram encontradas diferenças com significado estatístico entre a ansiedade e o facto de viver sozinho ou acompanhado ($p=0,681$). Pode provavelmente ser justificação deste resultado a dualidade encontrada na literatura referente a este aspeto. Se por um lado o enfermeiro defronta o receio de infetar outros indivíduos, inclusivamente familiares, sendo frequentemente aconselhados ao distanciamento social dos mesmos (Pereira et al., 2020; The Lancet, 2020), neste caso, viver sozinho afasta este receio, logo, diminui um fator de

ansiedade. Por outro lado, Xiao et al. (2020) referem a importância do apoio social e familiar na redução dos níveis de ansiedade dos enfermeiros através de sentimentos de compreensão, respeito, incentivo, empatia e coragem que levam a sentimentos mais otimistas e consequentemente melhora os mecanismos de resposta frente à adversidade causada pela COVID-19. Opinião esta corroborada por Labrague *and* Santos (2020) e Hu et al. (2020), que referem que o apoio dos familiares contribui positivamente para a saúde e bem-estar emocional dos enfermeiros ajudando-os a melhor gerir e enfrentar a ansiedade que advém dos desafios profissionais. Sendo a COVID-19 muito recente, há pouca bibliografia que confronte os nossos resultados. Concluímos que estas duas vertentes podem ser justificação para a ausência de associação estatisticamente significativa face a esta variável.

Relativamente aos *filhos*, verificamos que existe relação estatisticamente significativa entre ansiedade e ter ou não filhos ($p=0,002$), sendo que 71,4% dos enfermeiros que não tem filhos, apresentam ansiedade ligeira, moderada ou severa comparativamente aos que têm filhos, em que apenas 32,0% apresentam estes mesmos níveis de ansiedade.

Os dados obtidos vão ao encontro da literatura. França e Ferrari (2012) apontam que a satisfação de ser pai ou mãe é possível justificação para menor prevalência de ansiedade entre outros distúrbios mentais. Indivíduos com filhos são menos propensos a desenvolver ansiedade por sentirem suporte no seio familiar que os protegem do desenvolvimento da mesma. Por sua vez, Carlotto (2011) é de opinião que quem tem filhos organiza e ocupa melhor o seu tempo, cuidar dos filhos além de fonte de gratificação, é forma de se manter mais distante da fonte causadora de ansiedade. Este facto está bem evidente no nosso estudo uma vez que 68% dos enfermeiros que têm filhos revelam nível de ansiedade normal. Petzold et al. (2020) apontam como estratégia para minorar a ansiedade despoletada pela COVID-19, tentar manter a rotina o mais próximo possível do habitual. Quem tem filhos tem de manter várias rotinas domésticas, diárias, disponibilizando desta forma menos tempo emocional para a COVID-19.

Seguidamente apresentamos a discussão dos resultados relativamente à relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço.

4.3 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e a experiência profissional no serviço

Para o presente estudo, não se verifica relação entre ansiedade e a *experiência profissional no serviço* ($p=0,100$). Há poucos estudos sobre os efeitos psicológicos de doenças infecciosas graves nos profissionais de saúde, principalmente quando acarretam aumento da carga de trabalho e ansiedade associada ao risco de infecção dos próprios (Xiao et al., 2020). Sendo a COVID-19 uma doença recente, defrontamo-nos com a limitação de estudos que avaliem a correlação entre a ansiedade dos enfermeiros face à COVID-19 e a experiência profissional dos mesmos.

De acordo com a literatura consultada, a antiguidade no serviço protege o profissional das agressões emocionais do seu local de trabalho, com o passar do tempo há um horizonte temporal que permite desenvolver e aprimorar estratégias adaptativas face ao contexto clínico em que os enfermeiros desenvolvem a sua prática profissional (Scully, 2011).

Barbosa et al. (2020) referem, e consideramos como possível explicação, que os enfermeiros, independentemente da categoria ou anos de serviço, defrontam os mesmos receios e consequente ansiedade face à COVID-19, nomeadamente o medo de ser infetado e infetar outros, a sensação de perda de controle da situação, a exposição à morte em amplas dimensões, a falta de treino para estas situações. Face a esta pandemia há muito desconhecimento sendo o mesmo transversal a todos aqueles que cuidam.

Labrague *and* Santos (2020) concluíram que mais de 90% dos enfermeiros da linha da frente não estavam totalmente preparados para cuidar em contexto da COVID-19, e que, comparativamente com estudos anteriores, face a outras doenças infecciosas como Gripe A (H1N1) e Ébola, já 75% dos enfermeiros mostraram preparação e disposição para o seu exercício profissional.

Wang et al. (2020) realçam que a falta de domínio sobre a COVID-19 é comum a todas as classes profissionais, apontam o pouco conhecimento sobre a doença como preditor de ansiedade, sendo de consenso geral que o potencial de contágio é fortemente elevado e as situações graves podem rapidamente causar a morte. Hu et al. (2020), por sua vez, apontam a inexperiência em cuidar de doentes com doenças infecciosas em grande escala como transversal dentro dos hospitais. Prescott et al. (2020) sustentam que os profissionais de saúde demonstram falta de conhecimento sobre doenças infecciosas que representem uma ameaça à saúde global, sendo necessária mais formação e treino nesta área, as instituições hospitalares devem assegurar que todos os profissionais de saúde se sintam preparados e aptos para gerir novas ameaças futuras semelhantes.

Quase metade da amostra do presente estudo (45,0%) tem menos de 2 anos de experiência profissional no serviço, e, considerando a média de idades de 33,5 anos, sugere-nos que não exerciam funções como enfermeiros noutras pandemias nas últimas décadas, nomeadamente Gripe A (H1N1) que atingiu Portugal em 2009. Dos 55,0% dos enfermeiros que têm mais de 2 anos de experiência profissional no serviço, é provável que tenham desempenhado funções como enfermeiros aquando esta pandemia, mas, em situação alguma com repercussão e dimensões comparáveis aos tempos sem precedentes, vividos atualmente, em que a média diária de mortes por COVID-19 (chegou a atingir as 303 mortes nas 24 horas do dia 30 de janeiro de 2021 [DGS, 2021]), foi dias e dias consecutivos, superior ao número total de mortes, mais precisamente 124 mortes, em Portugal, por H1N1 (DGS, 2010).

Face ao exposto, consideramos justificada a inexistência de correlação entre a variável em causa e o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU face à COVID-19.

De seguida será realizada a discussão dos resultados relativamente à relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e o resultado positivo para teste à COVID-19.

4.4 - Nível de ansiedade dos enfermeiros do SU e resultado positivo para teste à COVID-19

Enquanto que por todo o mundo milhares de pessoas ficam em casa para se protegerem e travarem a cadeia de transmissão da COVID-19, os enfermeiros fazem precisamente o contrário, vão para os hospitais e expõem-se ao risco de contágio. Por todo o mundo milhares ficam infetados, alguns morrem fruto da COVID-19 (The Lancet, 2020). Hu et al. (2020) concluem que um dos principais receios dos enfermeiros é o medo de contaminação e morte. Teixeira et al. (2020) corroboram e acrescentam que os enfermeiros constituem um grupo de risco pela exposição direta no cuidado à pessoa infetada com COVID-19 o que faz com que recebam uma elevada carga viral (milhões de partículas de vírus).

Pela análise dos dados obtidos no estudo, destaca-se o número elevado de enfermeiros que testou positivo à COVID-19, quase metade dos enfermeiros (48,3%). Estes resultados vão ao encontro do estudo de Hu et al. (2020) que referem que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm contacto contínuo com indivíduos infetados na sua prestação de cuidados, como tal, têm alto risco de infeção, enquanto que Oliveira et al. (2020) aludem que

os enfermeiros enfrentam o risco de infecção por COVID-19 diariamente. Na mesma linha de opinião estão Pereira et al. (2020) ao aludirem que em contexto hospitalar, os enfermeiros encontram-se na linha da frente contra o vírus, sendo frequentemente expostos ao risco de contaminação. The Lancet (2020) sugere como explicação para a ansiedade desenvolvida, o alto risco de os enfermeiros se infetarem com consequente doença ou mesmo morte.

O número elevado de enfermeiros infetados neste estudo vai ao encontro da literatura, contudo, podemos concluir que, apesar desse número, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o score médio de ansiedade e o resultado positivo para teste à COVID-19 ($p=0,749$). Ambos os grupos apresentam score médio de ansiedade ligeira. Importa realçar que, à semelhança do estudo realizado por Dzan et al. (2020), onde é feito o paralelismo com os atentados de 11 de Setembro de 2001, deve-se assumir a responsabilidade pelos danos emocionais que possam surgir, tanto no momento atual como a longo prazo, pelas represálias que possam surgir em quem cuidou nesta pandemia. Gunnell et al. (2020), afirmam que as consequências para a saúde mental dos enfermeiros atingem o pico mais tarde do que a pandemia real. Pinho et al. (2021) alertam, também, que à semelhança do sucedido face à *SARS* em 2003, os sintomas de ansiedade apresentados pelos enfermeiros podem manifestar-se 1 ano após a pandemia, com repercussões ao longo do tempo. Talvez os participantes deste estudo que testaram positivo, não tenham experienciado ainda os efeitos emocionais negativos a médio e longo prazo da infecção por COVID-19 em contexto profissional.

De seguida apresentamos a discussão dos resultados obtidos relativamente aos fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU, face ao novo Coronavírus.

4.5 - Fatores relacionados com o nível de ansiedade dos enfermeiros do SU, face ao novo Coronavírus

Foram desenvolvidos modelos de regressão univariada e multivariada para identificar potenciais fatores associados à ansiedade. Da análise univariada constatamos que apenas as variáveis sexo e filhos são estatisticamente significativas, sendo que as mulheres apresentam score médio mais elevado de ansiedade ($p<0,001$), assim como quem não tem filhos ($p=0,031$). Após ajustar para

idade, coabitação, filhos, tempo de experiência profissional no serviço e teste positivo à COVID-19, apenas a variável sexo permanece estatisticamente significativa ($p=0,001$).

A correlação entre a ansiedade e o sexo feminino é amplamente conhecida e sustentada pela literatura (American Psychiatric Association, 2014; Donner & Lowry, 2013; Pappa et al., 2020; Pinho et al., 2021; Remes et al., 2020). Shahrour *and* Dardas (2020) referem que o sofrimento psicológico é afetado pelas características sociodemográficas dos enfermeiros, nomeadamente o sexo, sendo que as mulheres relatam maior sofrimento psicológico que os homens, pois tendem a usar estratégias de enfrentamento menos eficazes e têm menos apoio social que os homens. As mulheres têm à sua responsabilidade a realização de mais tarefas e responsabilidades domésticas que podem ser justificação para tal. Donner & Lowry (2013) referem que as mulheres têm uma vulnerabilidade ao stress e ansiedade inerentemente acrescida e que, nos países desenvolvidos, as mulheres têm duas a três vezes mais probabilidade de desenvolver ansiedade generalizada em comparação com os homens. Acrescentam, ainda, que existem diferenças fisiológicas e neurológicas significativas entre géneros relevantes para a capacidade de resposta à ansiedade. Kinrys & Wygant (2005) referem que as mulheres apresentam um risco significativamente mais elevado em comparação com os homens para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ao longo da vida, assim como, maior gravidade dos sintomas manifestados e maior cronicidade. Apontam fatores genéticos e a influência do ciclo hormonal feminino como responsáveis por este facto. Acrescentam que mulheres com transtorno de ansiedade generalizada têm agravamento frequente dos sintomas no período pré-menstrual.

Face ao descrito na literatura, os resultados do presente estudo relativamente ao sexo, não são sugestivos de serem específicos da enfermagem e do contexto atual da COVID-19, estão em concordância com a evidência científica de fases não pandémicas e em relação à população em geral. Labrague *and* Santos (2020), concluem que, acima e além da influência das características individuais do enfermeiro, a resiliência pessoal, o suporte social e organizacional são pilares fundamentais na redução e controle dos níveis de ansiedade da classe profissional.

5 - Conclusão

Os enfermeiros desde sempre desempenharam um papel importante na prevenção e controlo de infeções, representando a COVID-19 uma emergência de saúde pública a nível nacional e internacional. Na enfermagem, Florence Nightingale representou um marco fundamental na saúde pública, como pioneira no contexto dos hospitais militares, tendo implementado medidas de higiene e salubridade em geral. Com base no exemplo de líderes da história da enfermagem, os enfermeiros de hoje enfrentam um desafio de saúde global sem precedentes, avaliam e respondem às necessidades impostas pela pandemia.

Até ao momento, a resposta à pandemia foca-se essencialmente na doença em si e não nos desarranjos emocionais que daí possam surgir. A prioridade é conter a disseminação da COVID-19 e diminuir a mortalidade. Desta forma, emerge a necessidade de se refletir sobre estas questões, uma vez que se constata elevado desgaste emocional, nomeadamente ansiedade nos enfermeiros, que são o grupo profissional que passa mais horas no cuidado direto à pessoa infetada com COVID-19.

Do estudo realizado com 60 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (60%), com uma média de idade de 33,5 anos, vivendo, 90%, em regime de coabitação e 41,7% com filhos, contacta-se que 45,0% dos enfermeiros apresentam ansiedade considerada normal, 20,0% ansiedade ligeira, 18,3% ansiedade moderada e 16,7% apresentam ansiedade severa, sendo o score médio de ansiedade da amostra de 15,1 o que permite classificar o nível de ansiedade como “Ligeira”. Particularizando, os enfermeiros do sexo feminino apresentam níveis de ansiedade superiores aos do sexo masculino, o que permite concluir que a ansiedade tem maior prevalência entre as mulheres. Concluiu-se, ainda, que existe relação entre o nível de ansiedade e o sexo, nomeadamente o sexo feminino, o que possibilita afirmar que o sexo constituiu o factor determinante para o nível de ansiedade experienciado. Ser mulher é preditivo de maiores níveis de ansiedade, devido, muito provavelmente, à utilização de estratégias adaptativas menos eficazes e terem menos apoios sociais que os homens, nomeadamente terem mais tarefas e responsabilidades domésticas cumulativamente com as exigências profissionais. A mulher tem uma vulnerabilidade à ansiedade inerentemente acrescida, diferenças fisiológicas, neurológicas, genéticas e hormonais contribuem para tal.

Salienta-se, também, a necessidade de considerar e reconhecer os receios e medos dos enfermeiros criando-se assim uma esfera de estabilidade no meio da crise e reforça-se a necessidade de prevenir 2 pandemias, a atual, na luta para travar a propagação da COVID-19 e, a de amanhã, retratada pelos danos no bem-estar emocional dos enfermeiros oriundos desta luta, na qual não devemos deixar de cuidar daqueles que hoje cuidam.

Terminado o estudo, importa realçar algumas limitações referentes ao mesmo. Atendendo às flutuações quanto ao número de casos e sobrelotação dos serviços de urgência que a COVID-19 tem vindo a ter em Portugal, especificamente no Centro Hospitalar onde foi realizado o estudo, a colheita de dados num momento único, poderá ter sido limitativo, sendo que a comparação dos resultados obtidos em mais do que um momento eventualmente poderia ter alargado as conclusões acerca das relações entre as variáveis. Os dados foram colhidos em fevereiro de 2021, podendo o momento da pesquisa limitar a generalização dos resultados em relação a outros períodos, bem como o tamanho da amostra. O pico máximo vivido no serviço de urgência estudado foi em outubro, novembro e dezembro de 2020. Atualmente, numa fase com diminuição do número de casos de infeção por COVID-19 e com o início da vacinação em curso, pode não espelhar verdadeiramente os níveis de ansiedade vivenciados pelos enfermeiros.

Existem ainda poucos estudos sobre esta temática, dificultando a sua contextualização e discussão. É necessário deixar passar mais tempo para ver o verdadeiro impacto desta pandemia no equilíbrio emocional dos enfermeiros e, como tal, sugere-se a realização de estudos sobre a ansiedade no período pós-pandemia para obter conclusões mais robustas sobre o real impacto da mesma sobre o bem-estar emocional dos enfermeiros. Acredita-se que este estudo sirva de alavanca para tal propósito.

Torna-se imperativo um processo de reorganização a nível das instituições de saúde para o lançamento de programas de formação, planeamento e execução de planos de intervenção com foco na proteção emocional dos enfermeiros. Espera-se que este estudo contribua para o refinamento de estratégias preventivas de ansiedade nos enfermeiros em contexto hospitalar, quer face a esta pandemia, quer futuramente em surtos pandémicos que possam ocorrer.

2020 - Ano internacional do Enfermeiro ficará historicamente marcado pela COVID-19 e pelo papel determinante do enfermeiro no seu combate.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5ª Ed). C. Editores.

Amnistia Internacional (2021). *COVID-19: 17 000 profissionais de saúde morreram em 2020*. <https://www.amnistia.pt/covid-19-17-mil-profissionais-de-saude-morreram-em-2020/>

Balla, M., Merugu, G. P., Patel, M., Koduri, N. M., Gayam, V., Adapa, S., Naramala, S., & Konala, V. M. (2020). COVID-19, Modern Pandemic: A Systematic Review From Front-Line Health Care Providers. Perspective. *Journal of Clinical Medicine Research*. <https://www.jocmr.org/index.php/JOCMR/article/view/4142/25893110>>

Bao, Y., Sun, Y., Meng, J. S., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*. Vol. 395, S0140-6736(20)30309-3.

Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia* [online]. Vol.19, n.º 1-2, 267-277. ISSN 0874-2049.

Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Souza, F. B. A., e Gomes, A.M.T. (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. *Comunicação em ciências da saúde*, n.31 (Suppl. 1), 31-47.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.

Borges, E. (2018). *Enfermagem no trabalho: Formação, investigação, estratégias de intervenção*. Lidel.

Carlotto, M. (2011). O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, 14(1).

Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., e Cordeiro, M. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. N.º 21, 47-53.

Choi, K., Heilemann M., Fauer, A., & Mead, M. (2020). A second pandemic: Mental health spillover from the novel coronavirus (COVID-19). *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Vol. 26(4) 340-343. <https://doi.org/10.1177/1078390320919803>.

Clark, D. A., e Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Artmed.

Código de Conduta ética da Universidade do Minho (2020). CCE - UMinho Vol.2, p.16. <https://www.uminho.pt/PT/uminho/Etica/Codigo-de-conduta-etica>.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*, versão 2. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*, versão 2015. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Costa, C. O., Branco, J. C., Vieira, II. G., Souza, L. D. M., & Silva, R. A. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 68(2), 92-100. Epub agosto 26, 2019. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (2013). *Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>.

Decreto-Lei nº 14-A / 2020 - Diário Da República nº 55/2020, 3º Suplemento, Série I de 2020-03-18, 2020. Recuperado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/130399862/details/maximized>.

Direção Geral da Saúde (2021-01-31). COVID-19 - Relatório de situação epidemiológica em Portugal. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2020). Casos de infeção por novo Coronavírus (COVID-19). Nº C_160_75_v1 de 02/03/2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://covid19.min-saude.pt/comunicados/>.

Direção Geral da Saúde (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2010). Relatório da Pandemia de Gripe A (H1N1) 2009 em Portugal. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Donner, N. C., & Lowry, C. A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *National Institutes of Health*. 465(5): 601–626. <https://doi.org/10.1007/s00424-013-1271-7>.

Dzan, V. J., Kirch, D., & Nasca, T. (2020). Preventing a Parallel Pandemic - A National Strategy to Protect Clinicians Well-Being. *New England Journal of Medicine*, 383:513-515. <https://doi.org/10.1056 / NEJMp 2011027>.

Fortin, M. F., Coté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

França, F. M., & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743-748. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500015>

Gomes, R. K., e Oliveira, V. B. (2013). Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, vol. 63, n.º138, 23-33.

Grillon, C., Robinson, O., J., Cornwell, B., & Ernest, M. (2019). Modeling anxiety in healthy humans: a key intermediate bridge between basic and clinical sciences. *Neuropsychopharmacology official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 44(12), 1999-2010. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0445-1>.

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., Conner, R., C., & Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7 (6): 468-471.

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S., W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H., G., & 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. *The Lancet*, vol.24. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.

Kinrys, G., Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27 (suppl.2), 43-50. <https://doi.org/10.1590S1516-4442005000600003>

Labrague, L. J., & Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Wiley*, 28: 1653 - 1661. <https://doi.org/10.1111/ionm.13121>

Lai, C. C., Shih T. P., Ko W. C., Tang H. J., & Hsueh P. R. (2020) . Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges . *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55 (3), article n.º 105924.

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020) The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17 (6):2032.

Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas.

Martins, A. (2020). O SARS-COV-2 vem para alterar os nossos hábitos. Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva. <https://www.spmi.pt/o-sars-cov-2-vem-para-alterar-os-nossos-habitos/>.

Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management*, 28(5):1002-1009. <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>.

Moreira, W. C., Sousa, A. R., e Nóbrega, M. P. S. S. (2020). Adoecimento mental na população geral e profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, e20200215. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0215>

Oliveira, W. A., Oliveira-Cardoso, E. A., Silva, J. L., e Santos, M. A. (2020, 18 de maio). Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia*, 37, e200066. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. OE. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2020). *Anuário estatístico 2019*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf

Organização Mundial da Saúde (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>

Our World in Data (2021-01-28). *Statistics and research Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Padilha, M. I. C. S., & Mancia, J. R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 723-726. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018>.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity. Elsevier*, 88 (2020) 901-907.

Pereira, M. D., Torres, E. C., Pereira, M. D., Antunes, P. F. S., e Costa, C. F. T. (2020). Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development*, vol.9, n.º8, e67985121. ISSN 2525-3409.

Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Maricic, L. M., Betzler, F., Rogoll, J., GroBe, J., & Strohle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic. *Brain and behavior*. vol. 10, Issue 9, e01745. <https://doi.org/10.1002/brb3.1745>

Pfefferbaum, B., & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383: 510-512. <https://doi.org/10.1056 /NEJMp2008017>

Pinho, L.G.; Sampaio, F.; Sequeira, C.; Teixeira, L.; Fonseca, C.; & Lopes, M.J. (2021). Portuguese Nurses' Stress, Anxiety, and Depression Reduction Strategies during the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18, 3490. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073490>

Polit, D., e Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª ed.). Artmed.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas.

Prescott, K., Baxter, E., Lynch, C., Jassal, S., Bashir, A. & Gray, J. (2020). COVID-19: how prepared are front-line healthcare workers in England?. *The journal of hospital infection*. Vol. 105, ISSUE 2, p. 142-145. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.031>

- Remes, O., Brayne, C., Van der Linde, R., & Lafortune, I. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Ribeiro, H. K. P., Santos, J. D. M., Silva, M. G., Medeiro, F. D. A., e Fernandes, M. A. (2019). Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, e1. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000021417>.
- Said, N. B. & Chiang, V. C. L. (2020). The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing*. *Elsevier*, vol. 48, 100806. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100806>.
- Sanematsu, L. S. A., Silva, A. P. J., e Martins, M. C. F. (2019). Produção científica sobre resiliência em enfermagem. *Journal of Nursing online*, 13: e241401. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241401>
- Saúde mental em tempos de pandemia (2020). Relatório final: SM-COVID19. <https://sm-covid19.pt>.
- Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. *Traumatology*, 17(4), 35-42.
- Shahrour, G., & Dardas, L. A., (2020). Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Nursing Management*, vol 28, ed. 7, p. 1686-1695.
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., e Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- The Lancet (2020). COVID-19: protecting health-care workers (Editorial). *The Lancet*, 395(10228), 922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9).
- Thompson, E. (2015). *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)*, *Occupational Medicine*, Vol. 65, Ed. 7, p. 601, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv054>

Ueno, L. G. S., Bobroff, M. C. C., Martins, J. T., Machado, R. C. B. R., Linares, P. G., & Gaspar, S. G. (2017). Estresse ocupacional: Estressores Referidos Pela Equipe De Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 11(4): 1632-8. ISSN:1981.8963.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª ed.). Edições Sílabo.

Wang, L., Wang, Y., Ye, D., & Liu, Q. (2020). A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948>

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, ISSN 1234-1010.

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staffs involved with the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 306. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>.

Anexos

Anexo I - Questionário

Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência face ao novo Coronavírus

Caro colega,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, encontro-me a desenvolver um estudo descritivo - correlacional, que tem como finalidade descrever as relações entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência e as variáveis sociodemográficas e profissionais face à COVID-19, assim como, identificar os fatores relacionados com nível de ansiedade. De forma a atingir esta finalidade é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, cujo tempo de preenchimento, demorará dez minutos do seu precioso tempo.

O presente questionário é constituído por quatro partes. A primeira parte apresenta 4 questões que possibilitam a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros. A segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. Fazem parte da sua constituição 14 itens, com respostas tipo Likert com 5 opções cuja variação é entre 0 e 4, sendo 0 ausência de determinado sintoma e 4 a intensidade severa do mesmo. Todos os 14 itens devem ser respondidos, assinalando as respostas através de um X no valor da escala de Likert. A parte três, composta por uma questão, permite caracterizar o tempo de experiência profissional no serviço. A parte quatro, composta igualmente por uma questão, permite caracterizar a amostra quanto à presença de teste positivo para COVID-19.

Como investigadora comprometo-me a assegurar confidencialidade e o anonimato, e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, garantindo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. De forma a assegurar estas condições após o preenchimento deste questionário deve colocá-lo no envelope fornecido, fechando o mesmo, e depositá-lo no envelope geral do Serviço que se encontra com a Enfermeira Gestora.

Por favor, leia com atenção o questionário, se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Desde já agradeço a atenção dispensada, se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, preencher o documento.

Obrigada pela colaboração,
Sónia Moreira
Telêmovel: 919759854
smarisarm@gmail.com

Parte I - Caracterização sociodemográfica

1. Sexo

Assinale a sua resposta com um X.

- Feminino
 Masculino

2. Idade

3. Coabitação

Assinale a sua resposta com um X.

- Não
 Sim

4. Filhos?

Assinale a sua resposta com um X.

- Não
 Sim

Parte II – Escala de Ansiedade de Hamilton (HAS- Hamilton AnxietyScale)

Avalie a resposta que melhor descreve as suas emoções.

GRAUS: 0-Nenhum; 1-Leve; 2-Médio; 3-Forte; 4-Máximo

Assinale apenas um valor por cada afirmação colocando um X.

	0	1	2	3	4
1. Humor Ansioso - Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	<input type="radio"/>				
2. Tensão - Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	<input type="radio"/>				
3. Medos - De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	<input type="radio"/>				
4. Insónia - Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	<input type="radio"/>				
5. Intelectual(cognitivo) - Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	<input type="radio"/>				
6. Humor Deprimido - Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	<input type="radio"/>				
7. Somatizações Motoras - Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	<input type="radio"/>				
8. Somatizações Sensoriais - Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	<input type="radio"/>				

	0	1	2	3	4
9. Sintomas Cardiovasculares - Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	<input type="radio"/>				
10. Sintomas Respiratórios - Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	<input type="radio"/>				
11. Sintomas Gastrointestinais - Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	<input type="radio"/>				
12. Sintomas Geniturinários - Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	<input type="radio"/>				
13. Sintomas Autonômicos - Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	<input type="radio"/>				
14. Comportamento atual - Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspiciosa, palidez facial.	<input type="radio"/>				

Parte III – Experiência profissional no serviço

1. Tempo de experiência profissional no serviço

Assinale a sua resposta com um X

< 2 anos

≥ 2 anos

Parte IV- Teste positivo para COVID-19

1. Teste positivo para COVID-19?

Assinale a sua resposta com um X

Não

Sim

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 131/2020

Título do projeto: *Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência face ao novo Coronavírus*

Equipa de investigação: Sónia Marisa Moreira, Enfermeira, Estudante do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem da Universidade do Minho; Rui Manuel Freitas Novais, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Outras Unidades: locais de recrutamento de participantes (enfermeiros em Serviços de Urgência), não definido

PARECER

De acordo com a documentação apresentada, o projeto insere-se no âmbito Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Trata-se de um estudo prospetivo, observacional, descritivo e analítico, com o apoio institucional da Escola de Enfermagem da Universidade do Minho. É objetivo principal do estudo responder às questões “Quais os níveis de ansiedade experienciada pelos enfermeiros, face à COVID-19? Existe relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas, profissionais e contextuais face à COVID-19?”.

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta a respetiva “Análise e justificação do parecer”, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com

humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 5 de fevereiro de 2021.

A Presidente da CEICVS



(Maria Cecília Lemos Pinto Estrela Leão)

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Relatora: Nadine Santos

Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Pedido de apreciação de projeto enviado à CEICVS ¹⁾	X			Adequado
Quando aplicável, identificação da Unidade Curricular (UC) no âmbito da qual se insere o projeto (designação do curso, designação da UC e respetivo ano curricular, identificação do/s coordenador/es da UC, nome e número mecanográfico do estudante)	X			Adequado
Carta de Apoio/Autorização da(s) Unidade(s) ou Serviço(s) onde decorrerá o projeto ²⁾	X			Adequada, mas ainda necessário o apoio das entidades onde forem realizados os recrutamentos
Quando aplicável, informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	X			Adequado
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante ³⁾	X			Protocolo do estudo elaborado de acordo com os requisitos e normas éticas de boas práticas em experimentação com

				humanos.
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável e dos membros da equipa e/ou orientadores ⁴	X			Presente
Quando aplicável, documento de Consentimento Informado, elaborado e referenciado de acordo com a alínea ⁵ abaixo indicada	X			Adequado
Declaração de Compromisso de Confidencialidade (e/ou Termo de Responsabilidade)	X			Adequada
Quando aplicável, informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			X	
O desenvolvimento do projeto está associado à emissão de Parecer/Autorização ética e de proteção de dados (DPO) da unidade de saúde onde forem realizados os recrutamentos e/ou obtidos os dados dos participantes no estudo de investigação.				

⁴ Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

⁵ Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

⁶ Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsinquia⁷, a Convenção de Oviedo⁸ e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)⁹. Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN¹⁰ e através do

¹¹ "Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica"¹¹.

Acesso aos documentos da alínea c):

¹² http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹³ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

¹⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

¹⁵ <http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

¹⁶ http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b

¹⁷ <https://dre.pt/home/-/dre/123815982/details/maximized>

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto efetuado no âmbito Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, com o apoio institucional do Escola de Enfermagem da Universidade do Minho, para a sua realização na(s) Unidade(s), com duração de 11 meses e com início previsto em maio de 2020.

O(a)s Investigador(a)s Responsável(eis) (IRs), têm formação clínica e/ou académica e/ou técnica e experiência solidificada nas áreas de base do projeto, e/ou o apoio de uma equipa de investigação com experiência.

O objetivo geral do estudo é responder às questões "Quais os níveis de ansiedade experienciada pelos enfermeiros, face à COVID-19? Existe relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas, profissionais e contextuais face à COVID-19?". São objetivos específicos do projeto comparar:

i) descrever os níveis de ansiedade experienciada pelos enfermeiros face à COVID-19; ii) explorar a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas, face à COVID-19; iii) descrever a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas, face à COVID-19; iv) explorar a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis profissionais, face à COVID-19; v) descrever a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis profissionais, face à COVID-19; vi) explorar a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis contextuais, face à COVID-19; vii) descrever a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis contextuais, face à COVID-19; viii) analisar a relação entre os níveis de ansiedade dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas, profissionais e contextuais, face à COVID-19.

Trata-se um estudo prospetivo, observacional, descritivo e analítico. Será a população-alvo setenta (70) enfermeiros que trabalhem no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) de adultos. Trata-se de uma técnica de amostragem não probabilística e uma amostra de conveniência. Foram definidos critérios de inclusão. Não foram definidos critérios de exclusão. Não foi feito apresentado cálculo amostral.

A recolha de dados irá decorrer através de um questionário formulado para o efeito e a aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAS). O procedimento da recolha de dados será feito da seguinte forma: a IR dá conhecimento do estudo à Enfermeira Gestora e faz o levantamento com a mesma do número de enfermeiros que desempenham funções no SUMC; os questionários em envelope branco fechado, juntamente com o consentimento informado, serão entregues em mão pela investigadora responsável à Enfermeira Gestora; a Enfermeira Gestora, distribui os questionários aos enfermeiros que acederem participar no estudo que, após o seu preenchimento, o devolverão à mesma em envelope fornecido fechado e individualizado; a IR investigadora recolhe os envelopes fechados junto da Enfermeira Gestora.

Os dados recolhidos incluem variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, coabitação e filhos); socioprofissionais (tempo de experiência profissional no serviço); contextuais (testou positivo para COVID-19). Variável, tipo de variável e/ou categorias da variável e descrição da mesma foram enumeradas/descritas no protocolo de investigação e/ou foi fornecido em anexo o Formulário de Recolha de Dados e/ou Guião da Entrevista e/ou Metodologia Laboratorial.

O projeto não envolve a dádiva, e/ou colheita, análise laboratorial e/ou imagiológica e/ou oftalmológico ou afins, e/ou processamento, e/ou preservação, e/ou armazenamento, e/ou distribuição e/ou aplicação de tecidos e/ou células de origem humana.

Será salvaguardado o anonimato e a confidencialidade do participante (não haverá identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante no estudo).

Os participantes serão informados dos procedimentos, da garantia de confidencialidade dos dados e do seu direito de desistir em qualquer momento do estudo sem qualquer prejuízo.

Não estão previstos quaisquer abuso(s) de recursos institucionais, hospitalares e/ou outros, como aplicável, para a realização do projeto.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Não se declara a investigação envolver diretamente indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, menores, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia).

Documentos recebidos no órgão institucional de ética da UMinho

Foram recebidos os seguintes documentos:

- Protocolo de investigação e/ou caderno de recolha de dados e/ou guião da entrevista
- Curriculum vitae abreviado do(a) investigador(a) responsável(eis)
- Parecer do(a) diretor(a) do centro de investigação e/ou unidade
- Modelo de documento de consentimento informado
- Cópia do(s) formulário(s) de recolha de dados a utilizar e/ou enumeração dos dados que serão colhidos

Foram ainda recebidos (outros documentos):

- Curriculum vitae abreviado do(a)(s) aluno(a)(s)
- Modelo de declaração de compromisso a utilizar pelo(a) IR e por outros investigadores ou colaboradores na investigação destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas praticas dadas pelo(a) IR (Termo de Responsabilidade)
- Declaração do orientador no compromisso na orientação e/ou Termo de Responsabilidade

Anexo III - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1979-2019



Exmo. (a) Senhor(a)

Enf.ª Sónia Marisa Rocha Moreira

smarisarm@gmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	20-11-2020	PROC. Nº: 49/2020	15-01-2021

ASSUNTO: “Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência face ao novo coronavírus”

Exma Senhora Enf.ª Sónia Moreira,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo **“Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência face ao novo coronavírus”**.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no [REDACTED], nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 13/01/2021 foi autorizada a realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no [REDACTED] o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,



Anexo IV - Consentimento informado livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Ansiedade dos enfermeiros do serviço de urgência face ao novo Coronavírus.

Enquadramento: Estudo a realizar no serviço de urgência Médico Cirúrgica de um Centro Hospitalar, efetuado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, sob a orientação do Professor Rui Manuel Freitas Novais.

Explicação do estudo: Solicita-se a sua colaboração no preenchimento de um questionário constituído por 2 partes. A primeira parte é constituída por questões que possibilitem a sua caracterização sociodemográfica, profissional e contextual, a segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. O questionário será entregue pela Enfermeira Gestora em envelope branco fechado e recolhido de igual forma dentro do serviço onde trabalha. Não há contacto direto entre a investigadora e o participante.

Condições e financiamento: Não há pagamentos ou financiamentos envolvidos, não há deslocações visto ser preenchido no local e horário de trabalho. A sua participação é totalmente voluntária e não terá qualquer risco associado, com ausência total de prejuízos caso não queira participar e pode abandonar o estudo em qualquer altura e sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: As informações obtidas destinam-se à Investigação, sendo garantida a confidencialidade e anonimato na sua utilização e divulgação. O esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir será feito em ambiente de privacidade.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo, por escrito, dirigindo notificação ao Encarregado de Proteção de Dados da Universidade do Minho (protecaodados@uminho.pt).

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Sónia Marisa da Rocha Moreira, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, estudante do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Telemóvel: 919759854

PG39144@alunos.uminho.pt

Assinatura:

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

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 neste estudo 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 esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE