



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Motivações dos enfermeiros para o uso dos psicofármacos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Carla Maria Lopes Ferreira

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

DEZEMBRO 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Motivações dos enfermeiros para o uso dos psicofármacos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Carla Maria Lopes Ferreira

Sob a Orientação da Prof. Doutor Paulo Cesar Azevedo
Dias

Agradecimentos

Depois deste longo percurso de cinco anos, esta dissertação representa o fechar de um ciclo, em busca do tão desejado e tão ambicionado diploma, que simboliza a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Ao longo deste percurso, foram muitos os que contribuíram de variadas formas para que eu chegasse a esta etapa, encorajando-me todos os dias a conseguir este feito.

Deste modo, agradeço, primeiramente, aos meus pais, o meu maior pilar, aqueles que fizeram isto ser possível, não só monetariamente, mas encorajando-me todos os dias com palavras de carinho e de força, de que eu era capaz de tudo o que quisesse, e fui realmente capaz mãe e pai! Por isso o meu maior e mais sincero obrigado a vocês os dois.

Um obrigado também à minha irmã Sara, que é a minha maior amiga, que me deu na cabeça vezes e vezes sem conta para eu não me perder no rumo quando estava difícil, que é a que tem os pés mais assentes no chão, e eu que sou uma voadora, com ela volto á terra. Obrigada, mana, por todos os favores, e todas as vezes que me deste na cabeça.

À minha família, pelo carinho, pelo apoio incondicional, pelas palavras de reforço, pelo orgulho que sempre sentiram em mim. Em especial à Maria e Eduarda, as minhas primas que sempre me encorajam e dizem que eu consigo, que eu sou capaz.

Á minha afilhada, Matilde, que desde que nasceu se tornou o motivo por que tenho ambições na vida, que me encoraja a ser sempre melhor.

Aos meus amigos pelas palavras de encorajamento, em especial àquelas que já são psicólogas, que me ajudaram sempre que eu estava perdida: Mónica Brito e Cátia Paredes.

Ao Dr. Paulo Dias, meu orientador, o meu maior obrigada. Não podia ter melhor orientador. Foi um enorme prazer para mim e uma enorme honra.

Por fim, um enorme obrigada à Universidade Católica que me acolheu e me ensinou esta tão bonita arte do que é a Psicologia.

Resumo

Nos últimos anos, tem se verificado um aumento significativo no uso de psicofármacos. Este aumento é impulsionado por uma variedade de fatores, incluindo mudanças nos padrões de diagnóstico, maior sensibilização a cerca de problemas de saúde mental, aumento do acesso a tratamentos psiquiátricos e psicológicos, bem como pressões sociais e económicas. Este estudo tem como população os enfermeiros, dado que os mesmos enfrentam altos níveis de stress ocupacional devido à natureza exigente do seu trabalho, o que pode levar ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, e deste modo, para lidar com esses sintomas, alguns enfermeiros recorrem à automedicação com psicofármacos, incluindo antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos. Este trabalho teve como objetivo principal compreender quais as motivações que levam os enfermeiros portugueses ao consumo de psicofármacos. Pretendeu-se ainda perceber o que são psicofármacos, bem como quais são os mais utilizados. Estando os enfermeiros expostos a situações de sobrecarga, e outros fatores precipitantes para o uso dos mesmos no seu dia, que levam a ansiedade, depressão e ao stress no trabalho, pretendeu-se analisar também esses três fatores supramencionados previamente nesta população, bem como ainda ter em conta o fator idade e sexo dos participantes. Foram utilizados como instrumentos o Inventário de Ansiedade de Beck, o Inventário de Depressão de Beck, bem como o Nursing Stress Scale (NSS) e o Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos.

Palavras-chave: psicofármacos, enfermeiros, stress, ansiedade, depressão

Abstract

In recent years, there has been a significant increase in the use of psychotropics. This increase is driven by a variety of factors, including changes in diagnostic patterns, increased awareness of mental health problems, increased access to psychiatric and psychological treatments, as well as social and economic pressure. This study aims at the population of nurses, as they face high levels of occupational stress due to the demanding nature of their work, which can lead to the development of mental health problems, such as anxiety and depression, and thus, to deal with these symptoms, some nurses resort to self-medication with psychotropics, including antidepressants, anxiolytics and antipsychotics. The main objective of this work is to understand the motivations that lead Portuguese nurses to consume psychotropics. It is also intended to understand what psychotropics are, as well as which are the most used. As nurses are exposed to situations of overload, and other factors that trigger their use in their day, which lead to anxiety, depression and stress at work, we also intend to analyze these three previously mentioned factors in this population, as well as take into account the age and gender of the participants. The Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, as well as the Nursing Stress Scale (NSS) and the Questionnaire on Reasons for Using Psychotropics will be used as instruments.

Keywords: psychotropics, nurses, stress, anxiety, depression

Índice

Resumo.....	1
Abstract.....	2
Índice.....	3
Introdução.....	5
1) Enquadramento Teórico.....	7
1.1) Psicofármacos.....	7
1.1.1) Antidepressivos.....	7
1.1.2) Antipsicóticos.....	8
1.1.3) Ansiolíticos.....	9
1.1.4) Estabilizadores de Humor.....	10
1.2) Consumo de psicofármacos por parte dos enfermeiros.....	11
2) Metodologia.....	13
2.1) Objetivos e Desenho do Estudo	13
2.2) Questões de Investigação.....	14
2.3) Amostragem e População.....	14
2.4) Instrumentos.....	15
2.4.1) Inventário de Ansiedade de Beck.....	15
2.4.2) Inventário de Depressão de Beck.....	16
2.4.3) Escala de Stress de Enfermeiros (NSS).....	16
2.4.4) Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos.....	17
2.5) Procedimentos de recolha e análise de dados	18
3) Resultados.....	19
3.1) Estatísticas descritivas e teste t do Inventário de Ansiedade de Beck.....	19
3.2) Estatísticas descritivas e teste t do Inventário de Depressão de Beck.....	20

3.3) Consumo de psicofármacos por ansiedade entre enfermeiros.....	21
3.4) Consumo de psicofármacos por depressão entre enfermeiros.....	23
3.5) Consumo de psicofármacos para auxiliar o sono entre enfermeiros.....	24
3.6) Fatores de stress no trabalho entre enfermeiros.....	25
3.7) Consumo de psicofármacos em função do sexo entre enfermeiros.....	28
3.8) Consumo de psicofármacos por área de atuação entre enfermeiros.....	29
4) Discussão.....	31
Conclusão.....	35
Referências Bibliográficas.....	37
Anexos.....	43
Anexo I.....	44
Anexo II.....	45
Anexo III.....	46
Anexo IV.....	48
Anexo V.....	50

Introdução

O uso de psicofármacos tem vindo a crescer de forma consistente nas últimas décadas, constituindo um fenómeno de grande relevância para a saúde pública e para a compreensão do bem-estar psicológico das populações. Este aumento reflete não apenas a maior prevalência de perturbações mentais, mas também avanços na psicofarmacologia, maior sensibilização social para a saúde mental, alterações nas práticas clínicas e maior acessibilidade a serviços de saúde (Brauer et al., 2021). A expansão de novas gerações de antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e estabilizadores de humor, com perfis farmacológicos mais seguros e eficazes, contribuiu igualmente para esta tendência (Bozzatello et al., 2025), tornando os psicofármacos um recurso frequente no tratamento de perturbações como ansiedade, depressão, perturbações relacionadas com o stress, perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações bipolares.

Embora o aumento do consumo de psicofármacos possa ser interpretado como resultado de maior capacidade diagnóstica e de práticas terapêuticas mais eficazes, tem também levantado preocupações relativamente ao uso excessivo, inadequado ou não supervisionado, sobretudo em grupos profissionais expostos a elevados níveis de stress ocupacional (Moynihan et al., 2013). Entre estes grupos, os enfermeiros constituem uma população particularmente vulnerável. Diversos estudos internacionais evidenciam que os profissionais de enfermagem enfrentam níveis substanciais de desgaste emocional, pressão assistencial, exigências físicas e cognitivas intensas, contacto permanente com o sofrimento, morte e tomada de decisões críticas, fatores que contribuem para sintomas de ansiedade, depressão e burnout (Woo et al., 2020; Shah et al., 2021).

No contexto português, a realidade não é diferente. A elevada carga de trabalho, as longas jornadas, a escassez de recursos humanos, a imprevisibilidade clínica e a

responsabilidade ética inerente ao cuidar tornam os enfermeiros um grupo em risco para perturbações psicológicas. Estas exigências são particularmente relevantes quando se considera que o sofrimento emocional acumulado pode conduzir a comportamentos de coping desadaptativos, entre os quais o recurso à automedicação, uso continuado de ansiolíticos para lidar com ansiedade e insónias, ou antidepressivos para regular alterações do humor. Este fenómeno foi igualmente observado na amostra desta investigação, onde vários enfermeiros relatam usar psicofármacos como estratégia para lidar com ansiedade, depressão, insónias, ou para conseguir suportar as exigentes jornadas laborais

Compreender as motivações que conduzem os enfermeiros ao consumo de psicofármacos revela-se, portanto, fundamental para a Psicologia Clínica e da Saúde. Este conhecimento permite identificar fatores de risco, compreender padrões emocionais e comportamentais, e promover intervenções preventivas ao nível individual, institucional e organizacional. Permite também contribuir para políticas de saúde ocupacional mais eficazes, capazes de reduzir o impacto negativo do stress laboral e de promover ambientes de trabalho psicologicamente seguros.

Neste contexto, a presente investigação tem como objetivo central compreender as motivações que levam enfermeiros portugueses ao consumo de psicofármacos. Além disso, pretende analisar a prevalência de ansiedade, depressão e fatores de stress laboral nesta população, identificar os psicofármacos mais utilizados, explorar diferenças no consumo em função do sexo e da área de atuação profissional, e compreender até que ponto estes profissionais recorrem à medicação para gerir ansiedade, depressão ou insónias. Para tal, recorrem-se a instrumentos amplamente utilizados e validados, como o Beck Anxiety Inventory (BAI), o Beck Depression Inventory (BDI) e o Nursing Stress Scale (NSS).

Ao abordar este fenómeno numa perspetiva psicossocial e clínica, esta investigação procura não apenas caracterizar um problema crescente, mas também contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, promoção da saúde mental e apoio psicológico dirigidas aos enfermeiros. Assim, esta tese assume relevância científica, social e profissional, oferecendo uma análise aprofundada das relações entre exigências laborais, sofrimento emocional e uso de psicofármacos.

1) Enquadramento teórico

1.1) Psicofármacos: para que servem?

Os psicofármacos são essenciais no tratamento de muitas doenças psicológicas e psiquiátricas, como a depressão, ansiedade, esquizofrenia, perturbação bipolar, perturbação obsessivo-compulsiva, entre outras. Estes medicamentos aliviam os sintomas e melhoram a qualidade de vida dos pacientes por meio da mudança dos processos neuroquímicos no cérebro. Com base em literatura acadêmica recente, este texto examina os principais tipos de psicofármacos, bem como os seus mecanismos de ação, efeitos colaterais e considerações clínicas (Stahl, 2013). Existem várias categorias de psicofármacos, entre eles podemos destacar as seguintes: Antidepressivos; Antipsicóticos; Ansiolíticos; Estabilizadores de Humor.

1.1.1) Antidepressivos

Geralmente os antidepressivos são utilizados para tratar a depressão e outras perturbações de humor (Köhler-Forsberg, O., et al., 2023). Eles podem ser classificados em várias categorias, incluindo inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSN), antidepressivos tricíclicos (ATCs) e inibidores da monoamina oxidase (IMAO). Os ISRS, como a fluoxetina e a sertralina, aumentam a disponibilidade de serotonina na sinapse, melhorando o humor e a ansiedade (Stahl, 2013).

Porém, estes acarretam consigo riscos no seu uso. Um dos principais riscos associados ao uso de antidepressivos são os efeitos colaterais comuns, que podem variar de acordo com a classe do medicamento. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como fluoxetina e sertralina, são frequentemente associados a náuseas, insônia, boca seca e ganho de peso (Mayo Clinic, 2021). Antidepressivos tricíclicos (ATCs), como amitriptilina, podem causar constipação, visão turva e sonolência. A síndrome serotoninérgica é outro risco grave, embora raro, associado ao uso de antidepressivos. Esta condição, potencialmente fatal, ocorre quando os níveis de serotonina no cérebro se tornam excessivamente elevados, geralmente devido à combinação de antidepressivos com outros medicamentos que aumentam a serotonina, como certos analgésicos e suplementos dietéticos. Os sintomas da síndrome serotoninérgica incluem agitação, alucinações, taquicardia e aumento da temperatura corporal (Boyer & Shannon, 2005). Um outro fator, é que embora os antidepressivos não sejam geralmente considerados viciantes, a interrupção abrupta ou a redução rápida da dosagem pode levar à síndrome de abstinência. Esta condição pode manifestar-se através de sintomas como tontura, dor de cabeça, náuseas, irritabilidade e pesadelos.

Estes sintomas podem ser graves e durar várias semanas, destacando a importância de uma descontinuação gradual sob supervisão médica (Fava & Gatti, 2010). É ainda de acrescentar que os antidepressivos tricíclicos, em particular, têm sido associados a efeitos adversos cardiovasculares. Estes incluem arritmias, hipotensão ortostática e um aumento de risco de infarto do miocárdio, especialmente em pacientes com condições cardíacas pré-existentes (Vieweg & Julius, 2005).

1.1.2) Antipsicóticos

Os antipsicóticos são, por norma, utilizados no tratamento de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, como a perturbação obsessivo-compulsiva. Eles podem ser divididos

em antipsicóticos típicos e atípicos. Os antipsicóticos típicos, como o haloperidol, bloqueiam os receptores de dopamina D2, reduzindo sintomas positivos como alucinações e delírios. Os antipsicóticos atípicos, como a risperidona e a olanzapina, além de bloquearem os recetores D2, também atuam em recetores de serotonina (Kane et al., 2019). Um dos principais riscos associados ao uso de antipsicóticos é o desenvolvimento de efeitos colaterais extrapiramidais, que são distúrbios do movimento semelhantes aos observados na doença de Parkinson. Esses efeitos incluem tremores, rigidez muscular, bradicinesia e acatisia. Embora sejam mais comuns com os antipsicóticos típicos, os antipsicóticos atípicos também podem causar esses sintomas, embora em menor intensidade (Correll & Schenk, 2008). Outro risco significativo é a síndrome neuroléptica maligna (SNM), uma condição rara, mas potencialmente fatal, caracterizada por febre alta, rigidez muscular, alteração do estado mental e disfunção autonômica. A SNM requer intervenção médica imediata e a descontinuação do antipsicótico (Strawn, Keck, & Caroff, 2007). Os antipsicóticos também podem causar ganho de peso significativo e alterações metabólicas, como hiperglicemia e dislipidemia. Esses efeitos são particularmente preocupantes com antipsicóticos atípicos, como olanzapina e clozapina, e podem aumentar o risco de diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares (Newcomer, 2007).

1.1.3) Ansiolíticos

Os ansiolíticos são usados principalmente para tratar perturbações de ansiedade. Os benzodiazepínicos, como o diazepam e o alprazolam, aumentam a atividade do GABA, um neurotransmissor inibitório, proporcionando um efeito calmante (Bandelow et al., 2015). Um dos principais riscos associados ao uso de ansiolíticos é a dependência. As benzodiazepinas, como diazepam, lorazepam e alprazolam, são conhecidas pelo seu potencial de causar dependência física e psicológica, especialmente quando usadas por períodos prolongados ou em doses elevadas (Lader, 2011). Além da dependência, os ansiolíticos podem causar

sedação excessiva, o que pode comprometer a capacidade de realizar atividades diárias, como conduzir ou operar máquinas. Essa sedação é particularmente perigosa em idosos, que são mais suscetíveis a quedas e fraturas como resultado do comprometimento da coordenação motora e do equilíbrio (Tannenbaum et al., 2012). Outro risco significativo é o comprometimento cognitivo. O uso crônico de benzodiazepinas tem sido associado a déficits na memória e na função executiva. Estudos sugerem que esses efeitos podem ser duradouros, persistindo mesmo após a descontinuação do medicamento (Barker et al., 2004). Esse comprometimento cognitivo pode afetar a qualidade de vida e a capacidade funcional, especialmente em populações mais velhas.

1.1.4) Estabilizadores de Humor

Os estabilizadores de humor são uma classe de medicamentos utilizados principalmente para tratar e prevenir os episódios de mania e depressão associados ao transtorno bipolar (Geddes & Miklowitz, 2013). Eles também são utilizados em alguns casos de transtorno esquizoafetivo e, menos frequentemente, em outros transtornos psiquiátricos para controlar a instabilidade do humor (Goodwin & Jamison, 2007). Os mais comuns são o lítio e os anticonvulsivantes, por exemplo, o valproato e a lamotrigina. (Malhi et al., 2017). O lítio, apesar de ser altamente eficaz na prevenção de episódios maníacos e depressivos, está associado a uma gama de efeitos colaterais. A toxicidade do lítio é uma preocupação significativa, pois a margem terapêutica é estreita (Bauer & Gitlin, 2016). Os sinais de toxicidade incluem náusea, tremores, confusão, e, em casos graves, convulsões e coma (Geddes et al., 2004). Além disso, o uso prolongado de lítio pode levar a complicações renais, como a nefropatia intersticial crônica, e a hipotireoidismo (McKnight et al., 2012). Os anticonvulsivantes usados como estabilizadores de humor, como o valproato, a carbamazepina e a lamotrigina, também apresentam riscos. O valproato está associado a

efeitos colaterais como ganho de peso, tremores, e, mais gravemente, hepatotoxicidade e pancreatite (Bowden et al., 2010). A carbamazepina pode causar agranulocitose e anemia aplástica, condições que requerem monitorização hematológica frequente (Rogawski & Löscher, 2004). A lamotrigina, embora geralmente bem tolerada, pode causar uma reação cutânea grave conhecida como síndrome de Stevens-Johnson, especialmente nas fases iniciais do tratamento ou quando a dosagem é aumentada rapidamente (Calabrese et al., 2002).

1.2) Consumo de psicofármacos por parte dos enfermeiros

O uso de psicofármacos por profissionais de saúde, em particular por enfermeiros, tem sido objeto de crescente interesse e preocupação na literatura, dado o seu impacto na saúde mental, na qualidade de vida e na relação com fatores como stress ocupacional, *burnout* e condições de trabalho (Pitacho et al., 2024). Os enfermeiros convivem diariamente com pacientes doentes no ambiente hospitalar, tornando-se suscetíveis a situações de stress devido à elevada carga de trabalho, bem como horários excessivos e ao estilo de vida irregular. Além do desgaste físico e mental, a falta de apoio dos colegas e superiores agrava essas dificuldades (EPE, Enfermagem, Bragança, Portugal., 2024). A jornada de trabalho excessiva afeta significativamente a qualidade de vida desses profissionais, resultando em cansaço, diminuição da capacidade de trabalho e raciocínio, além do desenvolvimento de distúrbios do sono, alterações de humor, perturbações de ansiedade e depressão (Costa & Santos, 2019). Segundo Khamisa et al. (2015) os enfermeiros assistem de perto ao sofrimento dos pacientes. A estes fatores acrescenta-se ainda o facto de receberem baixos salários e de frequentemente enfrentarem duplas jornadas de trabalho (Costa & Santos, 2019). É importante destacar que, em unidades de saúde com pacientes gravemente doentes ou instáveis, como na Unidade de Urgência e Emergência, os profissionais convivem diariamente com a dor dos outros e a morte, experiências que são potencialmente stressantes e agoniantes (Santos, et al., 2023).

Esse cenário pode levar os profissionais a buscarem alternativas individuais para lidar com o cansaço, a dor e a falta de lazer decorrentes dos múltiplos fatores previamente citados. Uma das estratégias é a automedicação entre esses profissionais, que frequentemente recorrem aos psicofármacos como primeira opção para restabelecer o equilíbrio mental (Santos, et al., 2023). Os enfermeiros possuem fácil acesso a medicamentos psicofármacos e tendem a se automedicar, ajustando a dosagem conforme os seus próprios critérios. Esse acesso é facilitado pela possibilidade de obter receitas de médicos com os quais mantêm relações interpessoais, muitas vezes sem o acompanhamento necessário para um tratamento seguro e eficaz (Costa & Santos, 2019). Segundo Edwards et al. (2015), a automedicação com antidepressivos, ansiolíticos, e hipnóticos por parte dos enfermeiros tem vindo a ser uma prática comum. Os psicofármacos mais frequentemente utilizados pelos enfermeiros são os antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos. Antidepressivos, como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, são usados para tratar sintomas de depressão e ansiedade. Ansiolíticos, particularmente os benzodiazepínicos, são utilizados para aliviar a ansiedade e promover o relaxamento. Hipnóticos, como o zolpidem, são usados para tratar distúrbios do sono (Baldwin et al., 2013).

Os enfermeiros constituem um grupo profissional com exposição crónica a cargas físicas e psicossociais, frequentemente sujeitos a sobrecarga de trabalho, turnos prolongados, contacto com sofrimento e morte, e condições laborais percecionadas como pouco favoráveis. Estudos nacionais têm documentado níveis elevados de stress, burnout e sintomatologia ansiosa e depressiva nesta população (Pinho et al., 2021)

Porém, o uso de psicofármacos sem a supervisão médica adequada pode levar a uma série de riscos, incluindo dependência, tolerância e efeitos colaterais adversos. A automedicação pode camuflar sintomas subjacentes, retardando o diagnóstico e o tratamento adequado. Além

disso, o uso inadequado de psicofármacos pode comprometer a capacidade dos enfermeiros de desempenhar as suas funções de forma segura e eficaz, colocando em risco a segurança dos pacientes (Bramness et al., 2014). O uso de psicofármacos entre os enfermeiros para uso pessoal é um problema complexo que requer atenção urgente. A sobrecarga de trabalho e o stress ocupacional são fatores-chave que contribuem para essa prática. É crucial que as instituições de saúde forneçam suporte adequado e implementem políticas de saúde mental para prevenir a automedicação e garantir o bem-estar dos enfermeiros (Bramness et al., 2014).

2) Metodologia

A seguir, será apresentado o desenho, objetivos gerais e específicos, as questões de investigação, a caracterização da amostra, os instrumentos, bem como os procedimentos utilizados no estudo. Por último, serão expostos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

2.1) Objetivos e Desenho do estudo

Em termos de objetivos, esta investigação pretende compreender principalmente quais as motivações que levam os enfermeiros ao consumo de psicofármacos, perceber qual a prevalência de determinadas perturbações como ansiedade e depressão compreender se os enfermeiros utilizam psicofármacos para a ansiedade, para a depressão e para as insónias, compreender quais os fatores mais stressantes no trabalho de um enfermeiro, e por fim, perceber quais as áreas de intervenção e o sexo que mais utiliza os psicofármacos.

Assim, do ponto de vista metodológico, esta investigação é de natureza transversal, uma vez que os dados foram recolhidos em apenas um momento através de questionários (Fortin, 2009). Tem como base a metodologia quantitativa, sendo esta caracterizada pelo positivismo e objetivismo, de medição controlada, está orientada para a comprovação, confirmação e resultado, é hipotético dedutiva, precisa e fiável através da validação científica

(Fortin, 2009). O estudo assenta no desenho descritivo correlacional, dado que explora relações entre variáveis com o intuito de as descrever.

2.2) Questões de Investigação

Com base nos objetivos supramencionados foram definidas as seguintes questões de investigação:

Q11: Há uma grande prevalência de ansiedade nos enfermeiros?

Q12: Há uma grande prevalência de depressão nos enfermeiros?

Q13: Os enfermeiros consomem psicofármacos para aliviar a ansiedade?

Q14: Os enfermeiros consomem psicofármacos para lidar com a depressão?

Q15: Os enfermeiros consomem psicofármacos para auxiliar a dormir?

Q16: Qual o fator que causa mais stress no trabalho aos enfermeiros?

Q17: O consumo de psicofármacos em enfermeiros varia em função do sexo?

Q18: O consumo de psicofármacos varia em função da área da saúde onde se atua?

Foram definidas como variáveis independentes, o género, idade, estado civil, tipo de contrato, área em que atua. Como variáveis dependentes o consumo de psicofármacos e as motivações que levam ao consumo de psicofármacos.

2.3) Amostragem e População

O estudo contou com a participação de **101 enfermeiros**, recrutados através de um formulário online disponibilizado em redes sociais e plataformas profissionais associadas à área da enfermagem. A amostragem foi **não probabilística por conveniência**, uma vez que o objetivo principal consistia em alcançar profissionais em exercício ativo de funções e disponíveis para participar voluntariamente. Este tipo de amostragem é frequente em estudos exploratórios em contexto ocupacional e permite a recolha de dados de forma ágil, embora implique limitações ao nível da generalização dos resultados.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro no ativo; exercer funções em contexto clínico ou comunitário; aceitar participar voluntariamente no estudo; ter mais de 18 anos.

Foram excluídos participantes que não completaram integralmente o questionário ou que não exerciam a profissão no momento da resposta.

A amostra final incluiu enfermeiros de ambos os sexos, com predomínio do sexo feminino, refletindo a composição típica da profissão a nível nacional. Os participantes exerciam funções em diferentes áreas (ex.: cuidados intensivos, urgência, internamento, bloco operatório, cuidados primários), permitindo a análise exploratória de possíveis variações no consumo de psicofármacos em função da área de atuação.

2.4) Instrumentos

A recolha de dados foi realizada através de um questionário composto por quatro instrumentos psicométricos validados e um conjunto de questões sociodemográficas elaboradas pelos autores. Os instrumentos utilizados foram selecionados pela sua validade, fiabilidade e ampla utilização em estudos de saúde mental na população adulta.

Para realização do estudo foi aplicado um inquérito online composto por um questionário sociodemográfico, e escalas selecionadas para avaliação da medicação do consumo de psicofármacos, sendo elas o Inventário de Ansiedade de Beck, o Inventário de Depressão de Beck, bem como o Nursing Stress Scale (NSS) e o Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos.

2.4.1) Inventário de Ansiedade de Beck

Desenvolvido por Beck et al. (1988) e adaptado para a população portuguesa por Pinto-Gouveia, J., & Soares, J. M. (2002) é um questionário de autorrelato utilizado para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo. A versão portuguesa desta é composta por

21 itens. Este é um instrumento psicológico que avalia a intensidade dos sintomas de ansiedade vivenciados pela pessoa nas últimas semanas. Avalia sintomas físicos, emocionais e cognitivos da ansiedade, como: Sensação de medo ou pânico; Tensão muscular; Sudorese; Palpitações; Tontura; Tremores; Sensação de sufocação; Preocupação intensa; entre outros.

Cada item é avaliado numa escala de 0 a 3, onde: 0 = Nunca; 1 = Levemente (não me incomodou muito); 2 = Moderadamente (foi muito desagradável, mas eu poderia suportar); 3 = Severamente (não pude suportar).

A pontuação total pode variar de 0 a 63, com pontuações mais altas indicando maior gravidade da ansiedade.

2.4.2) Inventário de Depressão de Beck

Desenvolvido por Beck et al. (1996) e adaptado para a população portuguesa por Pereira e Marques, (1994), é um questionário de autorrelato utilizado para medir a severidade de episódios depressivos. Este é composto por 21 itens. Cada item é avaliado numa escala de 0 a 3, onde um número maior indica maior gravidade do sintoma. A pontuação total pode variar de 0 a 63, com pontuações mais altas indicando maior gravidade da depressão. Um número maior indica maior gravidade do sintoma. A pontuação total pode variar conforme os intervalos onde se encontra: 0-13: Depressão mínima; 14-19: Depressão leve; 20-28: Depressão moderada; 29-63: Depressão grave.

2.4.3) Escala de Stress dos Enfermeiros (NSS)

A Nursing Stress Scale (NSS) ou Escala de Stress dos Enfermeiros, originalmente desenvolvida por Gray-Toft e Anderson (1981), é uma ferramenta específica para medir o stress ocupacional entre enfermeiros. A versão portuguesa de Portugal foi adaptada por Santos (2010). Esta escala é utilizada para identificar fontes de stress no ambiente de trabalho

por parte dos enfermeiros, permitindo intervenções direcionadas para melhorar a saúde e o bem-estar desses profissionais de saúde.

É composta por 34 itens, divididos em sete subescalas que refletem diferentes fontes de stress no trabalho de enfermagem, sendo estas: Morte e Sofrimento (avalia situações associadas a cuidar de pacientes a falecer, lidar com a morte, sofrimento ou terminalidade); Conflito com Médicos (avalia Tensões, desentendimento, ou dificuldades de comunicação/cooperação com médicos); Preparação insuficiente/ Sentir-se mal preparado (avalia a sensação de não estar preparado para certas tarefas, falta de formação ou insegurança técnica); Falta de apoio da equipa (avalia a perceção de pouco suporte dos colegas ou da instituição- falta de ajuda , supervisão); Conflito com outros enfermeiros (avalia problemas de relacionamento, desentendimentos ou tensões dentro da equipa de enfermagem); Carga de trabalho (avalia situações de sobrecarga, pressão de tempo, demandas altas); e por fim, Incerteza quando ao tratamento/ Incerteza quanto aos cuidados (avalia ambiguidade ou incerteza sobre decisões de tratamento, mudanças nos cuidados, responsabilidade ou tomadas de decisões).

Este questionário é de grande importância pois é conseguido identificar quais áreas de rotina de trabalho são mais stressantes para os enfermeiros.

2.4.4) Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos

O Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos foi adaptado por Ferreira (2024) a partir do Motives for the Use of Psychedelics Questionnaire (MUSPQ) desenvolvido por uma equipa de investigadores liderada por Harriet De Wit na Universidade de Chicago. Este questionário é utilizado para avaliar as motivações das pessoas para o uso de substâncias psicodélicas, especialmente aquelas que afetam o sistema serotoninérgico, como o LSD e a psilocibina.

Neste questionário “Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos”, adaptado por Ferreira (2024) é um questionário composto por 10 questões. Sendo que 5 são de resposta fechada (sim/não), e 5 de resposta curta, onde se questiona, “qual o motivo?”.

Este visa perceber quais as motivações que levam ao consumo dos psicofármacos, tais como ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor.

2.5) Procedimentos de recolha e análise de dados

O questionário foi publicado via online, por meio da plataforma Google Forms e posteriormente divulgado nas redes sociais (Facebook, Instagram, WhatsApp), bem como ainda divulgado através de várias pessoas conhecidas que exercem a profissão de enfermagem e pedido para divulgar. O inquérito foi composto por um questionário sociodemográfico, pela versão portuguesa do Beck Anxiety Inventory (BAI) de Beck et al., (1988); tradução e adaptação Pinto-Gouveia & Soares (2002); o Inventário de Depressão de Beck de Beck et al. (1996) traduzido e adaptado por Pereira, M. G., & Marques, A. E. (1994); o Nursing Stress Scale (NSS), originalmente desenvolvida por Gray-Toft e Anderson (1981), adaptada e traduzido por Santos (2010).

Como se observa no Anexo I iniciou-se solicitando o preenchimento do consentimento informado, juntamente com algumas informações como anonimato das respostas, seguido de um questionário sociodemográfico, composto por informações relacionadas com o sexo, idade, estado civil, entre outros.

Os dados foram analisados tendo em vista a necessidade de dar resposta aos objetivos previamente propostos. Inicialmente, foram inspecionados os pressupostos subjacentes à utilização dos testes paramétricos, especialmente a normalidade da distribuição das variáveis intervalares. As análises de normalidade dos dados são uma etapa crucial em muitos estudos estatísticos, incluindo pesquisas que envolvem análises de correlação, testes T e análises de variância (ANOVA). Estas análises visam verificar se os dados seguem uma distribuição

normal, o que é uma suposição fundamental para muitos métodos estatísticos paramétricos (Field, 2018; Pallant, 2016).

Posteriormente os dados referentes á amostra deste estudo foram submetidos a tratamento específico, através do programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na sua versão mais recente, versão 28, para análise dos mesmos.

3) Resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados decorrentes da presente investigação, considerando as questões de investigação, relacionando as variáveis principais (o consumo de psicofármacos e as motivações que levam ao consumo de psicofármacos) com as variáveis sociodemográficas presentes no estudo.

3.1) Estatísticas descritivas e teste t do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Nesta questão de investigação “Há uma grande prevalência de ansiedade nos enfermeiros?” foi utilizado o BAI (Beck Anxiety Inventory) que avalia a ansiedade numa escala de 21 itens. Para tal utilizou-se o teste t de uma amostra que é o mais adequado, dado que a variável é contínua e a amostra são os enfermeiros. Para tal foram recodificadas as pontuações, analisadas as estatísticas descritivas e comparadas com o ponto de corte ($\mu_0 = 16$), por fim foi aplicado o teste t de uma amostra, e interpretados os resultados.

A tabela seguinte apresenta as estatísticas descritivas e o resultado do teste t de uma amostra para a pontuação total do BAI aplicado aos enfermeiros. O ponto de corte de referência considerado foi 16, correspondente ao limite entre ansiedade ligeira e moderada.

Tabela 1.

Prevalência de ansiedade nos enfermeiros com base no Beck Anxiety Inventory.

N	M	DP	t(100)	p	IC95%
101	11,55	12,58	-3,56	0,001	[-7,00 ; -1,89]

Nota. Teste t de uma amostra comparando a média observada com o ponto de corte de 16 (limite entre ansiedade ligeira e moderada) (Beck, A. T., & Steer, R. A., 1993).

Os resultados revelaram que a diferença entre a média observada e o valor de referência foi estatisticamente significativa, $t(100) = -3,56$, $p = 0,001$. O intervalo de confiança a 95% para a diferença situou-se entre -7,00 e -1,89, confirmando que a média do grupo se encontra significativamente abaixo do ponto de corte definido. Assim, conclui-se que, globalmente, os enfermeiros apresentaram níveis de ansiedade inferiores ao limiar clínico considerado indicativo de sintomatologia ansiosa relevante.

3.2) Estatísticas descritivas e teste t do Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Para a seguinte questão de investigação “Há uma grande prevalência de depressão nos enfermeiros?” foi analisado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) com 21 grupos de respostas, foram recodificadas as respostas novamente sendo 0 o menos severo e 3 o mais grave, tal como na questão de investigação anterior, foram analisadas as estatísticas descritivas e comparadas com o ponto de corte clínico ($\mu_0 = 14$). Para tal, foi utilizado o Programa Estatístico SPSS.

Na tabela seguinte, podemos observar as estatísticas descritivas bem como o resultado do teste t de uma amostra para a pontuação total do Inventário de Depressão de Beck (BDI) aplicado a uma amostra de enfermeiros. O ponto de corte de referência considerado foi 14, correspondente ao limite entre ausência de depressão ligeira e depressão ligeira.

Tabela 2.

Prevalência de depressão nos enfermeiros com base no Beck Depression Inventory (BDI.)

N	M	DP	t(100)	p	IC95%
101	14,55	10,09	0,55	0,582	[-1,46 ; 2,56]

Nota. Teste t de uma amostra comparando a média observada com o ponto de corte de 14 (limite entre ausência de depressão e depressão ligeira)

Para responder à questão procedeu-se à análise do Inventário de Depressão de Beck (BDI), composto por 21 grupos de respostas previamente recodificados numa escala de 0 a 3, em que valores superiores correspondem a maior intensidade sintomática. À semelhança do procedimento adotado na questão de investigação anterior, calcularam-se as estatísticas descritivas da pontuação total e comparou-se a média observada com o ponto de corte clínico estabelecido ($\mu_0 = 14$), este foi fornecido previamente na literatura de Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996), representativo do limiar entre ausência de depressão e depressão ligeira. Para este efeito, utilizou-se o programa estatístico SPSS. Os resultados evidenciam que a média de depressão da amostra ($M = 14,55$; $DP = 10,09$) não difere significativamente do valor de referência, conforme demonstrado pelo teste t de uma amostra, $t(100) = 0,55$, $p = 0,582$, com intervalo de confiança a 95% entre $-1,46$ e $2,56$. Estes dados indicam que a intensidade sintomática apresentada pelos enfermeiros se situa dentro dos limites esperados para a população clínica de referência, não se verificando, portanto, evidência estatística de uma prevalência agravada de depressão na amostra estudada.

3.3) Consumo de psicofármacos por ansiedade entre enfermeiros

Em resposta a Questão de Investigação “Os enfermeiros consomem psicofármacos para aliviar a ansiedade?” trata-se de uma análise descritiva, sendo o facto de “alguma vez consumir ansiolíticos?” uma nominal dicotómica. Deste modo é possível recodificar as respostas “sim” ou “não” para 1/0, analisar as frequências ou percentagens e aplicar um teste de proporções, no caso o teste z para proporções únicas.

A tabela que se encontra a seguir, apresenta os resultados da análise relativa ao consumo de psicofármacos, com base nas respostas ao questionário, com o objetivo de verificar se existe uma grande prevalência de consumo de psicofármacos para aliviar a ansiedade.

Tabela 3.

Consumo de psicofármacos para alívio da ansiedade entre enfermeiros.

	Valor Absoluto	Percentagem (%)
Total de enfermeiros	101	100%
Já consumiram algum psicofármaco	48	47,5%
Consumiram especificamente por ansiedade	36	35,6%

Nota. Teste z para proporções únicas ($H_0: p = 0,5$; $H_1: p > 0,5$). Resultados: $z = -2,90$, $p = 0,002$ (unilateral).

Verificou-se que 47,5% dos enfermeiros referem já ter consumido psicofármacos, sendo que 35,6% indicaram fazê-lo especificamente para aliviar a ansiedade. O Teste z revelou que esta proporção é significativamente inferior a 50% ($z = -2,90$, $p = 0,002$), pelo que não se verifica uma grande prevalência de consumo de psicofármacos para ansiedade na amostra estudada, ainda que se deva ter em atenção, dado que são dados um pouco altos, mesmo que não atingidos os 50%.

3.4) Consumo de psicofármacos por depressão entre enfermeiros

Tal como na Questão de Investigação anterior, em resposta á Questão de Investigação “Os enfermeiros consomem psicofármacos para lidar com a depressão?” trata-se de uma análise inferencial descritiva. Deste modo será utilizado de novo o teste z para proporções únicas para a análise estatística desta questão no SPSS. Na tabela seguinte, serão apresentados os resultados da análise relativa ao consumo de psicofármacos, de qualquer categoria, para fins de uso para a depressão, com base nas respostas ao questionário aplicado. Este tem o objetivo de verificar se existe grande prevalência de consumo de psicofármacos para lidar com a depressão.

Tabela 4.

Consumo de psicofármacos para a depressão entre enfermeiros.

	Valor Absoluto	Percentagem (%)
Total de enfermeiros	101	100%
Já consumiram algum psicofármaco	48	47,5%
Consumiram especificamente por depressão	16	15,8%

Nota. Teste z para proporções únicas ($H_0: p = 0,5$; $H_1: p < 0,5$). Resultados: $z = -6,90$, $p < 0,001$ (unilateral).

É possível então verificar que 47,5% dos enfermeiros da amostra referiram já ter consumido psicofármacos, sendo que apenas 15,8% indicaram fazê-lo, com qualquer um de qualquer categoria (ansiolítico, antidepressivo, antipsicótico, estabilizador de humor, ou outro) para lidar com a depressão. O teste z revela então que esta proporção é significativamente inferior a 50% ($z = -6,90$, $p < 0,001$), pelo que não se confirma uma grande prevalência do consumo de psicofármacos para a depressão na amostra estudada. É de ter em consideração que dado que os resultados à Questão de Investigação 2 “Há uma grande prevalência de depressão nos enfermeiros?” que foi levemente elevado, significa que não há muitos enfermeiros que recorram a psicofármacos para lidar com a depressão.

3.5) Consumo de psicofármacos para auxiliar o sono entre enfermeiros

Esta Questão de Investigação “Os enfermeiros consomem psicofármacos para auxiliar a dormir?” será tratada como as anteriores dado que também se trata de uma análise descritiva, por isso será utilizado o teste z para proporções únicas. Na tabela a seguir apresentada podemos observar os resultados da análise relativa ao consumo de psicofármacos entre enfermeiros da amostra, com base no questionário preenchido, com o objetivo de perceber se existe uma grande prevalência do consumo de psicofármacos para auxiliar com insónias ou a dormir.

Tabela 5.

Consumo de psicofármacos para auxiliar no sono entre enfermeiros.

	Valor Absoluto	Percentagem (%)
Total de enfermeiros	101	100%
Já consumiram algum psicofármaco	48	47,5%
Consumiram especificamente para dormir / insónia	13	12,9%

Nota. Teste z para proporções únicas ($H_0: p = 0,5$; $H_1: p < 0,5$). Resultados: $z = -7,47$, $p < 0,001$ (unilateral).

Através da tabela acima é possível verificar de 47,5% dos enfermeiros referem já ter consumido psicofármacos, sendo que apenas 12,9% indicaram fazê-lo para auxiliar o sono ou lidar com insónias. O teste z para proporções únicas revelou que esta proporção é bastante inferior a 50% ($z = -7,47$, $p = < 0,001$), pelo que não se verifica grande prevalência de consumo de psicofármacos para auxiliar a dormir na amostra estudada, ainda que seja um número a ter em atenção.

3.6) Fatores de stress no trabalho entre enfermeiros

No que concerne a Questão de Investigação “Qual o fator que causa mais stress no trabalho aos enfermeiros?”, esta tem uma natureza descritiva e comparativa. Aqui foi examinado o Nursing Stress Scale (NSS) com 34 afirmações, onde se deve referir o grau de stress que determinada situação lhe causa stress no trabalho. Para este exercício foi calculada a média de cada fator considerado como stressante no trabalho, e no fim comparadas entre si, analisados quais os fatores mais stressantes, tal como se pode verificar na tabela a seguir. As

respostas foram avaliadas numa escala de 1 a 4 onde 1= Nunca Aconteceu; 2= Ocasionalmente; 3= Frequentemente; e 4 Muito Frequentemente. As respostas foram dadas consoante o quanto o fator é stressante para a pessoa, e não o quantas vezes lhe aconteceu.

Tabela 6.

Médias do Nursing Stress Scale (NSS).

Fator de Stress	Média (1-4)
Ser criticado por um médico.	1.23
Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos.	3.09
Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos.	3.07
Conflito com um superior hierárquico.	1.28
Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte.	2.63
Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço.	1.48
A morte de um doente.	2.98
Conflito com um médico.	1.25
Receio de cometer erros ao tratar de um doente.	2.78
A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade.	2.08
Ausência do médico quando um doente morre.	1.73
Desacordo em relação ao tratamento de um doente.	1.81
Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais.	2.51
Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente.	1.53

Informação inadequada fornecida pelo médico em relação á situação clinica do doente.	1.73
Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente.	2.58
Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente.	2.33
Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal.	1.61
Ver um doente em sofrimento.	3.54
Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, de outro serviço.	1.20
Sentir falta de preparação para dar apoio as necessidades emocionais do doente.	2.56
Receber críticas de um superior hierárquico.	1.30
Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratatamento de um doente.	1.73
Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente.	2.73
Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, do mesmo serviço.	1.25
Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica.	1.77
Não saber o que deve ser dito ao doente e a sua familia acerca do seu estado e do seu tratamento.	2.53
Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço.	2.48

Nota. Escala de 1 (Nunca Aconteceu) a 4 (Muito Frequentemente). As médias foram calculadas com base nas respostas válidas da amostra dos enfermeiros (n = 101).

Os resultados indicam que o fator que mais frequentemente causa stress no trabalho é “Ver um doente em sofrimento” (M= 3.54), seguido de “Executar procedimentos que os

doentes sentem como dolorosos” (M= 3.09) e “Sentir-te impotente quando um doente não melhora com os tratamentos” (M=3.07).

Estes resultados demonstram que as principais fontes de stress entre os enfermeiros estão associadas ao contacto direto com o sofrimento humano e à dimensão emocional com do cuidado, refletindo a carga psicológica inerente à profissão.

3.7) Consumo de psicofármacos em função do sexo entre enfermeiros

Na seguinte Questão de Investigação “O consumo de psicofármacos em enfermeiros varia em função do sexo?” que é uma questão inferencial e comparativa, tem como variável dependente ou dicotómica o consumo de psicofármacos (sim/não) e a independente ou categórica o sexo (masculino / feminino).

Na seguinte tabela apresenta-se a distribuição do consumo de psicofármacos entre enfermeiros, de acordo com o seu sexo. Este tem como objetivo verificar se o consumo varia significativamente entre homens e mulheres. A análise foi realizada através do Qui-quadrado de Pearson (χ^2).

Tabela 7.

Consumo de psicofármacos consoante o sexo.

Sexo	Não consome	Consome	Total	% que consome
Feminino	36	45	81	55,6%
Masculino	17	3	20	15,0%
Total	53	48	101	—

Nota. Teste do Qui-quadrado de Pearson: $\chi^2(1) = 9,01$, $p = 0,003$. Resultados indicam diferença estatisticamente significativa entre sexos no consumo de psicofármacos.

Observando a tabela, verifica-se que 55,6% das enfermeiras referem consumir psicofármacos, em contraste com apenas 15,0% dos enfermeiros.

O teste do Qui-quadrado de Pearson revelou que esta diferença é estatisticamente significativa ($\chi^2(1) = 9,01$, $p = 0,003$). Conclui-se portanto, que o consumo de psicofármacos varia sim em função do sexo, sendo mais prevalente entre o sexo feminino.

3.8) Consumo de psicofármacos por área de atuação entre enfermeiros

Esta Questão de Investigação “O consumo de psicofármacos varia em função da área da saúde onde se atua?” assemelha-se bastante á anterior, sendo que também é comparativa e inferencial. A sua variável dependente/ dicotómica é o consumo de psicofármacos e a independente/ categórica nominal a área de atuação.

Na tabela seguinte apresenta a distribuição do consumo de psicofármacos entre enfermeiros, de acordo com a área de atuação de saúde. O objetivo desta questão é verificar se o consumo varia significativamente entre diferentes contextos profissionais. A análise foi feita através do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2).

Tabela 8.

Consumo de psicofármacos consoante a área de atuação.

Área de atuação	Não consome	Consome	Total	% que consome
Bloco operatório	1	0	1	0.0

Centro de saúde	2	0	2	0.0
Cirurgia	1	3	4	75.0
Cuidados continuados	4	0	4	0.0
Cuidados continuados longa duração	0	1	1	100.0
Cuidados de saúde primários	0	1	1	100.0
Dermatologia	1	1	2	50.0
Enfermeira geriátrica e gerontológica	1	0	1	0.0
Erpi	0	1	1	100.0
Geriatría	1	2	3	100.0
Ginecologia	1	1	2	50.0
Ginecologia/ obstetricia	2	0	2	0.0
Internamento	0	1	1	100.0
Lar de idosos	0	4	4	100.0
Medicina	1	0	1	0.0
Medicina interna	7	3	10	30.0

Neurologia	1	0	1	0.0
Obstetricia	1	1	2	50.0
Oftalmologia	3	1	4	25.0
Oncologia	1	1	2	50.0
Ortopedia	5	3	8	37.5
Pediatria	1	3	4	75.0
Prestação de tratamentos	1	0	1	0.0
Psiquiatria	6	4	10	33.3
Reabilitação	0	2	2	100.0
Sns 24	1	0	1	0.0
Uls	1	1	2	50.0
Urgência	10	10	20	50.0
Urologia	0	3	3	100.0

Nota. Teste do Qui-quadrado de Pearson: $\chi^2(35) = 41,57$, $p = 0,206$. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no consumo de psicofármacos entre as áreas de atuação.

Analisando a tabela, embora se observem diferenças aparentes nas percentagens de consumo entre as diversas áreas de saúde o teste do Qui-quadrado de Pearson não revelou uma associação estatisticamente significativa entre a área de atuação e o consumo de psicofármacos ($\chi^2(35) = 41,57$, $p = 0,206$).

Assim, conclui-se que o consumo de psicofármacos não varia de forma significativa em função da área onde os enfermeiros exercem atividade profissional.

4) Discussão

A utilização de psicofármacos entre profissionais de saúde, particularmente entre enfermeiros, tem sido amplamente discutida na literatura, dada a elevada exposição deste grupo ocupacional a fatores de stress laboral, cargas emocionais intensas e exigências organizacionais constantes. Diversos estudos demonstram que os enfermeiros apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão, burnout e perturbações do sono quando comparados com a população geral, o que os torna mais vulneráveis ao consumo de psicofármacos como estratégia de regulação emocional e funcional (Letvak et al., 2012; Gómez-Urquiza et al., 2017).

A profissão de enfermagem caracteriza-se por elevados níveis de pressão emocional, contacto frequente com sofrimento humano, situações de urgência, tomada rápida de decisões e, muitas vezes, escassez de recursos profissionais e materiais. Estes fatores estão consistentemente associados ao desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva, tal como reportado em meta-análises internacionais (O'Connor et al., 2018; Woo et al., 2020).

Além disso, os turnos rotativos e o trabalho noturno contribuem para alterações significativas no ciclo sono-vigília, aumentando a probabilidade de insónias e fadiga crónica - condições frequentemente relacionadas com procura de medicação ansiolítica ou hipnótica (Booker et al., 2020).

O uso de psicofármacos em profissionais de saúde não deve ser analisado apenas como um fenómeno isolado, mas como um indicador do estado de saúde mental e da capacidade de coping destes trabalhadores. Estudos prévios revelam que os ansiolíticos e antidepressivos são os fármacos mais utilizadas entre enfermeiros, sendo muitas vezes consumidos sem acompanhamento especializado adequado, o que representa um risco

adicional (Foli et al., 2021). A literatura também indica que mulheres enfermeiras relatam níveis mais elevados de stress psicológico e maior uso de psicotrópicos do que os homens, possivelmente devido à combinação de fatores biológicos, socioculturais e ao papel acumulado entre vida profissional e familiar (Hasson & Gustavsson, 2010).

Perturbações como ansiedade, depressão, POC e PDAH apresentam prevalência significativa nesta categoria profissional, especialmente quando associadas a contextos laborais emocionalmente exigentes. De acordo com estudos epidemiológicos, a ansiedade e a depressão podem atingir níveis clinicamente relevantes em populações de enfermagem, influenciando não só o bem-estar individual, mas também a qualidade dos cuidados prestados (Shah et al., 2021). A presença de stress crónico e de sentimentos de impotência face ao sofrimento dos doentes, frequentemente relatados por enfermeiros, tem sido identificada como um dos principais fatores de desgaste emocional e contribui para o risco de psicopatologia (Pérez-García et al., 2021).

Deste modo, compreender os fatores que levam os enfermeiros ao consumo de psicofármacos, bem como a prevalência de perturbações psicológicas neste grupo, é fundamental para desenvolver estratégias institucionais de prevenção, promoção de saúde mental e apoio psicossocial. A literatura enfatiza a necessidade de políticas organizacionais mais efetivas, formação em coping adaptativo, apoio psicológico acessível e ambientes de trabalho mais equilibrados como medidas essenciais para reduzir o sofrimento emocional e o recurso a psicofármacos entre profissionais de enfermagem (West et al., 2018).

O presente trabalho teve como objetivo compreender o que são psicofármacos (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor), compreender principalmente quais as motivações que levam os enfermeiros ao consumo de psicofármacos, perceber qual a prevalência de determinadas perturbações como ansiedade e depressão nos

enfermeiros, perceber se o consumo varia conforme a área de atuação e o sexo dos enfermeiros, informar sobre quais os psicofármacos mais utilizados pelos enfermeiros, compreender se os enfermeiros consomem psicofármacos para lidar com a ansiedade, depressão e insónias/ para dormir e por fim, quais os fatores mais stressantes no seu trabalho.

No que diz respeito ao objetivo de compreender o que leva os enfermeiros ao consumo de psicofármacos podemos afirmar que os principais motivos citados foram: ansiedade, depressão, insónias/para dormir, POC, PDAH, para aguentar as horas de trabalho. Foram recolhidas um total de 101 respostas.

Relativamente á prevalência da perturbações psicológicas nos enfermeiros, tivemos a resposta de PDAH (Perturbação Defíce de Atenção e Hiperatividade) frequentemente no questionário final Motivos Para o Uso de Psicofármacos na questão “Consome outro Psicofármaco? Se sim, Porque?”. Tivemos ainda uma resposta a referir que havia a existência de POC (Perturbação Obsessivo Compulsiva). Quando á perturbações de ansiedade, os dados foram mais elevados, revelando que existia uma $M= 11,55$ num ponto de corte de 16, sendo que não é uma pontuação elevada, porém, que se deve ter em atenção. Isto significa que existem ainda muitos enfermeiros que tem ansiedade. Por fim, no que concerne a perturbação de depressão a media foi de $M= 14,55$ com um ponto de corte de 14, o que significa, que podemos dizer que a amostra populacional de enfermagem tem depressão um pouco mais do que o normativo, um dado que se deve ter em atenção, pois simboliza que muitos enfermeiros padecem da perturbação.

Quando ao objetivo de perceber se o consumo varia conforme a área de atuação e o sexo, em termos de área de atuação, não foram registadas notórias discrepâncias, porem, a nível do sexo, há um maior consumo por parte das mulheres do que dos homens. Sendo 55,6% para as mulheres e 15,0% para os homens.

Quando ao psicofármaco mais utilizado pelos enfermeiros, ficou sem dúvida esclarecido através dos questionários, completamente isolado, os ansiolíticos, para a ansiedade.

Por fim, no que concerne os fatores mais stressantes no trabalho, os enfermeiros da amostra referiram em primeiro lugar, que é o facto de “Ver um doente em sofrimento” (M= 3.54), seguido de “Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos” (M= 3.09) e “Sentir-te impotente quando um doente não melhora com os tratamentos” (M=3.07).

Conclusão

A presente investigação permitiu aprofundar a compreensão das motivações que levam os enfermeiros portugueses ao consumo de psicofármacos, bem como analisar a prevalência de ansiedade, depressão e fatores de stress laboral nesta população. Os resultados obtidos permitem concluir que, embora a média de ansiedade e depressão não ultrapasse de forma significativa os pontos de corte clínicos, existe uma percentagem considerável de enfermeiros que manifesta sintomatologia relevante e que, por este motivo, recorre ao uso de psicofármacos, sobretudo ansiolíticos.

Verificou-se que as principais motivações reportadas para o consumo incluem ansiedade, insónias, depressão e dificuldades relacionadas com o desempenho laboral, o que se alinha com a literatura que identifica os profissionais de enfermagem como um grupo exposto a elevados níveis de pressão emocional, desgaste psicológico e sobrecarga laboral. Embora o consumo para fins depressivos e de insónia tenha sido menos prevalente, os dados revelam a presença de um padrão consistente de automedicação, ainda que inferior a 50% nas diversas categorias avaliadas.

No que respeita às variáveis sociodemográficas, não foram encontradas diferenças significativas entre áreas de atuação, contudo verificou-se que o sexo feminino apresenta uma prevalência substancialmente maior no consumo de psicofármacos, achado coerente com estudos prévios que apontam para maior vulnerabilidade emocional e maior probabilidade de utilização de medicação psicotrópica nas mulheres. Estes resultados reforçam a importância de compreender o impacto das desigualdades de género, não apenas nas experiências laborais, mas também no modo como estas se refletem na saúde mental.

Relativamente aos fatores de stress identificados pela amostra, destacam-se sobretudo aqueles associados ao sofrimento humano — como o contacto direto com a dor, procedimentos dolorosos e sentimentos de impotência perante a não evolução clínica dos doentes. Estes achados são particularmente relevantes no âmbito da Psicologia Clínica da Saúde, pois sublinham a necessidade de desenvolver estratégias institucionais que atuem sobre fatores psicossociais específicos da prática de enfermagem, promovendo modelos de suporte emocional e formas adaptativas de coping.

Referências

- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T., ... & Wittchen, H. U. (2013). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 27(6), 497-520.
<https://doi.org/10.1177/026988111452567>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2015). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 363-376.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(3), 437-454.
[https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(03\)00096-9](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00096-9)
- Bauer, M., & Gitlin, M. (2016). *The essential guide to lithium treatment*. Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory—Second Edition (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Booker, L. A., Magee, M., Rajaratnam, S. M., Sletten, T. L., & Howard, M. E. (2020). Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. *A systematic review*. **Sleep Medicine Reviews**, 52, 101341.
- Boyer, E. W., & Shannon, M. (2005). The serotonin syndrome. *New England Journal of Medicine*, 352(11), 1112-1120. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31818c0728>

- Bowden, C. L., Vieta, E., Ice, K., & Schwartz, J. H. (2010). Valproate. In *Treatment of bipolar disorder* (pp. 257-275). Springer.
- Bozzatello, P., Novelli, R., Schisano, R., Brasso, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2025). New agents in the treatment of psychiatric disorders: What innovations and in what areas of psychopathology? *Pharmaceuticals*, 18(5), 665.
<https://doi.org/10.3390/ph18050665>
- Bramness, J. G., Skurtveit, S., & Morland, J. (2014). The role of prescription drugs in impaired driving. *Drugs & Alcohol Today*, 14(1), 15-22.
- Brauer, R., Alfageh, B., Blais, J. E., Chan, E. W. Y., Chui, C. S. L., Hayes, J. F., Man, K. K. C., Lau, W. C. Y., Yan, K. C., Beykloo, M. Y., Wang, Z., Wei, L., & Wong, I. C. K. (2021). Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: A longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 8(12), 1071–1082.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00292-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00292-3)
- Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Sachs, G. S., Ascher, J. A., Monaghan, E., & Rudd, G. D. (2002). A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 938-946.
- Costa, M. D. S. S. (2019). Uso de psicoativos pelos profissionais enfermeiros.
- Correll, C. U., & Schenk, E. M. (2008). Tardive dyskinesia and new antipsychotics. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 151-156.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f53132>
- Hirschfeld, R. M. A. (2012). The use of antidepressants in clinical practice: Focus on major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1)
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K., & Hebden, U. (2015). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1), 78-84.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.008>

- EPE, Enfermagem, Bragança, Portugal. (2024). *Principais fatores indutores de stress percecionados em enfermeiros do serviço de urgência de um centro hospitalar do Norte de Portugal*. *Revista de Enfermagem Referência*, 7(2), 15-26.
- Fava, G. A., & Gatti, A. (2010). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 185-194. <https://doi.org/10.1159/000370338>
- Foli, K. J., Reddick, B., Zhang, L., & Krcelich, K. (2021). Substance use in registered nurses: “I heard about a nurse who...”. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, 27(3), 228–241.
- Geddes, J. R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., & Goodwin, G. M. (2004). Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 217-222. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.21>
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. **Critical Care Nurse**, 37(5).
- Hasson, D., & Gustavsson, P. (2010). Declining sleep quality among nurses: A population-based four-year longitudinal study. **Applied Nursing Research**, 23(1), 37–43.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited—will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-2109. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x>
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9>

- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho.
- Kane, J. M., Correll, C. U., & Citrome, L. (2019). Guidelines for the management of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 176(1), 1-2.
- Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666.
<https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Köhler-Forsberg, O., et al. (2023). *Efficacy and Safety of Antidepressants in Patients With Medical Diseases: An Umbrella Systematic Review and Meta-analysis of 52 Meta-analyses of 27 Medical Diseases*. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2809163>
- Malhi, G. S., Tanious, M., Das, P., & Berk, M. (2017). The science and practice of lithium therapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(9), 827-838.
<https://doi.org/10.1177/0004867412437346>
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., ... & Porter, R. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087-1206. <https://doi.org/10.1177/0004867415617657>
- Malhi, G. S., Tanious, M., Das, P., & Berk, M. (2017). The science and practice of lithium therapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(9), 827-838.
<https://doi.org/10.1177/000486741243734>
- Mayo Clinic. (2021). Antidepressants: Get tips to cope with side effects. Mayo Clinic. Retrieved from Mayo Clinic

- McKnight, R. F., Adida, M., Budge, K., Stockton, S., Goodwin, G. M., & Geddes, J. R. (2012). Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9817), 721-728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61516-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61516-X)
- Moncrieff, J. (2009). A critique of the use of antipsychotic drugs in psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16(1), 73-85.
- Moynihan, R., Doust, J., & Henry, D. (2013). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ*, 347, f7141. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3502>
- Newcomer, J. W. (2007). Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 20-27.
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis. **World Psychiatry**, 17(3), 308–315.
- Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 81-90.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3074>
- Pérez-García, E., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Ramos-Pichardo, J. D., Fernández-Leyva, A., & Ruiz-Fernández, M. D. (2021). Qualitative analysis of the emotional impact of nursing professionals in the face of COVID-19. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(22).
- Pitacho, L., Lima, D., & Cordeiro, J. P. (2024). *Exploratory study on the effect of working conditions of Portuguese health professionals on burnout and substance abuse*. *International Journal on Working Conditions*, 26, 63–84. <https://doi.org/10.25762/wbeb-n227>

- Rogawski, M. A., & Löscher, W. (2004). The neurobiology of antiepileptic drugs for the treatment of nonepileptic conditions. *Nature Medicine*, 10(7), 685-692.
- Santos, M. P. B., Bonifácio, N. A., Pereira, H. A., Neves, J. G., Ferreira, L. B., de Lima, L. S., & de Fatima Michelin, A. (2023). Uso de medicamentos psicotrópicos por profissionais de enfermagem atuantes em uma unidade de urgência e emergência. *CIS-Conjecturas Inter Studies*, 23(1), 194-208.
<https://doi.org/10.53660/CONJ-2354-23B17>
- Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. **JAMA Network Open**, 4(2).
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4th ed.). Cambridge University Press.
- Strawn, J. R., Keck, P. E., & Caroff, S. N. (2007). Neuroleptic malignant syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 870-876.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.870>
- Tannenbaum, C., Paquette, A., Hilmer, S., Holbrook, A., & Empana, J. P. (2012). A systematic review of amnesia and cognitive impairment with benzodiazepine use in the elderly: considerations for deprescribing. *Canadian Journal of Aging*, 31(3), 327-340. <https://doi.org/10.1007/BF03262280>
- Trinkoff, A. M., & Storr, C. L. (1998). Substance use among nurses: Differences between specialties. *American Journal of Public Health*, 88(4), 581-585.
<https://doi.org/10.3109/10884609809041784>
- Trinkoff, A. M., Zhou, Q., Storr, C. L., & Soeken, K. L. (2001). Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. *Nursing Research*, 50(3), 141-150.

- Vieweg, W. V. R., & Julius, D. A. (2005). Cardiotoxicity associated with the tricyclic antidepressants and the newer antidepressants. *South Medical Journal*, 98(5), 514-519.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. ***Journal of Internal Medicine***, 283(6).
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. ***Journal of Psychiatric Research***, 123, 9–20.

Anexos

Anexo I

Consentimento informado

Caro _____ participante,

O presente questionário, realizado pela aluna Carla Ferreira, do 1º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, decorre no âmbito da Dissertação de Mestrado, na Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga, sob a orientação do Prof. Doutor Paulo Dias. Neste trabalho, pretende-se compreender a motivação que leva os enfermeiros ao consumo de psicofármacos. Para esse feito são utilizados alguns instrumentos, para os quais pedimos a sua colaboração.

Será garantido o total anonimato e confidencialidade de todo o questionário. Este tem apenas como fim a investigação científica dos dados, sendo que não será obtida qualquer informação que releve a identidade dos participantes. É de salientar ainda que a participação na investigação é voluntária e inteiramente gratuita, e poderá assim retirar-se se assim o pretender, sem _____ qualquer _____ tipo _____ de _____ consequência.

Agradeço a sua participação, e disponibilidade, que serão fundamentais para o presente estudo.

No caso de dúvida, contacte o email: cmarialferreira@gmail.com

INFORMAÇÃO: Este questionário destina-se apenas a enfermeiros com nacionalidade portuguesa.

Anexo II

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				
				Total

Anexo III

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

NOTA: Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a severa e 30-63 indicam depressão severa. Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos.

Anexo IV

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

Note bem:
 Não lhe peço que me diga "com que frequência estas situações acontecem no seu Serviço". O que lhe peço é que indique, para cada situação, "qual a frequência com que a sente (quando acontece) como *stressante*".
 Se há alguma situação que nunca ocorra no seu Serviço, deixe a questão por responder.

ESCALA DE STRESS PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS		Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1.	Avaria informática	1	2	3	4
2.	Ser criticado por um médico	1	2	3	4
3.	Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	1	2	3	4
4.	Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	1	2	3	4
5.	Conflito com um superior hierárquico	1	2	3	4
6.	Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	1	2	3	4
7.	Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1	2	3	4

8.	A morte de um doente	1	2	3	4
9.	Conflito com um médico	1	2	3	4
10.	Receio de cometer erros ao tratar de um doente	1	2	3	4
11.	Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1	2	3	4
12.	A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	1	2	3	4
13.	Ausência do médico quando um doente morre	1	2	3	4
14.	Desacordo em relação ao tratamento de um doente	1	2	3	4
15.	Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	1	2	3	4
16.	Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	1	2	3	4
17.	Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	1	2	3	4
18.	Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	1	2	3	4
19.	Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	1	2	3	4
20.	Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	1	2	3	4
21.	Ver um doente em sofrimento	1	2	3	4
22.	Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço	1	2	3	4
23.	Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	1	2	3	4
24.	Receber críticas de um superior hierárquico	1	2	3	4
25.	Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	1	2	3	4
26.	Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	1	2	3	4
27.	Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	1	2	3	4
28.	Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	1	2	3	4
29.	Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	1	2	3	4
30.	Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem	1	2	3	4
31.	Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	1	2	3	4
32.	Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	1	2	3	4
33.	Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	1	2	3	4
34.	Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	1	2	3	4

Anexo V

Questionário de Motivos para o Uso de Psicofármacos

Neste questionário, apresento-lhe algumas questões, as quais peço que responda com honestidade. Neste âmbito pretende-se compreender se consome ou já consumiu psicofármacos e os motivos que o levam a consumir ou levava a consumir os mesmos.

1) Alguma vez consumiu Ansiolíticos? (Ex. Sedoxil, Alprazolam)

___SIM

___NÃO

1.1) Se sim, qual o motivo?

2) Alguma vez consumiu Antidepressivos? (Ex. Sertralina, Escitalopram)?

___SIM

___NÃO

2.1) Se sim, qual o motivo?

3) Alguma vez consumiu Antipsicóticos? (Ex. Risperidona, Quetiapina)

___SIM

___NÃO

3.1) Se sim, qual o motivo?

4) Alguma vez consumiu Estabilizadores de Humor? (Ex Risperidona, Quetiapina)

___SIM

___NÃO

4.1) Se sim, qual o motivo?

5) Já consumiu outro psicofármaco?

___SIM

___NÃO

5.1) Se sim, qual) E qual o motivo?
