



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
*Departamento de Psicologia*



MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Exaustão Vital nos Enfermeiros**  
**das**  
**Unidades de Cuidados Intensivos**  
**do Baixo Alentejo e Algarve**

**Discente: Felizarda Santiago**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Doutora Gabriela Gonçalves**

**Dezembro**  
**2010**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
*Departamento de Psicologia*



MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Exaustão Vital nos Enfermeiros  
das  
Unidades de Cuidados Intensivos  
do Baixo Alentejo e Algarve**

**Discente: Felizarda Santiago**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Doutora Gabriela Gonçalves**

**Dezembro  
2010**



*Os dias prósperos não vêm por acaso;  
nascem de muita fadiga e muitos  
intervalos de desalento*

Camilo Castelo Branco

## **AGRADECIMENTOS**

---

Este trabalho é dedicado à minha família, pelo incentivo e estímulo à sua concretização, ao Albano pela cooperação contínua, aos meus filhos, Martim e Gui, pela paciência inocente e amor incondicional, pelas ausências, espero que um dia as percebam.

Aos meus pais, para quem todos os meus dias são importantes.

À minha irmã, minha amiga, que desde sempre abriu caminhos na minha vida, facilitando a minha passagem pela mesma; pelo sentido crítico e perfeccionista que impõe às suas obrigações, e que em certo modo me influenciou ao longo da vida pessoal e profissional.

À Dr<sup>a</sup> Gabriela, pela orientação, disponibilidade, dedicação, partilha do seu saber, e objectividade das suas intervenções sempre oportunas.

Ao Baguera, cuja companhia já não posso desfrutar; obrigada pela partilha de muitos momentos ao longo das nossas vidas, pela companhia, pela amizade.

Às colegas de grupo Carla, Isabel, Júlia e Vera pelo incentivo durante as nossas conversas e pela partilha das vicissitudes inerentes à realização de um curso de mestrado.

Ao Sérgio pela disponibilidade e incentivo demonstrado, pela discussão de ideias e sugestões sempre pertinentes.

A todos os participantes do estudo, uma vez que sem a colaboração dos mesmos, este trabalho não poderia ter sido concretizado.

Maria Felizarda dos Santos Santiago  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Orientadora: Professora Doutora Gabriela Gonçalves

## RESUMO

O conceito de exaustão vital descreve um estado de fadiga excessiva e diminuição de energia, sentimentos de desmoralização e aumento da irritabilidade, sendo associado a factor preditivo de doença cardiovascular. Pouco se conhece da relação entre exaustão vital e situações laborais, não se encontrando estudos relacionando o trabalho do enfermeiro e exaustão vital.

O objectivo desta pesquisa foi estudar a associação entre exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade dos enfermeiros intensivistas, tendo em conta o género dos participantes e tempo de serviço em UCI.

Desenvolveu-se um estudo descritivo correlacional, com uma amostra de 79 enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos dos Hospitais do Baixo Alentejo e Algarve. O instrumento de colheita de dados foi composto por Questionário de Caracterização da Amostra; Escala de Exaustão Vital; Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y e Inventário de Personalidade NEO-FFI 20.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em análise, nomeadamente Exaustão Vital, Ansiedade, Personalidade, com o género e tempo de serviço em UCI.

Observou-se que os participantes do estudo não apresentam níveis médios elevados de exaustão vital.

Os resultados revelaram que a ansiedade-traço e ansiedade-estado estão significativa e positivamente associadas à exaustão vital. Os valores médios de ansiedade pouco elevados que encontrámos, podem em parte contribuir para explicar os baixos valores de exaustão vital dos participantes.

Quanto à associação exaustão vital e personalidade, os resultados revelam existir correlação significativa positiva entre o neuroticismo e todas as dimensões da exaustão vital, estando por sua vez a conscienciosidade significativa e negativamente associada a todas as dimensões da exaustão vital. Estes dados sugerem que baixos valores de neuroticismo e elevados valores de conscienciosidade se assumem como protectores da exaustão vital, o que em parte pode contribuir também para explicar os baixos valores de exaustão vital da nossa amostra.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Cuidados Intensivos; Exaustão Vital; Ansiedade; Personalidade, Género e Tempo de Serviço.

## ABSTRACT

The concept of vital exhaustion describes a condition characterized by excessive fatigue and decrease of energy, demoralization feelings and increase irritability, which is normally associated with predictive factor of cardiovascular disease. Not much is known about the relationship between vital exhaustion and work situations, and there are no references to studies that relate the nursing work environment in intensive care and vital exhaustion.

The aim of this research was to study the association between vital exhaustion and anxiety and personality variables of nurses, considering the gender and length of service at ICU.

We developed a descriptive correlational study, with a sample of 79 nurses in Intensive Care Units of the Hospitals of Alentejo and Algarve. The instrument of data collection comprised Questionnaire Sample Characterization; Vital Exhaustion Scale, Inventory State-Trait Anxiety (STAI) Form Y and Personality Inventory NEO-FFI 20.

The results of this study, don't showed statistically significant differences between the variables under review, including Vital Exhaustion, Anxiety, Personality, by gender and length of service at UCI.

With regard to gender it is a mostly female population and for the service time interval with the largest representation is the lowest seniority in the ICU.

It was observed that the subjects did not show higher average levels of vital exhaustion.

The results showed that trait anxiety and state anxiety are significantly and positively associated with vital exhaustion. The average values of anxiety that we found rather high, may partly contribute to explain the low levels of vital exhaustion of the participants.

About the association vital exhaustion and personality, the results showed there is a significant positive correlation between neuroticism and dimensions of all vital exhaustion, being in turn conscientiousness significantly and negatively associated with all dimensions of vital exhaustion. These data suggest that low levels of neuroticism and high conscientiousness values identify themselves as protectors of vital exhaustion, which in part may also help explain the low levels of vital exhaustion in our sample.

**KEY WORDS:** intensive care; nursing in Intensive care; emotional exhaustion; anxiety; personality; gender; length of service at ICU.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	- 14 -
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	- 19 -
1. ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS .....	- 20 -
1.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	- 21 -
1.2 – A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	- 23 -
1.2.1 – A influência das condições de trabalho em unidades de cuidados intensivos no enfermeiro.....	- 27 -
2. EXAUSTÃO VITAL.....	- 34 -
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO DE EXAUSTÃO VITAL .....	- 35 -
2.2 - EXAUSTÃO VITAL E CONDIÇÕES DE TRABALHO .....	- 38 -
3. ANSIEDADE.....	- 40 -
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO DE ANSIEDADE .....	- 41 -
4. PERSONALIDADE.....	- 47 -
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO DE PERSONALIDADE .....	- 48 -
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....	- 56 -
1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E TIPO DE ESTUDO.....	- 57 -
2. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	- 59 -
3. METODOLOGIA.....	- 62 -
3.1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	- 63 -
3.2 – PROCEDIMENTO .....	- 69 -
3.3 – INSTRUMENTO .....	- 70 -
3.3.1 - Escala de exaustão vital .....	- 70 -
3.3.2 Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) forma Y .....	- 71 -
3.3.3 - Inventário de personalidade NEO-FFI-20.....	- 73 -

3.4 – TRATAMENTO DOS DADOS.....	- 74 -
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	- 75 -
4.1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO NA UCI.....	- 76 -
4.2. – EXAUSTÃO VITAL DOS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO EM UCI .....	- 77 -
4.3. – ANSIEDADE DOS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO EM UCI.....	- 80 -
4.4 – PERSONALIDADE DOS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO NA UCI .....	- 83 -
4.5 – CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE EXAUSTÃO VITAL, INVENTÁRIO ESTADO-TRAÇO DE ANSIEDADE (STAI) FORMA Y E INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE NEO-FFI-20	- 90 -
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	- 93 -
CONCLUSÃO.....	- 100 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	- 105 -

## ANEXOS

A. Questionário de caracterização da amostra .....	- 117 -
B. Autorização do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo .....	- 119 -
C. Autorização do Centro Hospitalar do Litoral Alentejano.....	- 121 -
D. Autorização do Hospital de Faro, EPE .....	- 125 -
E. Escala de exaustão vital.....	- 128 -
F. Inventário Estado-Traço de Ansiedade STAI (Forma Y) .....	- 131 -
G. Inventário de Personalidade Neo-FFI 20 .....	- 134 -
H. Autorização para utilização do Inventário de Personalidade Neo-FFI 20 .....	- 136 -

I. Estatísticas descritivas das dimensões da Escala de Exaustão Vital .....	- 138 -
J. Estatísticas descritivas do Inventário de Ansiedade (STAI) Forma Y .....	- 140 -
K. Estatísticas descritivas das dimensões do Inventário de Personalidade Neo-FFI 20 .....	- 142 -

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Género e Tempo de serviço na UCI..... - 77 -

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Definição e operacionalização das variáveis sócio-demográficas e profissionais ..... - 60 -

Quadro 2 -Definição e operacionalização da variável exaustão vital .... - 60 -

Quadro 3 -Definição e operacionalização da variável ansiedade ..... - 61 -

Quadro 4 - Definição e operacionalização da variável personalidade .. - 61 -

Quadro 5 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital em função do género e tempo de serviço na UCI ..... - 78 -

Quadro 6 - Média e desvio-padrão das dimensões do Inventário Estado-Traço ..... - 81 -

Quadro 7 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 em função do género e tempo de serviço na UCI..... - 84 -

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes em função das variáveis sócio-demográficas.....	- 64 -
Tabela 2 - Distribuição dos participantes em função das variáveis profissionais.....	- 66 -
Tabela 3 - Distribuição dos participantes em função das variáveis estilos de vida e saúde .....	- 68 -
Tabela 4 - Distribuição dos participantes em função do género e tempo de serviço na UCI.....	- 76 -
Tabela 5 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital e Mann-Whitney em função do género.....	- 79 -
Tabela 6 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital e Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço na UCI.....	- 80 -
Tabela 7 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade.....	- 82 -
Tabela 8 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y e Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço na UCI.....	- 82 -
Tabela 9 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função do género.....	- 86 -
Tabela 10 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço na UCI.....	- 86 -
Tabela 11 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital e Mann-Whitney em função do desenvolvimento de actividade física .....	- 87 -
Tabela 12 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função da existência de filhos .....	- 88 -

<b>Tabela 13 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função de pessoas ao cuidado .....</b>	<b>- 88 -</b>
<b>Tabela 14 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função do sono reparador -</b>	<b>89 -</b>
<b>Tabela 15 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função de sofrer alguma doença .....</b>	<b>- 89 -</b>
<b>Tabela 16 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função de tomar habitualmente medicação .....</b>	<b>- 90 -</b>
<b>Tabela 17 - Correlação de Spearman entre as dimensões da Escala de Exaustão Vital e as dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y .....</b>	<b>- 91 -</b>
<b>Tabela 18 - Correlação de Spearman entre as dimensões da Escala de Exaustão Vital e as dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 .....</b>	<b>- 91 -</b>

## INTRODUÇÃO

---

No rasto do desenvolvimento técnico-científico, surgiram nas instituições de saúde, na segunda metade do século XX, as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estas unidades destinavam-se ao diagnóstico e tratamento de doentes em situação de doença aguda, potencialmente reversível, que apresentavam falência eminente ou estabelecida a nível hemodinâmico, ventilatório, metabólico, renal, entre outros. Tornaram-se unidades caracterizadas por concentrarem recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, geralmente não disponíveis noutras áreas do hospital, proporcionando assim uma forma de assistência considerada como das mais complexas e sofisticadas do sistema de saúde (Ponce, 2003). De facto, as UCI, a partir da utilização de tecnologia sofisticada e emprego de metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais, são nos dias de hoje, responsáveis pela manutenção e prolongamento da vida, de tal modo, que por vezes se questiona se é o desejado ou indicado para certos doentes. Frente à real possibilidade de adiar o momento da morte, combatendo ferozmente a doença, aí se encontram os profissionais de saúde, cuidando do corpo e da alma, esta última por vezes mais manifesta nos familiares que esperam e desesperam. É também no contexto de cuidados intensivos que cada vez mais se colocam questões éticas, morais, religiosas e até legais, tornando o trabalho realizado neste sector particularmente difícil e complexo.

Esta problemática, no que se refere à profissão de enfermagem, tem sido largamente documentada na literatura.

Autores como Souza, Possari e Mugaiar (1985), Barão e Henriques (1999), e Wilkin e Slevin (2004), são alguns dos que descrevem a enfermagem nestes espaços, considerando-a como uma profissão especialmente complexa, em função de vários factores. Destaca-se entre outros, o apelo permanente a um vasto domínio de saberes e capacidades, que permita ao enfermeiro, num clima onde o sofrimento marca presença constante, assumir a responsabilidade pela vida de pessoas que apresentam elevados índices de gravidade. Considera-se ainda que é exigido a estes profissionais uma capacidade de adaptação e resposta imediata, adequada às necessidades de âmbito técnico-científico e pessoal, impondo-se assim que os enfermeiros demonstrem uma atitude humana, habilidade e sensibilidade ao actuar em situações de

importante sobrecarga emocional (Souza, Possari e Mugaiar, 1985; Barão e Henriques, 1999; Wilkin e Slevin, 2004).

A verdade é que os enfermeiros em UCI se deparam com um elevado nível de exigência, nível esse que por um lado garante a qualidade dos cuidados, mas por outro implica por parte destes profissionais a necessidade de mobilizar importantes recursos, de modo a responder de forma adequada a situações de grande complexidade e mesmo adversidade.

Sabemos por outro lado, que embora a capacidade de adaptação do ser humano, lhe permita de alguma forma fazer face a condições adversas com as quais se depara ao longo da sua vida, nem sempre as estratégias que mobiliza favorecem o ajustamento e o bem-estar.

No que se refere aos enfermeiros, são significativos os estudos que sob várias perspectivas abordam esta temática, como é o caso de estudos sobre *stress*, *distress* moral ou *burnout* em enfermagem (p.e Elias e Navarro, 2006; Amaro e Jesus, 2007; Pendry, 2007; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang e Gonzalez, 2008). Aí se evidencia de algum modo a influência das condições de trabalho desses ambientes tão particulares, no estado físico, mental e psicológico do enfermeiro.

O conceito de exaustão vital, conceito relativamente novo, definido por fadiga não habitual e perda de energia; sentimento de desmoralização e aumento da irritabilidade (Meesters e Appels, 1996), e que se cruza de certo modo com os anteriormente referidos, não tem sido particularmente considerado no âmbito laboral.

No entanto, são já significativos os estudos evidenciando dimensões da exaustão vital em relação ao estado de saúde, sobretudo como factor preditivo para a progressão e manifestação das doenças cardiovasculares (p.e. Appels, 1988; Appels e Mulder, 1989; Appels, 1990). A partir destas pesquisas, o próprio conceito de exaustão vital tem vindo a ser progressivamente caracterizado através da sua associação a outras variáveis, como traços de personalidade (Pederson e Middel, 2001) e ansiedade (Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg e Honig, 2000; Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

Sobre estudos desenvolvidos relacionando estados de exaustão vital com situações laborais, encontraram-se os de Schnorpfeil, Noll, Wirtz, Schulze, Ehlert, Frey e Fischer (2002); e Preckel, Kanël, Kudielka e Fischer (2005), não

se verificando na literatura referência a estudos que relacionem o trabalho do enfermeiro em ambiente de cuidados intensivos e estados de exaustão vital.

Foi neste sentido, quer pela lacuna considerada na literatura, quer pelo alcance do conceito de exaustão vital, que considerámos a pertinência de um estudo a incidir neste tema. Mais concretamente a necessidade de clarificar o conceito de exaustão vital e de perceber as suas relações com as variáveis que lhe estão próximas, parece fundamental no contexto da saúde do enfermeiro, tendo por base que a preocupação com a pessoa do enfermeiro como cuidador, precede e acompanha a preocupação com a excelência do cuidar em enfermagem.

Deste modo, propomo-nos realizar uma pesquisa com o objectivo de estudar a associação entre a exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade dos enfermeiros intensivistas, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e profissionais, género e tempo de serviço em UCI.

Em termos de desenho organizativo, este trabalho inclui duas partes. Na primeira, que compreende quatro capítulos, apresentamos o enquadramento conceptual desta investigação. Apresenta-se uma breve revisão da literatura relativa ao aparecimento e evolução das unidades de cuidados intensivos, tipo de doentes que comportam e o ambiente de trabalho que as caracteriza. Será também efectuada uma caracterização do trabalho do enfermeiro em cuidados intensivos, considerando as exigências decorrentes do confronto com os doentes em estado grave, com a família, com o sofrimento vivido, bem como com outras questões inerentes ao processo de cuidados nestes ambientes. Seguidamente, serão expostas algumas conceptualizações teóricas sobre exaustão vital, considerando a evolução do conceito bem como a sua relação com condições laborais; seguindo-se uma abordagem dos conceitos de ansiedade e personalidade, com ênfase nas respectivas dimensões que os caracterizam.

Na segunda parte, centrada na investigação empírica, considera-se a caracterização do tipo estudo face à sua pertinência científica, a apresentação de objectivos bem como a definição e operacionalização de variáveis. De seguida considera-se a metodologia, passando à descrição da população e amostra do estudo, bem como dos instrumentos utilizados e suas características psicométricas, do procedimento e do tipo de tratamento de

dados com referência aos testes estatísticos utilizados. Posteriormente passar-se-á à apresentação e análise dos resultados, seguida da discussão e sistematização dos resultados mais relevantes, construindo a reflexão essencialmente em torno dos objectivos inicialmente traçados.

Por último serão apresentadas as principais conclusões que o trabalho desenvolvido ao longo do estudo nos permitiu alcançar, considerando a partir delas, algumas propostas de eventuais estudos a realizar futuramente.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

---

---

## **1. ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS**

## **1.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

No âmbito das instituições hospitalares, as Unidades de Cuidados Intensivos, constituem serviços essencialmente caracterizados por possuírem um conjunto de recursos passíveis de proporcionar vigilância e suporte vital adequado a doentes habitualmente em situação crítica de saúde, real ou potencial. Parte-se de algum modo do pressuposto que para responder às necessidades destes doentes, se considera mais eficaz e rentável concentrar num mesmo espaço físico os meios técnicos mais sofisticados e pessoal especialmente treinado, que de forma coordenada, prestem cuidados aos doentes seleccionados pela sua gravidade, ou previsível mau prognóstico (Ponce, 2003).

As primeiras Unidades de Terapia Intensiva só surgiram na década de 50 na Europa e EUA, no auge dos acontecimentos dramáticos da epidemia de poliomielite, que matava cerca de 90% dos doentes atingidos (Ponce, 2003). A insuficiência respiratória marcadamente associada e as suas decorrentes complicações exigiam novas estratégias de tratamento com recurso a respiração artificial. Os benefícios óbvios destas modalidades de intervenção, resultaram numa nova engenharia dos hospitais que consideraria a introdução de respiradores artificiais e a prática da ventilação mecânica em espaços próprios.

Essas unidades fechadas já demonstravam claramente a necessidade de uma equipe multidisciplinar diferenciada para tratar do doente grave com potencial risco de vida, que necessitava da aplicação directa de tecnologia avançada (Uller, 2007).

A prevenção, diagnóstico e tratamento do doente com falência das funções vitais, tendo em conta a reversibilidade das alterações fisiológicas, pelo uso na maior parte das vezes de meios artificiais de sustentação da vida, levaram também há mais de 30 anos, a surgir em Portugal, os designados Serviços de Reanimação ou Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (Ponce, 2003).

Actualmente, existem vários tipos de Unidades de Cuidados Intensivos, sendo algumas consideradas polivalentes, outras no âmbito das respectivas especialidades que lhe servem de base. Podem definir-se como Unidades de

Cuidados Intensivos Específicas, aquelas em que a admissão dos doentes se caracteriza por apresentarem uma particularidade em relação ao diagnóstico, grupo etário ou técnica particular (ex. Unidades Neo-natais, Coronárias, Cirurgia cardio-torácica), apelidando-se genericamente de Unidades de Cuidados Intensivos ou UCI, (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.).

Qualquer que seja a especificidade da unidade, o estado dos seus doentes será sempre considerado real ou potencialmente crítico. Assim o confirma o Ministério da Saúde ao considerar que o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, sendo que é parte de um processo e não um fim em si. Um processo que tem de continuar depois da alta da unidade, conforme as características e necessidades de cada caso particular (Ministério da Saúde, 2003).

O termo doente crítico inclui o doente em estado grave, que apresenta um comprometimento importante das suas funções vitais e o doente de alto risco, aquele que embora se encontre bem no momento, pode apresentar subitamente alterações graves das suas funções vitais. Especificamente, Queijo quando utiliza a expressão “doentes em estado crítico” está a referir-se aos doentes que têm um acelerado processo patológico, de origem aguda ou crónica agudizada e que necessitam de intervenções prontas e condutas profissionais voltadas à garantia da sua sobrevivência e recuperação, implicando uma assistência intensiva adequada (Queijo, 2002).

O desenvolvimento vertiginoso da ciência e da tecnologia no último século, veio permitir reformular por inteiro o conceito e os limites de intervenção das profissões de saúde como a medicina e a enfermagem, promovendo uma preservação e prolongamento da vida de uma forma impressionante, mesmo em doentes com elevados índices de gravidade.

O recurso a sofisticadas técnicas de diagnóstico e tratamento, tornaram assim possível a recuperação de doentes, que no passado não poderia sequer ser imaginada. Os limites não estarão ainda traçados, pois diariamente continuam a surgir novas tecnologias, novos procedimentos, novas investigações, que vão alterando continuamente a abordagem do doente crítico (Ponce, 2003).

Percebe-se que numa Unidade de Cuidados Intensivos, as exigências também elas intensas, são extensíveis aos profissionais, no sentido em que as UCI, têm de ser dotadas de recursos humanos, como médicos, enfermeiros e outros, qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 h por dia (Ministério da Saúde, 2003). Para além das exigências de carácter objectivo e técnico-científico da intervenção destes profissionais, outros aspectos se apresentam igualmente relevantes, atendendo a que nestas unidades, juntamente com os procedimentos próprios dos cuidados intensivos, se desenvolvem metodologias de trabalho e se praticam atitudes, gestos e procedimentos conformes ao estado de arte, que em conjunto favorecem a melhor orientação dos doentes graves. Acresce assim a exigência de uma preparação que permita a estes profissionais, a todo o momento, com base em saberes e habilidades específicas, e no seu âmbito de actuação, decidir correctamente e em tempo útil intervir junto de doentes, que se apresentam em situação de grande instabilidade.

## **1.2 – A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Embora considerando que a enfermagem como profissão é relativamente recente, podemos entender por outro lado que a enfermagem evoluiu conjuntamente com a história da humanidade e do cuidado (Collière, 1989). No entanto, profissionalmente a enfermagem adquiriu particular relevância com Florence Nightingale. Considerada a fundadora da enfermagem moderna, é com Nightingale que a enfermagem se constitui como uma prática social institucionalizada e específica, ao mesmo tempo que se assiste ao romper gradual com um empirismo subjacente, procurando a sua progressiva afirmação como profissão, no encontro com o conhecimento científico, (Collière, 1989).

Foi também com Nightingale, há mais de um século que se considerou o papel da enfermeira, na altura, nas enfermarias militares, para além dos procedimentos técnicos e curativos. Isso não seria suficiente para assegurar a

sobrevivência dos doentes, sendo necessário desencadear tudo o que mobiliza a energia da pessoa, o seu potencial de vida (Collière, 1989).

Desde Florence Nightingale até aos nossos dias, muitos referenciais teóricos surgiram, determinando aquilo que é a enfermagem e o que é ser enfermeiro, (p.e. Leininger, 1981; Watson, 1988). Por sua vez a teorização em enfermagem tem conduzido à necessidade de clarificar o centro de interesse da disciplina de enfermagem, resultante das grandes correntes de pensamento que contribuíram para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina (Newman, 1994).

Na actualidade, pode considerar-se de um modo geral que a enfermagem, na sua tarefa de se definir como disciplina, tem vindo a desenvolver um trabalho de delimitação de fronteiras, definindo o seu campo de abrangência e o seu corpo de conhecimentos próprio.

Relativamente a este último aspecto, nos EUA, nos finais da década de 70 Carper, a partir de uma investigação a incidir na literatura de enfermagem, identificou e descreveu quatro padrões de conhecimento valorizados e utilizados na prática de enfermagem, nomeadamente; o conhecimento empírico, o estético, o ético e o pessoal (Carper, 1978).

O *conhecimento empírico*, também considerado como a ciência da enfermagem, é factual, descritivo, discursivamente formulado e publicamente verificável. O *conhecimento estético* corresponde à arte da enfermagem, que é expressiva, subjectiva e se torna visível na acção de cuidar. Expressa-se através das acções, comportamentos, atitudes, condutas e interacções da enfermagem com as pessoas. O *conhecimento ético* envolve muito mais do que conhecer os códigos de deontologia profissional. Pressupõe a avaliação do que é certo, errado, do que é bom e desejável, implicando um confronto de valores, de normas, com vista à melhor decisão para cada situação. Por sua vez o *conhecimento pessoal* que se refere ao conhecimento de si mesmo, na consideração de que esse será o caminho que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro (Carper, 1978).

Deve referir-se que estes padrões de conhecimento ocorrem de forma inter-relacionada; todos são necessários, realçando-se um mais do que outro, em determinados momentos, porém estarão sempre presentes, constituindo cada um deles, um componente essencial da prática de enfermagem.

Na sequência dos seus trabalhos de investigação sobre o desenvolvimento de competências em enfermagem Benner (1984) considera que só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade exigida por um determinado cuidado, demonstrando igualmente que a prática é, em si mesma, um importante modo de se obter conhecimento.

Numa perspectiva abrangente, poder-se-á dizer que a enfermagem é uma profissão de natureza social, na qual os enfermeiros, sob uma óptica humanista, ajudam a pessoa a reforçar as suas potencialidades e/ou minimizar desequilíbrios no seu estado de saúde, reconhecendo o ser humano como um ser complexo. É fundamental, reflectir sobre uma noção integral de pessoa, visualizando-a permanentemente como uma unidade. Uma concepção que se revela um imperativo moral, tentando assim minimizar a fragmentação da pessoa e considerá-la como sujeito, nesta sociedade marcada por constante evolução de conhecimento e grandes avanços tecnológicos e científicos (Batoca e Silva, 2003).

A especificidade da enfermagem em cuidados intensivos não pode conceber-se antes demais, senão no contexto geral da profissão, para a qual como refere Margarida Vieira é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio, e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas (Vieira, 2007). A partir de tais considerações, no entendimento daquilo que é a enfermagem em UCI, atender-se-á entre vários aspectos à singularidade destes espaços, no que diz respeito não só aos meios tecnológicos que dispõem, como às habilidades para o seu manejo, sempre em benefício da pessoa do doente crítico.

O âmbito da enfermagem de cuidados intensivos foi definido pela American Association of Critical-Care Nurses (1984) do seguinte modo:

“A prática de enfermagem de cuidados intensivos é um processo dinâmico, cujo âmbito é definido pelo doente em estado crítico, pela enfermeira dos cuidados intensivos e pelo ambiente em que são prestados os cuidados intensivos de enfermagem; são estes os três elementos necessários à prática de enfermagem de cuidados intensivos.”

Com especial alusão ao estado crítico do doente, a mesma entidade considera que a enfermagem de cuidados intensivos “é a especialidade em que a enfermagem se confronta especificamente com as respostas humanas que põem a vida em perigo” (American Association of Critical-Care Nurses, 1984).

Com base nestas definições, destaca-se que a responsabilidade profissional do enfermeiro, se exerce num clima marcado pela gravidade da maioria das situações, num confronto constante com problemas que ameaçam a vida. Aí, é requerida não só uma resposta atempada aos problemas que surgem, aliada a um elevado conhecimento técnico e científico, como também é exigido ao enfermeiro que possua um grande controlo emocional, dada a natureza altamente perturbadora das situações com que se defronta.

Trabalhar em cuidados intensivos, exige assim do enfermeiro características singulares, dadas as condições de trabalho, bem como as especificidades na abordagem ao doente crítico. É um trabalho minucioso, de constante vigilância e que exige conhecimentos técnicos e científicos próprios da profissão, sentimentos, capacidades e perícia, direccionados não só para o doente crítico como também para a família (Souza; Possari e Mugaiar, 1985; Barão e Henriques, 1999; Wilkin e Slevin, 2004; Santos, Oliveira e Moreira, 2006).

Na verdade um quadro verdadeiramente complexo, marcado pela necessidade de lidar com doentes graves, cujo prognóstico habitualmente é reservado e que se encontra muitas vezes no limiar entre a vida e a morte.

Para além do domínio de conhecimentos e procedimentos técnicos diferenciados, próprios dos cuidados intensivos, ressalta no enfermeiro, a importância de atitudes e gestos que integrem e dêem resposta a todas essas expressões da vulnerabilidade e fragilidade humana. Assim se concebe, que para além de exigências relativas ao saber e saber-fazer, sublinham-se no enfermeiro de forma muito forte outro tipo de exigências, onde o saber-estar e saber-ser têm um papel preponderante, na medida em que a sua prática profissional se desenvolve num clima de intenso e permanente confronto com a dor, o sofrimento, a angústia, as dúvidas e incertezas dos doentes e familiares, e frequentemente a morte.

A atenção à família do doente merece também particular destaque neste contexto de cuidados. Referem Guevara, Guerrero e Evies (2007) que a UCI é

um ambiente restrito, com normas específicas que limitam de certa forma o acesso à família, devendo o enfermeiro assumir também o papel de elo de ligação entre esta e o doente, assistindo de modo efectivo a própria família na sua dor e sofrimento face ao estado clínico do doente.

Sabemos que a ligação humana é inevitável em qualquer contexto de cuidados, mas considerando que de um modo geral os doentes em UCI apresentam demoras médias de internamento muito elevadas, e dado as condições de vulnerabilidade e fragilidade já referidas, a criação de ligações intensas quer com o doente quer com a sua família, é uma realidade com a qual o enfermeiro tem de lidar de uma forma muito particular (Cronqvist, Lützén e Nyström, 2006).

Face ao exposto, facilmente se depreende quão complexa é a profissão de enfermagem no âmbito dos cuidados intensivos. A extensão da sua abrangência, a exigência de uma dedicação contínua no desempenho das suas funções enquanto elemento fundamental numa equipa multidisciplinar, coloca também o enfermeiro perante a necessidade de uma constante actualização e desenvolvimento contínuo dos seus conhecimentos e saberes a vários níveis. Não apenas numa vertente tecnicista, sublinhamos, pois dada a complexidade e a dramaticidade das situações vividas, uma aposta que negligenciasse a dimensão humana, conduziria irremediavelmente à desumanização dos cuidados prestados, limitando, senão mesmo, anulando, a possibilidade de um desempenho de qualidade.

### **1.2.1 – A influência das condições de trabalho em unidades de cuidados intensivos no enfermeiro**

Não obstante o facto das UCI constituírem como vimos, lugares de eleição, devidamente preparados a nível humano e tecnológico, para salvar vidas ou estabilizar quadros clínicos doutra forma irrecuperáveis, parecem constituir-se por outro lado, como um dos ambientes mais agressivos e traumatizantes do hospital, considerando particularmente aqueles que aí desenvolvem a sua actividade profissional.

Merece também particular destaque, o facto das UCI, constituírem o serviço hospitalar que apresenta um maior consumo por doente internado de mão-de-obra qualificada, nomeadamente no que respeita a médicos e enfermeiros. Em relação à enfermagem, a aplicação de vários sistemas para a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em UCI, revela repetidamente valores consideravelmente elevados para esta população (p.e. Moreno, Miranda e Lapachino, 1996), o que não é isento de consequências.

Não podemos pois, deixar de considerar que as UCI se constituem realmente como cenários geradores de grandes estados de tensões, originados por vários factores, que sintetizam entre outros alguns aspectos já considerados, nomeadamente: relacionamento interpessoal, emoções intensas causadas pela exposição constante ao risco de morte, pela frequente oscilação entre o êxito e o fracasso e pelas elevadas exigências impostas aos profissionais (Ferrareze, Ferreira e Carvalho, 2006).

De modo a responder com eficiência e eficácia a todas as exigências que se lhes apresentam, os enfermeiros incorporam um alto nível de responsabilidade, na tentativa de ter o controlo absoluto sobre o trabalho, o que muitas vezes os levam a exigir de si mesmos, atitudes sobre-humanas. Uma questão que pode ser entendida a partir de Leplat (1992), quando refere que a actividade de trabalho e as condições em que esta é realizada, têm consequências múltiplas, não só sobre a produção e meios de trabalho, como ameaçam temporária ou permanentemente a integridade física e psicológica do trabalhador.

São significativos os estudos que de alguma forma abordam a influência das condições laborais no estado de saúde dos enfermeiros, nomeadamente considerando aspectos como *stress*, *distress* moral ou *burnout* (p.e Elias e Navarro, 2006; Amaro e Jesus, 2007; Pendry, 2007; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang e Gonzalez, 2008).

Neste sentido, num estudo efectuado por Elias e Navarro (2006), sobre as relações entre o trabalho, a saúde e as condições de vida dos enfermeiros, os resultados obtidos apontam ser comum a ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos decorrentes principalmente do *stress* e do desgaste provocado pelas condições laborais, com reflexos nas condições de vida.

Também os resultados de um estudo longitudinal, efectuado na Holanda, sobre causas e consequências do *stress* profissional, sugerem que as

condições de trabalho constituem um factor fortemente influenciador das alterações na satisfação no trabalho e de níveis de exaustão emocional nos enfermeiros (Gelsema, Doef, Maes, Janssen, Akerboom e Verhoeven, 2006).

Consubstanciando estes resultados está a classificação efectuada pela Health Education Authority, ao considerar a enfermagem como a quarta profissão mais *stressante*. Tal resultado, deve-se à responsabilidade pela vida das pessoas e à proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho das suas funções, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos (Plata, 2006).

Em ambiente de cuidados intensivos, pelas características já descritas, ocorrem inúmeras situações que expõem os enfermeiros a um desgaste físico e mental contínuo.

A sua percepção relativamente ao equilíbrio entre as exigências existentes no trabalho e a sua habilidade para lhes responder, o trabalhar sob pressão, não poder tomar atitudes precipitadas, entre outras, conduz ao aparecimento desse desgaste e conseqüentemente a perturbações psicossomáticas de diversos graus. Fonseca e Soares (2006) referem-se ainda à exigência excessiva de segurança, respeito e responsabilidade para com o doente em sofrimento, com dor e morte eminente, como factores de ansiedade e tensão.

Nestas situações, e como é ainda significativamente interiorizado durante o seu processo de formação, o enfermeiro encara muitas vezes a ausência de manifestação de qualquer sentimento perante o doente/família, como condição do seu profissionalismo. Contudo, os efeitos nefastos da repressão dos afectos, como forma de lidar com as situações no contexto profissional, têm sido realçados na literatura. Argumenta-se que o emprego deste mecanismo de defesa pode ser uma das principais causas do esgotamento psicológico, dando origem a fadiga, a qual pode ter como conseqüências entre outros, sintomas somáticos como enxaquecas e hipertensão arterial (Haddad, 2004).

De modo idêntico, num estudo efectuado na Colômbia sobre nível de *stress* e agentes *stressores* que afectam os enfermeiros que trabalham numa UCI, verificou-se que 94% dos enfermeiros apresentavam algum grau de *stress*, observando-se um maior nível de *stress* em enfermeiros com menor experiência profissional. No mesmo estudo, 26% dos enfermeiros

referenciaram o contacto com a dor e a morte como fonte de *stress* (Plata, 2006).

Um resultado que entendemos, dado o confronto com a morte exigir um controle emocional muito grande por parte dos enfermeiros (Saraiva, 2009). Uma exigência seguramente acrescida nestes espaços, em virtude da considerável mortalidade que aí se verifica, não obstante todos os recursos disponíveis.

Para além das causas apontadas anteriormente, surgem também em vários estudos, como causas de tensão, aspectos relacionados com questões éticas e morais, religiosas e judiciais que envolvem a conduta do enfermeiro (p.e. Cronqvist, Theorell, Burns, Lützén, 2004; Rego da Silva, 2007; Uller, 2007; Sorensen e Iedema, 2007).

Num estudo efectuado em Portugal, em Unidades de Cuidados Intensivos de hospitais da Zona Norte, sobre questões éticas e gestão, com uma amostra constituída na sua maioria por enfermeiros, demonstrou-se que a gestão de dilemas éticos é uma preocupação para 84,6% dos participantes. Do total, 43% responderam que as decisões em cuidados intensivos são influenciadas pelas directivas legais e 59,3% referem ainda que a perspectiva filosófica sobre a vida e a saúde é tida em consideração na avaliação de determinadas situações (Rego da Silva, 2007).

Contudo, verifica-se de um modo geral, que estas decisões de índole tão controversa, são frequentemente tomadas unilateralmente, habitualmente pelo médico, em vez de submetidas a uma análise multidisciplinar. Uma realidade que está bastante distanciada da prática colaborativa que se preconiza para as UCI e que parece estar na origem de sentimentos de *distress* moral. Os estudos sobre esta temática referem que os enfermeiros enfrentam *distress* moral, quando decisões e atitudes que crêem ser correctas no atendimento ao doente crítico, em determinada situação, colidem com as decisões da equipa médica (Jameton, 1993; Corley, Elswick, Gorman e Clor, 2001; McCaffree, 2006; Pendry, 2007). Uma situação cuja interpretação nos coloca perante questões como a influência do poder médico, a política organizacional instituída, ou mesmo as diferenças de abordagem entre médicos e enfermeiros em âmbito vários, como a tomada de decisão em situação de fim de vida, ou a prestação de cuidados intensivos *versus* prestação de cuidados supérfluos.

Questões complexas sem dúvida e que dado o seu impacto no processo de tomada de decisão, têm motivado importantes reflexões.

Neste sentido, entidades como o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) em Portugal, ou o *Council on Ethical and Judicial Affairs of American Medical Association* (CEJA-AMA) nos EUA, têm vindo a clarificar alguns conceitos e elaborar propostas com vista a uma sustentação ética das decisões que envolvem a vida humana.

A clarificação do conceito de tratamento desproporcionado pelo CNECV (2005) em relação com o benefício/dano da utilização de terapias em doentes terminais, revelou-se por exemplo algo de fundamental, se tivermos em conta que vários autores, relacionam o *distress* moral em enfermeiros, com a utilização generalizada de avançada tecnologia médica, em ambiente de cuidados intensivos, nomeadamente em situações de fim de vida (Meltzer e Huckabay, 2004; Gutierrez, 2005; McCaffree, 2006).

No campo do *distress* moral parece que embora os enfermeiros não se refiram à experiência de *distress* moral em si, podem citar claramente os sintomas que os afectam do ponto de vista emocional, físico, social, profissional e espiritual (Gutierrez, 2005)

Para Hanna (2004) os enfermeiros também não falam em *distress* moral no sentido de falha moral pessoal ou incapacidade para ultrapassar barreiras. Os enfermeiros falam é claramente dos sintomas que os afectam, como angústia, insónias, enxaquecas, náuseas, distúrbios gastro-intestinais, choro, sensação de solidão, ou de conhecer a mais pequena imoralidade de uma situação que os outros ainda não compreenderam.

O *distress* moral, que pode afectar a capacidade do enfermeiro em prestar cuidados ao doente, em situação extrema foi também identificado como um motivo que leva os enfermeiros a deixar os seus postos de trabalho e por vezes a própria profissão (Fenton, 1988; Pendry, 2007).

Meltzer e Huckabay (2004), determinaram a relação entre situações de *distress* moral vividas pelos enfermeiros de cuidados intensivos, com os componentes de burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal diminuída) e concluíram que a frequência com que ocorrem situações desta natureza, tem uma relação significativa com a sensação de exaustão emocional, uma principal componente do *burnout*.

Essa leitura surge também noutros autores (Fenton, 1988, Jameton, 1993, Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Espeland, 2006; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang e González, 2008), ao referirem nos seus trabalhos, não só os desafios éticos, como as emergências súbitas e inesperadas, o conflito com hierarquias, ou o papel profissional mal definido, como situações que podem culminar em *distress* moral, que é por sua vez reconhecido como um potencial factor para o aparecimento do conhecido fenómeno de *burnout* nos enfermeiros.

O conceito *burnout* considerado pela primeira vez, na década de 70, por Freudenberg, foi sofrendo várias alterações, sendo designado por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), como uma resposta prolongada a stressores crónicos, emocionais e interpessoais no trabalho. Um processo que se desenvolve na sequência da interacção entre características do ambiente de trabalho e características pessoais. Compreende três dimensões, referidas por Maslach e Leiter (1997) como: *exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho*.

A exaustão emocional refere-se à falta de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer à outra pessoa. A despersonalização é o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, indiferentes e cínicas em relação às pessoas que entram em contacto directo com o profissional. Finalmente, a falta de realização pessoal é a tendência para avaliar o próprio trabalho de forma negativa, recriminando-se por não alcançarem os objectivos propostos, com vivências de insuficiência pessoal e baixa auto-estima profissional (Maslach e Leiter, 1997).

Esta síndrome representa um aspecto relevante nas profissões em que as relações humanas são particularmente importantes e em que os níveis de exigência e perfeccionismo são elevados. Considerando a enfermagem como uma profissão de risco, com altos níveis de *burnout*, Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang e Gonzalez (2008), propuseram um modelo de predição do *burnout* em enfermagem, onde incluíram entre outros factores a sobrecarga de trabalho e interacções conflituosas.

A enfermagem no contexto de cuidados ao doente crítico, dadas algumas características apresentadas e como o demonstram já vários estudos na área, parece constituir um terreno particularmente propício para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (p.e. Jofré e Valenzuela, 2005; Amaro e Jesus, 2007).

É assim como vimos, particularmente significativa a abordagem da temática do desgaste em enfermagem, em estudos sobre *stress*, *distress moral* ou sobre *burnout*, considerando quer as características do ambiente de trabalho, quer as características individuais.

Tal facto, pela sua dimensão e dadas as consequências associadas, revela-se naturalmente preocupante e não pode ser negligenciado, impondo-se a necessidade de desenvolver e clarificar novas dimensões desta problemática, dado que quando procuramos a excelência em enfermagem, não o conseguiremos, nem o pretendemos aliás, às custas da saúde física e emocional dos profissionais.

É na sequência das considerações desenvolvidas, que prosseguimos para a abordagem do conceito de exaustão vital. Um conceito que como veremos carece ainda de clarificação, mas por englobar de algum modo aspectos relacionados com a adaptação dos indivíduos a ambientes de trabalho *stressantes*, nos colocou no caminho de um maior esclarecimento conceptual, reforçado posteriormente com os dados do estudo realizado.

---

## **2. EXAUSTÃO VITAL**

## 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO DE EXAUSTÃO VITAL

O conceito de exaustão vital foi introduzido inicialmente por Meesters e Appels para descrever um estado caracterizado por fadiga excessiva e diminuição de energia, sentimentos de desmoralização e aumento da irritabilidade (Meesters e Appels, 1996).

Trata-se de um conceito relativamente novo, que cruza de certo modo com outros conceitos, nomeadamente depressão, ansiedade, stress e personalidade. Pode-se até considerar que a clarificação do conceito de exaustão vital através da sua relação com outros conceitos, marca de alguma forma a evolução dos estudos sobre o tema, que teve o seu no âmbito da doença cardíaca.

De facto, desde os anos 80 que Appels e colaboradores se têm dedicado ao estudo da exaustão vital, centrados sobretudo na sua relação com as doenças cardiovasculares, desenvolvendo inclusivamente instrumentos para a sua avaliação. Os trabalhos de Meesters e Appels (1996) são exemplo disso, dando origem à criação de uma escala “*The Maastricht Interview for Vital Exhaustion*”, que se tornou preditiva para a ocorrência de eventos cardíacos.

No que respeita à relação de conceitos anteriormente considerada, refere-se que a conceptualização de exaustão vital e depressão, foi alvo de estudo por Van Diest e Appels, com o objectivo de verificar se o estado de exaustão vital era mais caracterizado por estados depressivos ou por falta de energia e excesso de fadiga. Observaram nos indivíduos exaustos, a inexistência de humor deprimido, perda de libido ou perturbações do sono. Com base nestes resultados, os autores concluíram que o termo exaustão vital era distinto de depressão (Van Diest e Appels, 1991).

No entanto, autores como Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg e Honig (2000) num estudo visando a relação entre depressão e exaustão vital pós-enfarte do miocárdio, mostram a existência de forte correlação entre estas duas dimensões (Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg e Honig, 2000).

Também num estudo desenvolvido por Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro (2003), com o objectivo de adaptar a escala “*The Maastricht Interview for Vital Exhaustion*” para um instrumento de avaliação da Exaustão Vital na população portuguesa, os autores verificaram que a exaustão vital apresentou forte

associação com a ansiedade e depressão avaliada pela “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”. (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

No que respeita à sua relação com o stress, não obstante o facto dos sintomas que caracterizam o estado mental de exaustão vital ainda não estarem muito documentados, Meesters e Appels (1996) referem que o sentimento de fadiga e perda de energia, possa reflectir o estado de exaustão da Síndrome Geral de Adaptação ao *stress* descrito por Selye (1986). Recordemos que este autor considera que esse síndrome comporta três fases sucessivas, sendo a primeira fase a reacção de alarme, a segunda a fase de adaptação ou resistência e a terceira a fase de exaustão, sendo esta por sua vez descrita como a ruptura na adaptação a um prolongado período de *stress*.

A interacção entre mente e corpo é bem conhecida e parece ser mediada por hormonas de *stress*, tais como adrenalina e cortisona, com efeitos vários no organismo, como a elevação da pressão arterial, o aumento da coagulação sanguínea, alterações no sistema imune, entre outras. Assim, no caso de *stress* prolongado ou repetido, a estimulação continua da produção dessas hormonas, acaba por determinar uma situação de esgotamento na resposta do organismo, o que caracteriza a mencionada fase de exaustão (Harvard Men’s Health Watch, 2004).

Num estudo levado a cabo por Nicolson e Van Diest (2000), sobre a função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) em indivíduos com Síndrome de Exaustão Vital, observou-se uma hipoactividade do eixo HPA, resultado que parece estar também associado a situações de stress prolongado, marcadas então pelo esgotamento dos recursos das pessoas em conseguir lidar com o stress, estado característico da fase de exaustão que vimos anteriormente. Mello (2005), por sua vez, reforça que a hipo ou hiperactividade do eixo HPA, para além da sua relação com outros factores como os genéticos ou ambientais, parece estar realmente relacionada com o tempo e duração do factor *stressante*.

No entanto, deve referir-se que são poucos os estudos que avaliam a relação entre exaustão vital e a função do eixo HPA, e os resultados permanecem heterogéneos. Salienta-se por exemplo os resultados de um estudo desenvolvido por Wingefeld, Schulz, Damkroeger, Rose e Driessen

(2009), que não confirmaram a relação entre o funcionamento do eixo HPA e a exaustão vital.

Num outro sentido e de acordo com Meesters e Appels (1996), observa-se que as diferenças individuais na propensão para a exaustão vital são grandes, o que pode sugerir também uma disposição inata para a mesma. Estilos inapropriados de expressão de raiva, hostilidade e tipo de personalidade, são assim alguns dos factores apontados para a sua ocorrência (Meesters e Appels, 1996).

Por outro lado Pedersen e Middel (2001), realizaram um trabalho exploratório sobre a relação entre doença cardíaca e exaustão vital considerando as variáveis género e personalidade. As mulheres apresentavam-se mais exaustas, resultado também corroborado pelo estudo de Keltikangas-Järvinen e Heponiemi (2004). Verificaram ainda Pedersen e Middel (2001) a existência de associação entre o tipo de personalidade e a exaustão vital, independentemente de todas as outras variáveis. A doença cardíaca isquémica estava relacionada com exaustão vital, mas a melhoria na doença após o tratamento da mesma, não foi associada com melhoria nos níveis de exaustão vital.

Ainda em relação às doenças vasculares, mas no que respeita aos acidentes vasculares cerebrais (AVC), Kornerup, Marott, Schnohr, Boysen, Barefoot e Prescott (2010), realizaram um estudo que teve como objectivo descrever a exaustão vital como factor preditor de AVC, com ênfase nas diferenças entre género. Concluíram os autores que existe associação entre exaustão vital e o risco de AVC no género feminino, mas não no género masculino.

Para além do âmbito da doença vascular cardíaca e da doença cérebro-vascular, assinala-se também o interesse do estudo da exaustão vital relacionada com outras situações patológicas, nomeadamente com as doenças do foro oncológico. É o caso do estudo desenvolvido por Bergelt, Christensen, Prescott, Gronbaek, Koch e Johansen (2005) com o intuito de investigar a exaustão vital como factor de risco para o cancro. Os resultados revelam que a exaustão vital em si não está associada a um aumento da incidência de cancro. Contudo, deste estudo destaca-se que estados de elevada exaustão vital, estão associados a estilos de vida pouco saudáveis, como hábitos tabágicos e

baixos níveis de exercício físico, que em si são factores de risco para diversas patologias.

## 2.2 - EXAUSTÃO VITAL E CONDIÇÕES DE TRABALHO

A exaustão vital tem efectivamente sido alvo de abordagem preferencial no campo da doença cardíaca. Contudo, embora de forma pouco significativa, já se encontram algumas referências a estudos que apontam noutras direcções, incluindo-se aí aqueles que consideram a exaustão vital associada a determinadas situações laborais.

Num estudo sobre exaustão vital e factores de risco relacionados Schnorpfeil, Noll, Wirtz, Schulze, Ehlert e Fischer (2002) avaliaram a exaustão vital dos trabalhadores industriais e identificaram algumas características do ambiente de trabalho associadas à exaustão. A partir deste estudo, evidencia-se assim que factores como a excessiva carga de trabalho, a exigência de qualidade, condições adversas de trabalho físico, comportamento adverso de colega, estão fortemente associados à exaustão vital.

Sugerem ainda os autores que a exaustão vital deve ser considerada como um indicador da quebra de adaptação a um ambiente de trabalho cronicamente stressante. No entanto, o estudo não considera até que ponto a disposição intrínseca de um indivíduo contribui para o risco de exaustão.

Numa investigação sobre sobrecarga de trabalho e exaustão vital, Preckel, Kanël, Kudielka e Fischer (2005) concluíram sobre a existência de associação entre estas duas dimensões. Estes autores sugerem também que a exaustão vital seja considerada como uma ruptura na adaptação a um ambiente de trabalho *stressante*, estando intimamente relacionada com o *stress* ocupacional, ainda que conflitos familiares e problemas financeiros sejam também factores preditivos de exaustão vital.

Os resultados deste estudo revelam ainda que a associação entre sobrecarga de trabalho e exaustão é independente do tipo de personalidade e de estados depressivos, resultados que contrariam os de Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg e Honig (2000) e Pedersen e Middel (2001), que em estudos anteriores confirmaram a existência de correlação entre estas variáveis. Mais

concretamente, Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg e Honig (2000) num estudo visando a relação entre depressão e exaustão vital pós pós-enfarte do miocárdio, mostram a existência de forte correlação entre estas duas dimensões. Pedersen e Middel (2001) por sua vez, como já havíamos visto, observaram que o tipo de personalidade é um factor preditivo importante de exaustão vital, em doentes com doença cardíaca isquémica. Consideraram ainda Preckel, Kanël, Kudielka e Fischer (2005), que certas características laborais, como trabalho por turnos, decisões hierárquicas, entre outras, são de alguma forma determinantes da exaustão vital nos trabalhadores.

Embora sejam escassos os estudos encontrados que relacionem de alguma forma a exaustão vital com o ambiente de trabalho, eles revelam-se particularmente significativos na medida em que deixam antever alguma relação entre essas dimensões. Destaca-se ainda como significativo para o nosso estudo, o facto de determinadas características de trabalho, que encontramos também no âmbito da enfermagem em UCI, como a excessiva carga de trabalho, a exigência de qualidade, ou o trabalho por turnos, entre outras, se revelarem como importantes factores de exaustão vital.

Entende-se assim que a investigação sobre a relação entre exaustão vital e situação laboral, é ainda pouco expressiva e apresenta mesmo algumas contradições. No entanto, os dados sugerem já algumas pistas que nos colocam perante a pertinência do desenvolvimento de uma pesquisa com vista a clarificar essa relação no seio da enfermagem em UCI.

Desenvolveremos de seguida, do ponto de vista teórico, dois dos conceitos que surgem associados à exaustão vital e sobre os quais pretendemos também incidir o nosso estudo, nomeadamente a ansiedade e personalidade.

---

**3. ANSIEDADE**

### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO DE ANSIEDADE

Parece ser consensualmente aceite que a ansiedade é uma experiência humana universal, surgindo em inúmeras situações ou circunstâncias do nosso quotidiano. Desde há muito que a ansiedade se apresenta como centro de interesse no pensamento filosófico, no seguimento daquilo que eram as principais preocupações filosóficas da altura, nomeadamente os conflitos e crises existenciais dos seres humanos (May, 1980).

Como parte integrante da própria condição humana, a ansiedade desempenha mesmo um importante papel na vida da pessoa. Algo que se percebe quando a ansiedade é perspectivada como um estado afectivo, marcado por um sentimento de apreensão face à antecipação de um perigo, como um sinal de alerta que informa sobre um perigo eminente e permite ao indivíduo adoptar medidas para enfrentá-lo (McCloskey e Bulechek, 2005). Daí a ansiedade ser entendida como um fenómeno adaptativo necessário ao homem para o confronto com as situações quotidianas. Encarada de certa forma como uma reacção do organismo, funciona muitas vezes como um “instinto”, uma vez que pode tornar previsíveis situações de perigo, ou de ameaça que se aproximem, preparando assim o organismo para tomar as medidas necessárias, de modo a impedir a concretização desses possíveis prejuízos, ou pelo menos diminuir as suas consequências, acontecendo como uma reacção natural e fundamental para a auto-preservação.

O conceito de ansiedade tem origem no termo grego *anhsein* que significa sufocar, oprimir e nos termos latinos *angor* que exprime opressão e *angere* que significa causar grande constrição, sofrimento. A origem do termo revela o lado desagradável da ansiedade, mesmo quando perspectivada como algo benéfico que marca presença ao longo da vida da pessoa.

No Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry (Goldenson, 1984) a ansiedade é definida como um conjunto de manifestações físicas e psicológicas, que podem ocorrer em indivíduos sadios ou acompanhar e caracterizar algumas doenças. Constituindo uma experiência humana desejável, que ocupa um papel fundamental na interacção com o meio envolvente, a ansiedade pode manifestar-se de diferentes maneiras, com a possibilidade de algumas delas assumirem mesmo uma certa dimensão

patológica, determinando um significativo mal-estar e interferindo negativamente nas actividades quotidianas.

É precisamente numa vertente patológica que a Organização Mundial de Saúde (2003) considera a ansiedade como uma forma de distúrbio, enquadrando-se nos quadros neuróticos. Este componente psíquico caracteriza-se por uma incapacidade do Ego em mediar as situações exteriores e interiores que acontecem no mundo mental. Caracteriza-se por uma resposta inadequada a determinado estímulo, com prejuízo para o bem-estar e para o próprio desempenho do indivíduo, face às situações consideradas ameaçadoras.

Não obstante a dimensão patológica que pode assumir, a gestão da ansiedade não supõe contudo a sua eliminação, uma vez que como refere May (1980), eliminar a ansiedade da pessoa, pode inibir a motivação para a mudança e, em consequência, negar uma oportunidade à aprendizagem e destruir recursos vitais. Desejável será manter a ansiedade em níveis suportáveis, já que assim actua como um estímulo à vigilância e à acção, que nos protege dos perigos e ameaças à sobrevivência e ao desenvolvimento.

Realçando-se a sua complexidade, mesmo no que concerne ao seu lado desagradável e patológico, não deixa contudo de se sublinhar a importância da ansiedade para a existência humana, constituindo-se ela própria também como significativo campo de estudo nas várias áreas de conhecimento, com particular destaque para a psicologia. É assim que encontramos a ansiedade considerada sob várias perspectivas, em diferentes teorias como as psicanalíticas, comportamentais, existenciais ou biológicas, destacando-se de certo modo como ponto comum, a sua função adaptativa que garante a sobrevivência.

Entre as diferentes conceptualizações de ansiedade, Freud contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das pesquisas sobre o tema e de alguma forma conferiu-lhe lugar de destaque, no âmbito do conhecimento científico. Para Freud, a ansiedade é vista como parte do instinto de conservação do ser humano e herdada filogeneticamente, sendo considerada como um sinal reconhecido pelo consciente ou subconsciente, como um indicador de perigos no presente e no futuro (Freud, 1946). O psicanalista nos seus estudos distinguia entre ansiedade objectiva e ansiedade neurótica. A

primeira ocorre quando um indivíduo percebe ou antecipa um perigo real; a segunda tem lugar quando as pulsões recalcadas se fazem sentir ou de algum modo se anunciam.

Spielberger, mais recentemente, define ansiedade como um corte transversal temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa, consistindo em sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo, preocupação e activação do sistema nervoso autónomo, variando em intensidade e oscilando num certo espaço de tempo (Spielberger, 1966).

Para May (1980), a ansiedade é um estado ou condição emocional desagradável, que inclui componentes comportamentais e fisiológicos, acompanhados por descargas motoras, consequentes à percepção de uma situação de perigo, seja a nível biológico ou psicológico.

Lazarus e Folkman (1984), descrevem-na como uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, sendo avaliada por este como uma ameaça ou algo acima das suas possibilidades, e que põe em risco o seu bem-estar.

Por outro lado Horley, Williams, Gonsalvez e Gordon (2003) descrevem ansiedade como um sentimento vago incomodativo cuja origem é frequentemente inespecífica e desconhecida para o indivíduo; estes autores classificam-na de ansiedade leve, moderada e severa, diferenciando-se pelo aumento do nível de alerta associado com a expectativa de uma ameaça, podendo estar relacionado com factores como o auto conceito, estado de saúde, posição.

Outros autores (p.e. McCloskey e Bulechek, 2005) definem ansiedade como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo, como um sinal de alerta que informa um perigo eminente e permite ao indivíduo adoptar medidas para enfrentá-lo.

Associada à multiplicidade de definições de ansiedade, a caracterização dos componentes da ansiedade surge também com bastante amplitude.

Liebert e Morris consideram a ansiedade como um fenómeno bidimensional, com duas componentes: A cognitiva (preocupação) e a somática (emocionalidade). Referem que a preocupação é primariamente uma perturbação sobre as consequências de um possível insucesso, enquanto que a emocionalidade se refere a reacções autonómicas que tendem a ocorrer

numa situação de stress, ou a elementos afectivos, perturbantes, fisiológicos, como o nervosismo e a tensão, (Lieber e Morris, 1967)

Eysenck (1992) identificou na ansiedade, três sistemas de respostas, nomeadamente, a comportamental, a fisiológica e a verbal.

Por seu lado Spielberger (1981), propôs uma distinção entre ansiedade traço e ansiedade estado. A primeira, ansiedade traço, é representada pela disposição ou o modo habitual de perceber uma ampla escala de situações como perigosas ou ameaçadoras, bem como na tendência de reacção perante tais ameaças, e a segunda, ansiedade estado, refere-se a um estado emocional transitório que varia em intensidade e muda com o tempo. Cabe ainda destacar que a ansiedade estado, por sua vez, possui dois componentes: reacções cognitivas, que focam inadequações ou fracassos em potencial, e reacções autónomas ou emocionais, relacionadas com o funcionamento do sistema nervoso simpático (Endler, Parker, Bagby e Cox, 1991). Neste sentido a ansiedade estado comporta uma abrangência de manifestações, relacionadas quer com a existência de sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, quer com as reacções somáticas determinadas pela actividade do sistema nervoso autónomo.

O estado de ansiedade comporta uma abrangência de manifestações e admite também uma duração e intensidade que variam de indivíduo para indivíduo de acordo com as diferentes situações e algumas características pessoais.

Estudos como os de Guida e Ludlow (1989); Sogunro, (1998), Leach; Christensen; Mackinnon; Windsor e Butterworth, (2008), McLean e Anderson (2009), entre outros, relacionaram ansiedade com género, apresentando no entanto diferenças nos seus resultados.

McLean e Anderson (2009), numa revisão de literatura sobre o tema, encontraram estudos que evidenciam existir diferenças entre géneros, sendo mais provável que as mulheres desenvolvam maiores níveis de ansiedade relativamente aos homens, e tal pode dever-se a influências biológicas, traços de personalidade, *stress*, trauma, factores cognitivos e ambientais. Todos estes resultados poderão ainda ser explicados pelo modo como cada indivíduo percebe uma situação específica como psicologicamente perigosa ou

ameaçadora, sendo isso grandemente influenciado pela experiência anterior de cada pessoa e não por estas variáveis (McLean e Anderson, 2009).

Por sua vez, no estudo realizado por Leach, Christensen; Mackinnon, Windsor e Butterworth (2008), observou-se independência entre ansiedade e género, ressaltando contudo que à medida que a idade aumenta, parece haver um decréscimo da ansiedade.

Entende ainda Spielberger (1981) que o nível de ansiedade estado é alto em situações percebidas como ameaçadoras pelo indivíduo, independentemente do perigo objectivo. Mas esclarece também que é difícil determinar se uma reacção de ansiedade é ou não proporcional ao perigo objectivo.

De acordo com alguns estudos, as pessoas com elevados níveis de ansiedade traço, tendem a apresentar também elevados níveis de ansiedade estado, por reagirem com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1979; Anastasi e Urbina, 2000).

A verdade é que proporcional ou não proporcional ao perigo objectivo, a ansiedade pode ter repercussões negativas para o indivíduo, sobretudo se for de grande intensidade e de prolongada duração, dado que em vez de contribuir para o confronto com a situação que causa ansiedade, limita, dificulta ou impossibilita mesmo a capacidade de adaptação do indivíduo à realidade circundante.

É de certa forma relevante a referência da literatura à influência da ansiedade nas várias áreas da vida como a cognitiva, social, afectiva e da saúde em geral, assim como é também bastante significativo o trabalho de pesquisa centrado na relação da ansiedade com diferentes variáveis.

No que diz respeito à ansiedade em contexto laboral, a investigação tem-se encarregado de demonstrar os níveis de ansiedade no contexto de determinadas profissões, indicando também alguns dos factores pessoais, interpessoais e organizacionais, associados à expressão dessa mesma ansiedade. No âmbito da enfermagem, os estudos são reveladores de consideráveis níveis de ansiedade nos enfermeiros, bem como da associação da ansiedade com determinadas variáveis (Menziés, 1970; Gatti, Leão, Silva, e Puggina, 2004; Bianco, 2004; Silva e Queirós, 2009).

Tendo em vista as características das UCI como referimos anteriormente, em que o convívio com situações potencialmente ameaçadoras como a doença, o sofrimento e a morte, para referir apenas algumas, coloca os enfermeiros numa constante tentativa de adaptação a essas mesmas situações, revela-se-nos pertinente considerar os níveis de ansiedade desta população, na sua relação com outras variáveis do estudo, bem como a sua eventual associação com a exaustão vital.

No seguimento do enquadramento conceptual, prosseguimos agora para uma abordagem teórica do conceito de personalidade, que se apresenta também como uma variável com evidências de associação à exaustão vital, e que teremos em conta no nosso estudo.

---

**4. PERSONALIDADE**

#### 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO DE PERSONALIDADE

Apresentar uma definição de personalidade é uma tarefa bastante complexa, entre outros aspectos porque nos levaria a seleccionar apenas uma, dentro de uma variedade imensa de definições existentes sobre o termo. Refere precisamente Lima e Simões (2000) que existe uma diversidade infinita de definições para o termo personalidade, e que se pode mesmo colocar a questão se será do mesmo conceito que se escreve, ou de outros diferentes, mas com o mesmo nome.

A verdade é que o conceito de personalidade surge associado a várias definições, correspondendo estas a diferentes concepções e perspectivas que as várias teorias sobre a personalidade adoptam. Allport (1966) psicólogo norte-americano que centrou muito do seu interesse no estudo da personalidade, refere que na década de 30, já se tinham identificado mais de 50 definições de personalidade, definindo-a este autor como *“a organização dinâmica, no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característico”*.

A personalidade é assim a síntese integral das actividades psíquicas, e é um atributo característico do homem. Neste sentido, a personalidade representa essencialmente a noção de unidade integrativa da pessoa, uma ideia dinâmica de personalidade em constante mutação, dinâmica essa que depende da interacção entre todos os aspectos que a constituem. Assente nestes pressupostos, a personalidade de um indivíduo, será também a marca de unicidade que o distingue de todos os outros, e que determina o modo como cada um age, pensa e sente, na relação consigo e com o mundo.

Não obstante esta consideração geral de personalidade, não nos esqueçamos contudo que hoje dia, continuamos a encontrar distintas abordagens da personalidade, consoante consideramos as teorias psicanalíticas, as teorias da aprendizagem, a abordagem biológica e evolucionária, bem como as teorias dos traços entre outras (Feldman, 2001).

As teorias dos traços representam um modelo de personalidade que pretende identificar os traços essenciais à descrição da personalidade. Eysenck (1989) é um dos autores que apresenta uma teoria da personalidade baseada nos traços de personalidade. Para ele, personalidade é a organização

mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento único ao ambiente que o rodeia, e identificou aquilo que para ele seriam os elementos essenciais da estrutura da personalidade: Neurocitismo e Extroversão.

É por sua vez a partir das teorias de traços de personalidade, bem como das teorias factoriais, que surge o Modelo dos Cinco Factores de personalidade. Desde McDougall que foi quem pela primeira vez apresentou uma explicação da personalidade a partir de cinco factores, e de Thurstone (1934, citado por Goldberg, 1993) que desenvolveu um estudo pioneiro confirmando a adequação do modelo, várias pesquisas se desenvolveram corroborando esses resultados, constituindo-se progressivamente uma afirmação sólida do Modelo dos Cinco Factores. Assim se tem gerado um crescente interesse por parte da comunidade científica em relação a este modelo, não só por ele apresentar uma descrição relativamente simples de personalidade, mas também pela importante evidência da sua aplicabilidade a diversos contextos.

O Modelo dos Cinco Factores de Personalidade apresentado por Costa e McCrae, organiza de forma hierárquica os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (Costa e McCrae, 1980).

Descrevem-se de seguida cada um dos factores mencionados:

O **Neuroticismo** é uma das variáveis do funcionamento negativo da personalidade mais estudadas na literatura psicológica, não só a nível clínico como também social e educacional. Na verdade, poucos são os que se podem considerar totalmente equilibrados, tendo em conta a sociedade stressante em que vivemos. Segundo Costa e McCrae (1987), Neuroticismo é uma ampla dimensão de diferenças individuais tendendo a experienciar emoções desagradáveis e aflitivas, possuindo ao mesmo tempo traços cognitivos e comportamentais. Trata-se de uma definição parcial, como outras, mas tem o mérito de insistir na vasta gama sintomatológica, no sofrimento psíquico que provoca e na dimensão cognitivo-comportamental que abrange. O Neuroticismo, mais do que um estado emotivo passageiro, é um traço ou tendência estável da personalidade, é considerado como um funcionamento perturbado, mais ou menos estável, da personalidade, se bem que se possa

aligeirar ou agravar a sua carga conforme as diversas circunstâncias e momentos do sujeito. O neuroticismo é um traço cognitivo-afectivo ou uma expressão negativa da personalidade (Barros de Oliveira, 2002).

A dimensão neuroticismo/estabilidade, refere Eynsenk (1989), está relacionada com um sistema de *feedback* que se estabelece entre o sistema límbico e o sistema reticular activador do sistema nervoso autónomo, e é responsável pela maior ou menor estabilidade emocional. Por sua vez, traduz a instabilidade emocional, na medida em que o neuroticismo constitui a tendência inata de certos indivíduos para responder com o seu sistema nervoso autónomo mais rápida e intensa do que outros a estímulos súbitos, fortes e dolorosos que incidem sobre os órgãos dos sentidos.

O aspecto central desta dimensão é a tendência a experienciar afectos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa.

Diversos estudos, Costa e McCrae (1992, citado por Costa e McCrae, 2000), têm demonstrado que os sujeitos com tendência a experienciar um destes estados tendem a fazer o mesmo com os outros. Estes autores referem ainda que, atendendo ao facto deste tipo de emoções interferir com a adaptação, homens e mulheres com neuroticismo elevado têm maior tendência a ter ideias irrealistas, dificuldade em controlar os seus impulsos e a lidar menos bem com o stress. Estes são elementos que vêm de encontro aos resultados de um estudo realizado por Kim, Shin e Swanger (2009), sobre a relação entre *burnout* e as dimensões do Modelo dos Cinco Factores de personalidade, em que concluíram que o neuroticismo é o traço de personalidade que mais interfere com o *burnout*.

A **Extroversão** é uma importante componente da personalidade humana que, no modelo dos Cinco Grandes Factores está relacionado com o modo como as pessoas interagem com os outros, indicando o quão comunicativas, conversadoras, activas, assertivas e sociáveis elas são (Nunes e Hutz, 2006). Esta dimensão da personalidade, traduz, a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria, Costa e McCrae (2000).

No contexto do trabalho e das organizações, a variável Extroversão tem-se revelado de extrema importância, relacionando-se e predizendo construtos úteis na área. É importante mencionar o trabalho de Bozionelos (2004), que

investigou a relação entre os cinco factores e comprometimento organizacional, verificando que a dimensão extroversão explica, em parte, o envolvimento dos trabalhadores com o local de trabalho.

Baseando-se na teoria da personalidade postulada por Eysenk, Ponciano e Cols. (1981, citado por Martins, 2001), realizaram um estudo, tendo como objectivo verificar a relação existente entre o tipo de personalidade do sujeito e o seu ajustamento ao trabalho, partindo da hipótese de que os introvertidos teriam preferências por ambientes pouco estimulantes, monótonos, repetitivos e com poucos contactos interpessoais, e que o inverso se passaria com os extrovertidos. Para o efeito, os investigadores utilizaram a escala de saúde mental - Maudsley Personality Inventory. Dos resultados obtidos, concluíram que os introvertidos a trabalhar em ambientes com elevada estimulação tendem a descompensar significativamente, sendo que esta situação não se verifica em relação aos extrovertidos, quando as condições de trabalho são monótonas, repetitivas e com fraca estimulação

A **Abertura à Experiência**, é a menos conhecida e a mais controversa das cinco dimensões, mas é também a mais relevante para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade, Costa e McCrae (1992, *cit in* Costa e McCrae, 2000).

Os indivíduos abertos à experiência caracterizam-se por serem curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior, sendo as suas vivências muito ricas; são pouco convencionais e facilmente colocam em causa a autoridade e optam por novas ideias sociais, políticas e/ou éticas.

As pessoas que pontuam baixo em Abertura à Experiência, tendem a ser mais convencionais, conservadoras, terra à terra, preferem o familiar à novidade, têm uma gama de interesses mais limitada e tendem a ser pouco artísticas e analíticas (Costa e McCrae, 2000).

A **Amabilidade**, tal como a Extroversão, é uma dimensão, que diz respeito às tendências interpessoais, e refere-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo, nos pensamentos, sentimentos e acções. Segundo Costa e McCrae (2000), a pessoa amável é fundamentalmente altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável e disposta a acreditar nos outros, recta, inclinada a perdoar, é simpática com os outros e acredita que os outros

serão igualmente simpáticos enquanto a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa. A dimensão amabilidade tem-se revelado em alguns estudos uma variável que pontua mais no género feminino do que no género masculino (p.e.Baumgartner, 2009).

A **Conscienciosidade** avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Contrasta indivíduos que são escrupulosos, com os que são preguiçosos e descuidados (Costa e McCrae, 2000).

A conscienciosidade é também um aspecto daquilo que vulgarmente se designa por “carácter”. O sujeito consciencioso é dotado de força de vontade, determinado, de confiança, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, auto-disciplinado, arranjado e ambicioso. Num estudo sobre bem-estar realizado por Simões, Lima, Vieira, Ferreira, Oliveira, Alcoforado e Cols (2006), verificou-se que a Conscienciosidade está directamente relacionada com o Bem-estar Subjectivo. Os autores referem que este traço de personalidade leva os indivíduos a fixarem metas pessoais mais elevadas, a esforçarem-se mais, e, conseqüentemente obterem melhores resultados, dos quais deriva maior satisfação. Os autores Kim, Shin e Swanger (2009) concluíram ainda nos seus trabalhos que a conscienciosidade, juntamente com o neuroticismo, são os traços de personalidade que mais predizem o compromisso/empenho com o trabalho.

Com base nos cinco factores da personalidade apresentados, desenvolveram-se alguns instrumentos de avaliação da personalidade. É o caso do inventário de personalidade NEO PI-R, criado pelos investigadores norte-americanos Costa e McCrae, que operacionaliza o modelo dos cinco factores, sendo considerado o instrumento de avaliação da personalidade mais utilizado em todo o mundo, e que deu origem a outros, como por exemplo o Inventário de Personalidade dos Cinco factores com 20 itens (NEO-FFI 20), criado por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006), que é uma versão reduzida do primeiro.

Apesar das inúmeras críticas, considera-se que a abordagem do modelo dos cinco factores de personalidade, apresenta suporte empírico quando se

procura relacionar traços de personalidade com outros constructos, (Lima e Simões, 2000) e demonstra ser um instrumento válido para a avaliação da personalidade na área da Psicologia da Saúde (Patrão e Leal, 2004).

São assim particularmente significativos os estudos que se debruçam sobre os traços de personalidade e da sua relação com a saúde. A utilidade destes estudos assenta de certo modo no entendimento que os traços de personalidade podem ter um papel causal na etiologia da doença; bem como podem também funcionar como mediadores do stress, como estilos de *coping*; e por último podem ser indicadores da probabilidade de adoptar comportamentos de risco ou não para a saúde (Botelho e Leal, 2001).

Em contexto clínico, Costa e McCrae referem que, todos os cinco factores podem ser úteis para a identificação de condutas de tratamento ou identificação de importantes sintomas de perturbações da personalidade. Estes autores propuseram três motivos pelos quais tais medidas podem ser utilizadas nesses contextos, ou seja: permitem avaliar estilos emocionais, interpessoais e motivacionais que podem servir de interesse aos clínicos; permitem oferecer um cenário compreensível do indivíduo que não pode ser obtido com a maioria dos instrumentos clinicamente orientados; e permitem ainda fornecer informações suplementares que podem ser úteis na selecção do tratamento e prognóstico dos casos (Costa e McCrae, 1980).

Em relação ao stress, destacam-se de um modo particular importantes dados da literatura que apontam para a influência dos traços de personalidade tanto na intensidade da manifestação do stress, como nas estratégias para o enfrentar.

É de certa forma o que considera Dreher (1985), quando refere que as pessoas com determinados traços de personalidade, têm como que um poder imune e conseguem lidar com acontecimentos stressantes através da aceitação, flexibilidade e vontade de aprender e crescer.

Autores como Kenney e Bhattacharjee (2000), defendem concretamente que existe uma forte evidência de que diferentes traços de personalidade podem servir de mediadores no modo de reagir a situações de *stress*, aumentando ou comprometendo uma resposta às mesmas. Num estudo retrospectivo, que incluiu 300 mulheres, pretenderam avaliar as interacções entre exposição a *stressores*, os traços da personalidade e a sua saúde. As

mulheres expostas a um nível médio ou elevado de *stressores* e que apresentavam determinados traços de personalidade referiam mais sintomas do que as mulheres que não apresentavam aqueles traços de personalidade (Kenney e Bhattachatjee, 2000).

Considerando estudos de vários autores sobre o tema, podemos de uma forma mais abrangente considerar que as facetas da personalidade que ajudam os indivíduos a manterem-se saudáveis durante experiências de vida *stressantes* são assertividade (extroversão) (Solomon, 1981), confiança e altruísmo (amabilidade) (Luks, 1992), auto disciplina (conscienciosidade) (Linville, 1987), bem como o reconhecimento e expressão dos seus sentimentos (abertura à experiência) (Kenney e Bhattacharjee, 2000).

Abordando agora de um modo mais concreto o stress relacionado com o trabalho, tal como é encarado pelo National Institute for Occupational Safety and Health (2006), verifica-se que ele surge como uma consequência da desarmonia entre as exigências do trabalho e as capacidades do trabalhador. Trata-se de uma referência que evoca aspectos relacionados com as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho, e em que os recursos de personalidade medeiam a capacidade de adaptação, influenciando entre outros aspectos o próprio desempenho profissional.

Nos últimos anos têm também sido realizados alguns estudos relacionando a personalidade e o desempenho profissional, (p.e Barrick e Mount, 1991; Hurtz e Donovan, 2000; Salgado, Viswesvaran e Ones 2001; Hattrup, O'Connell e Labrador, 2005). Entre os estudos de maior relevo na literatura encontramos a meta-análise conduzida por Barrick e Mount (1991) com o objectivo de determinar as validades preditivas dos cinco factores de personalidade no critério desempenho profissional. De entre os traços de personalidade sujeitos a estudo, a conscienciosidade é o que se reveste de maior preponderância na predição do desempenho profissional (Hurtz e Donovan, 2000). Este traço, definido como o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo, tem atingido em vários estudos, coeficientes de validade corrigidos acima de 20 (Salgado, Viswesvaran e Ones, 2001). Mais recentemente os estudos de Hattrup, O'Connell e Labrador (2005), evidenciam também que as variáveis de personalidade constituem preditores válidos do desempenho profissional em diversos grupos ocupacionais.

Assim, embora de forma breve e culminando na apresentação de alguns exemplos concretos, não naturalmente considerados ao acaso, mas por de algum modo se inserirem no âmbito do nosso estudo, sublinhamos aquilo que nos parece ser um aspecto particularmente importante do modelo dos cinco factores de personalidade, que é a pertinência da sua aplicabilidade ao contexto em que desenvolvemos o nosso estudo.

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

---

**1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E TIPO DE ESTUDO**

A enfermagem em ambiente de cuidados intensivos é descrita como uma actividade especialmente complexa, em função de vários factores, nomeadamente elevadas exigências de ordem técnico-científica e relacional, decorrentes do confronto com os doentes em estado grave, com a família, com o sofrimento e com outras questões inerentes ao processo de cuidados nestes espaços. Uma realidade que de acordo com estudos já mencionados parece influenciar o estado físico, mental e psicológico do enfermeiro, que com ela se confronta no seu dia-a-dia de trabalho.

Por sua vez o conceito de exaustão vital, pouco explorado ainda no âmbito laboral, comporta no entanto um conjunto de aspectos, quer no que respeita aos factores determinantes para a sua ocorrência, quer no que se refere às suas próprias consequências, que o parece tornar particularmente relevante no âmbito da prática de enfermagem em UCI. Deste modo, e tendo também em conta a inexistência de pesquisas nesta área, julgamos pertinente o estudo da exaustão vital nesta população, tentando perceber a sua relação com as variáveis que lhe estão próximas. A presente pesquisa tem como objectivo principal estudar a associação entre a exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade dos enfermeiros que desempenham as suas funções em Unidades de Cuidados Intensivos. Além do objectivo principal referido, constituem-se ainda como objectivo deste estudo, a análise da exaustão vital, ansiedade e personalidade em função do género e tempo de serviço em Unidade de Cuidados Intensivos.

Consideramos assim a seguinte questão de partida:

- Qual a associação entre a exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade dos enfermeiros intensivistas, tendo em conta o género e tempo de serviço em UCI?

Considerando os pressupostos anteriores, desenvolvemos um estudo de cariz descritivo correlacional, que nos permite investigar as relações entre as variáveis bem como estabelecer previsões, não fornecendo contudo provas de causalidade (Almeida e Freire, 2003).

---

## **2. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Nos quadros 1,2,3 e 4 pode observar-se a operacionalização das variáveis e o valor de alfa ( $\alpha$ ) obtido no nosso estudo.

*Quadro 1 - Definição e operacionalização das variáveis sócio-demográficas e profissionais*

Variável	Operacionalização
<b>GÉNERO</b>	Categorização Homem / Mulher 1 – Homem 2 – Mulher
<b>TEMPO DE SERVIÇO NA UCI</b>	Categorização do tempo de serviço na UCI dos participantes em diferentes categorias 1- $\leq 2$ anos 2 - $>2$ e $\leq 8$ anos 3 – $>8$ anos

*Quadro 2 -Definição e operacionalização da variável exaustão vital*

Variável	Operacionalização
<b>EXAUSTÃO VITAL</b>	A resposta é dada numa escala crescente tipo Lickert de 23 itens; de 1 (discordância total) a 7 (concordância total). O estado de exaustão vital corresponde aos scores mais elevados. $\alpha = .962$
<b>DIMENSÕES EXAUSTÃO VITAL</b>	<b>Diminuição de Energia</b> Respostas obtidas aos 13 itens (1,3, 5,6,7,8,10,11,14,15,16,17 e 18), pelos quais a primeira dimensão é composta. $\alpha = .856$
	<b>Sentimentos de desmoralização</b> Respostas obtidas nos 7 itens (2,9,19,20,21,22 e 23), pelos quais a segunda dimensão é composta. $\alpha = .783$
	<b>Aumento da irritabilidade</b> Respostas obtidas nos 3 itens (4,12 e 13) da terceira dimensão. $\alpha = .765$

Quadro 3 - Definição e operacionalização da variável ansiedade

Variável		Operacionalização
<b>ANSIEDADE</b>		A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de 4 posições, correspondendo 1 ao grau mínimo de ansiedade e 4 ao grau máximo de ansiedade. Os itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20,21,26,27,30,33,36 e 39 apresentam cotação invertida.
<b>DIMENSÕES ANSIEDADE</b>	<b>Traço</b>	Respostas obtidas aos 20 itens que compõem a dimensão ansiedade - traço (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 e 40). $\alpha = .915$ (homens) $\alpha = .832$ (mulheres)
	<b>Estado</b>	Respostas obtidas aos 20 itens que compõem a dimensão ansiedade - estado. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16, 17,18,19 e 20) $\alpha = .946$ (homens) $\alpha = .928$ (mulheres)

Quadro 4 - Definição e operacionalização da variável personalidade

Variável		Operacionalização
<b>PERSONALIDADE</b>		As respostas a cada item são dadas numa escala ordinal de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente) Os itens 1,3,11,13,14,18 e 19 apresentam cotação invertida.
<b>DIMENSÕES PERSONALIDADE</b>	<b>Neuroticismo</b>	Respostas obtidas nos 4 itens (1,6,11 e 16), pelos quais a primeira dimensão é composta. $\alpha = .627$
	<b>Extroversão</b>	Respostas obtidas nos 4 itens (2,7,12 e 17), pelos quais a segunda dimensão é composta. $\alpha = .508$
	<b>Abertura à experiência</b>	Respostas obtidas nos 4 itens (3, 8,13 e 18), da terceira dimensão. $\alpha = .651$
	<b>Amabilidade</b>	Respostas obtidas nos 4 itens (4, 9, 14 e 19) da quarta dimensão. $\alpha = .541$
	<b>Conscienciosidade</b>	Respostas obtidas nos 4 itens: 5,10,15 e 20. $\alpha = .663$

---

**3. METODOLOGIA**

### 3. 1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a realização deste estudo a população foi constituída pelos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos Polivalente do Baixo Alentejo e Algarve. As referidas unidades pertencem às seguintes instituições, respectivamente: Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - Beja, Centro Hospitalar do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém, Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão e Hospital de Faro, EPE – Faro. A escolha da população justifica-se sobretudo pela proximidade geográfica, com o garante da rentabilização de tempo e de recursos. Da população referida, a amostra final é constituída por 79 enfermeiros.

De modo a caracterizar a amostra foi construído um questionário (Anexo A) com 20 questões, sendo que: seis (6) das quais referentes a dados sócio-demográficos dos enfermeiros, como *idade, género, estado civil, filhos, outras pessoas ao cuidado e habilitações académicas*; oito (8) referentes a características profissionais, tais como *vínculo com a instituição, tempo na profissão, tempo na UCI, regime de trabalho, número de horas de trabalho por semana, duplo emprego, horas semanais no duplo emprego, acidentes em serviço*; e seis (6) referentes a estilos de vida e saúde, nomeadamente *sono reparador, número de horas de sono, desenvolvimento de actividade física, desenvolvimento de actividades de lazer, sofrer alguma doença e tomar habitualmente algum tipo de medicação*.

A Tabela 1 ilustra a distribuição dos participantes em função da faixa etária, género, estado civil, existência de filhos, outras pessoas ao cuidado e habilitações académicas.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes em função das variáveis sócio-demográficas

		N = 79	
		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Faixa etária</b>	25 anos ou menos	17	21.5
	Dos 26 aos 30 anos	17	21.5
	Dos 31 aos 35 anos	18	22.8
	Dos 36 aos 40 anos	17	21.5
	Mais que 40 anos	10	12.7
	Total	79	100.0
<b>Género</b>	Masculino	22	27.8
	Feminino	57	72.2
	Total	79	100.0
<b>Estado Civil</b>	Solteiro/viúvo	45	57.0
	Casado/união de facto	34	43.0
	Total	79	100.0
<b>Filhos</b>	Sim	32	40.5
	Não	47	59.5
	Total	79	100.0
<b>Outras pessoas ao cuidado</b>	Pais/outros	2	2.5
	Nenhumas	77	97.5
	Total	79	100.0
<b>Habilitações Académicas</b>	Bacharelato	7	8.9
	Licenciatura ou formação avançada	71	89.9
	Formação Avançada	1	1.3
	Total	79	100.0

De acordo com a leitura da tabela acima representada, observa-se em relação ao *género*, uma população maioritariamente feminina, com 57 participantes, correspondendo a 72.2%.

A *faixa etária* está compreendida entre os 22 e os 53 anos, ( $M = 32.65$  anos;  $DP = 7.54$  anos). Verifica-se uma distribuição homogénea em todas as faixas etárias, com excepção na classe *mais que 40 anos* (12.7%). É possível observar que 87.3% dos participantes pertencem a faixas etárias abaixo dos 40 anos.

Relativamente ao *estado civil*, observamos que 43% dos participantes são casados ou vivem em união de facto e que 57% são solteiros.

No que concerne à *existência de filhos*, 59.5% dos inquiridos não tem filhos.

Verificou-se que apenas 2.5% da amostra tem *pessoas ao cuidado*; não apresentando como tal valor estatístico relevante.

Em relação às *habilitações académicas*, verifica-se que a maioria dos participantes, 89.9%, tem Licenciatura, 8.9 % possui o Bacharelato e 1.3%, detém Formação Avançada (Mestrado).

A distribuição dos participantes segundo as características profissionais é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes em função das variáveis profissionais

		N = 79	
		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Vínculo com a instituição</b>	Efectivo	46	58,2
	Contratado	33	41,8
	Total	79	100.0
<b>Tempo na profissão</b>	Até 1 ano	10	12,7
	2 a 4 anos	14	17,7
	5 a 9 anos	13	16,5
	10 a 14 anos	26	32,9
	15 ou mais anos	16	20,3
	Total	79	100.0
<b>Tempo na UCI</b>	≤2 anos	39	49.4
	>2 e ≤8 anos	31	39.2
	>8 anos	9	11.4
	Total	79	100.0
<b>Regime de trabalho</b>	Por turnos	74	93.7
	Fixo	5	6.3
	Total	79	100.0
<b>Nº horas de trabalho por semana</b>	24 h	1	1.3
	35 h	57	72.2
	40/42 h	21	26.6
	Total	79	100.0
<b>Duplo emprego</b>	Sim	24	30.4
	Não	55	69.6
	Total	79	100.0
<b>Horas semanais no duplo emprego</b>	Até 16 h	19	79.2
	Mais de 16h	5	20.8
	Total	24	100.0
<b>Acidentes em serviço</b>	Sim	13	16.5
	Não	66	83.5
	Total	79	100.0

Consoante podemos observar na tabela 2, relativamente ao *vínculo com a instituição*, 33 (41.8%) dos enfermeiros são contratados e 46 (58.2%) pertencem ao quadro/mapa de pessoal das instituições onde trabalham.

Relativamente ao *tempo na profissão*, verifica-se que cerca de 32.9% da população tem entre 10 a 14 anos de profissão; destacando-se também que

12.7% tem no máximo 1 ano de profissão. ( $\underline{M}$ = 9.85 anos; DP = 7.293 anos; mínimo = 1 ano e máximo = 33 anos).

No que diz respeito ao *tempo na UCI*, observa-se que uma minoria, 11.4% permanece no mesmo local de trabalho há 8 ou mais anos; e que cerca de metade da amostra desempenha funções na UCI há 2 ou menos anos. ( $\underline{M}$  = 4.47 anos e DP = 3.779 anos; mínimo = 1 ano e máximo = 17 anos).

No que concerne ao *regime de trabalho* praticado pelos enfermeiros inquiridos, 74 (93.7%) trabalham por turnos.

A maioria dos enfermeiros (57) tem um horário de 35 *horas de trabalho semanais*, a que corresponde 72.2% da amostra; 21 participantes (26.6%), têm um horário de 40/42h e um inquirido (1.3%), tem horário reduzido de 24 horas.

Observa-se que 30.4% dos enfermeiros têm *duplo emprego*. Dos 24 participantes que mencionaram desempenhar duplo emprego, 19 (79.2%) trabalham até 16 horas por semana e 5 (20.8%) trabalham mais de 16 horas.

Na questão relativa aos *acidentes em serviço*, é possível observar que 16.5% dos enfermeiros responderam afirmativamente, correspondendo este valor a 13 profissionais.

A Tabela 3 corresponde à distribuição dos participantes em função dos estilos de vida e saúde.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes em função das variáveis estilos de vida e saúde

		N = 79	
		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Sono reparador</b>	Sim	56	70,9
	Não	23	29,1
	Total	79	100.0
<b>Nº horas de sono</b>	Até 6h	26	32,9
	7h ou mais	53	67.1
	Total	79	100.0
<b>Desenvolvimento de actividade física</b>	Sim	38	48,1
	Não	41	51,9
	Total	79	100.0
<b>Desenvolvimento de Actividades de Lazer</b>	Sim	61	77,2
	Não	18	22,8
	Total	79	100.0
<b>Sofre alguma doença</b>	Sim	13	16,5
	Não	66	83,5
	Total	79	100.0
<b>Toma habitualmente algum tipo de medicação</b>	Sim	7	8,9
	Não	72	91,1
	Total	79	100.0

Quando questionados se têm *sono reparador*, a maioria dos enfermeiros, 70.9%, refere que sim e 29.1% dos enfermeiros respondem negativamente.

No que se refere ao número *de horas de sono*, observa-se que a maior percentagem dos inquiridos refere dormir 7 ou mais horas por dia, o que corresponde a 67.1%.

Conforme se pode observar na mesma tabela, 38 enfermeiros (48.1%), *desenvolvem uma actividade física*; e 51.9% dos inquiridos, o que corresponde a 41 enfermeiros, refere não praticar qualquer actividade física.

Relativamente ao *desenvolvimento de actividades de lazer*, verifica-se que a maioria da amostra, ou seja 61 enfermeiros (77.2%), respondeu afirmativamente.

Em relação ao facto de *sofrer de alguma patologia* verifica-se que a maioria (83,5%) respondeu negativamente a esta questão. Da mesma forma que a maioria (91,1%) negou também *tomar habitualmente algum tipo de medicação*.

### **3.2 – PROCEDIMENTO**

A investigação iniciou-se com o pedido de autorização aos Conselhos de Administração das várias instituições em causa, nomeadamente: Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - Beja, Centro Hospitalar do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém, Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão e Hospital de Faro, EPE – Faro. Posteriormente, por sugestão dos Enfermeiros Directores destes hospitais, foram agendadas reuniões informais com os Enfermeiros Chefes das respectivas Unidades de Cuidados Intensivos, com o intuito de esclarecer os objectivos do estudo a realizar.

Após a anuência dos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Anexo B); Centro Hospitalar do Litoral Alentejano (Anexo C); Hospital do Barlavento Algarvio (Anexo D); e Hospital de Faro, EPE (Anexo E); solicitou-se a colaboração dos enfermeiros das referidas unidades para a sua participação no estudo, através do preenchimento do instrumento de colheita de dados, que lhes foi entregue com as respectivas instruções para o seu preenchimento. A aplicação dos questionários decorreu entre Janeiro e Março de 2008.

Os participantes foram informados de que tinham toda a liberdade para não responder ou desistir.

A aplicação dos questionários foi individual e o seu preenchimento foi efectuado em dois tempos. Mais precisamente no que diz respeito ao Inventário de Ansiedade, a escala que avalia a Ansiedade - Traço foi aplicada só no final do turno, de modo a evitar a influência do sentimento despertado pela aplicação da segunda escala, a que avalia a Ansiedade-Estado, na primeira, (Silva, 2006). Todos os restantes questionários foram entregues no início do turno.

De modo a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados, os questionários foram identificados numericamente e após o seu preenchimento

foram encerrados pelos participantes, em envelope individual, para serem posteriormente recolhidos.

### **3.3 – INSTRUMENTO**

Para atingir os objectivos do nosso estudo, para além do questionário de caracterização da amostra já referido, utilizaram-se três instrumentos nomeadamente:

- Escala de Exaustão Vital
- Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y
- Inventário de Personalidade Neo-FFI-20

#### **3.3.1 - Escala de exaustão vital**

Para o nosso estudo utilizámos a Escala de Exaustão Vital, instrumento resultante da tradução e adaptação para a população portuguesa de uma entrevista estruturada para o estudo da exaustão vital “*Maastricht Interview for Vital Exhaustion*” de Meesters e Appels. (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

Com o objectivo de validar um instrumento para avaliação da exaustão vital na população portuguesa com doença arteriosclerótica das artérias coronárias, os autores desenvolveram um questionário, a partir da tradução e adaptação do instrumento original acima referido. Para a sua validação, aplicaram-no a duas amostras da população portuguesa, uma considerando a população em geral e outra considerando pessoas com doença das artérias coronárias. A exaustão vital avaliada pela escala é explicada pela ocorrência de fadiga não habitual e perda de energia em mais de 90%, por sentimentos de desmoralização e aumento da irritabilidade, entre 47% e 77 % (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

A Escala de Exaustão Vital é um instrumento de 23 itens, (Anexo F). Para a sua cotação foi considerada uma escala de concordância de 1 a 7 pontos, uma escala crescente tipo Lickert, com a seguinte correspondência: 1-“Discordo

completamente”; 2- “Discordo muito”; 3- “Discordo moderadamente”; 4- “Não concordo nem discordo”; 5- “Concordo moderadamente”; 6- “Concordo muito” e 7- “Concordo completamente”.

Os scores podem variar entre 23 e 161, correspondendo o estado de exaustão aos scores mais elevados.

Os itens distribuem-se em 3 sub-escalas, cujo conteúdo se associa às características da exaustão vital:

➤ Diminuição de energia (13 itens: 1,3,5,6,7,8,10,11,14,15,16, 17,18). A resposta é dada numa escala crescente tipo Lickert de 1 (discordância total) a 7 (concordância total), em que se solicita ao indivíduo que assinale o grau de concordância com cada afirmação. A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .960 (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

➤ Sentimentos de desmoralização (7 itens: 2,9,19,20,21,22,23). A resposta é dada numa escala crescente tipo Lickert de 1 (discordância total) a 7 (concordância total), em que se solicita ao indivíduo que assinale o grau de concordância com cada afirmação. A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .890 (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

➤ Aumento da irritabilidade (3 itens: 4,12,13). A resposta é dada numa escala crescente do tipo Lickert de 1 (discordância total) a 7 (concordância total), em que se solicita ao indivíduo que assinale o grau de concordância com cada afirmação. A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .880 (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003).

No nosso trabalho para a cotação de cada sub-escala da Escala de Exaustão Vital, é calculada a média dos itens que a constitui. A cotação da Exaustão Vital global (23 itens) resulta da média de todos os itens da escala, considerando quer para as sub-escalas quer para a exaustão vital total o valor mínimo de 1 e o máximo de 7.

### **3.3.2 Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) forma Y**

Outra parte do questionário integra o Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) forma Y, (Anexo G). Desenvolvido originalmente por Spielberger em 1983, utilizámos no nosso estudo a adaptação portuguesa efectuada por

Santos e Silva (1997). O Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) forma Y é um instrumento de relato pessoal, que avalia sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação.

É uma escala composta por 40 itens, constituída por duas sub-escalas: a escala que avalia a Ansiedade-Estado, relativa ao modo como o indivíduo se sente no momento - 20 itens; e a *escala* que avalia a Ansiedade-Traço, relativa ao modo como o indivíduo se sente habitualmente - 20 itens.

Os itens distribuem-se do seguinte modo nas 2 sub-escalas:

➤ Escala Ansiedade-Estado (20 itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20);

A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .830 a .860 para homens e  $\alpha$ ) = .860 a .920 para mulheres, nos trabalhos de Diaz-Guerrero e Spielberger (1975,citado por Virella; Arbona e Novy, 1994). Estes últimos autores por sua vez realizaram um estudo sobre as propriedades psicométricas e estrutura factorial da versão espanhola do Inventário de Ansiedade Estado-Traço e obtiveram a seguinte consistência interna: ( $\alpha$ ) = .910 e .920 para homens e mulheres (Virella; Arbona e Novy, 1994).

➤ Escala Ansiedade-Traço (20 itens: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39,40);

A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .860 a .900 para homens e  $\alpha$ ) = .860 a .920 para mulheres, de acordo com os trabalhos de Diaz-Guerrero e Spielberger (1975, citado por Virella; Arbona e Novy, 1994). Estes valores viriam a ser corroborados por estes últimos autores, ao obterem ( $\alpha$ ) =.860 para ambos os géneros (Virella; Arbona e Novy,1994).

Para a sua cotação, cada item é avaliado numa escala tipo Likert de 4 pontos, correspondendo 1 ao grau mínimo e 4 ao grau máximo de ansiedade. Cada escala é pontuada de 20 a 80, sendo o *score* final proporcional ao nível de ansiedade do sujeito (Santos e Silva, 1997).

No nosso trabalho para a cotação de cada sub-escala do Inventário Estado-Traço de Ansiedade, é calculada a média dos itens que a constitui, considerando o valor mínimo de 1 e o máximo de 4.

### 3.3.3 - Inventário de personalidade NEO-FFI-20

O Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 ou Inventário de Personalidade dos Cinco Factores com 20 Itens, (Anexo H), da autoria de Bertoquini e Pais-Ribeiro, vem operacionalizar o Modelo dos Cinco Factores de Personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade, constituindo uma versão resumida do Teste NEO-PI-R de Costa e McCrae (Bertoquini, Pais-Ribeiro, 2006).

Para a sua cotação foi considerada uma escala de concordância de 1 a 5 pontos, uma escala crescente tipo Lickert, com a seguinte correspondência: 1- “Discordo fortemente”; 2- “Discordo”; 3- “Neutro”; 4- “Concordo”; 5- “Concordo fortemente”.

Os 20 itens encontram-se distribuídos por 5 factores, como se apresenta em baixo, sendo que os itens 1,3,11,13,14,18 e 19, apresentam cotação invertida.

➤ Neuroticismo (4 itens: 1,6,11,16); a consistência interna é-nos dada através do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .710;

➤ Extroversão (4 itens: 2,7,12,17); a consistência interna é-nos dada através do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .710;

➤ Abertura à Experiência (4 itens: 3,8,13,18); a consistência interna é-nos dada através do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .720;

➤ Amabilidade (4 itens: 4,9,14,19); a consistência interna é-nos dada através do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .710;

➤ Conscienciosidade (4 itens: 5,10,15,20); a consistência interna é-nos dada através do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .760.

No nosso trabalho para a cotação de cada factor do Inventário de Personalidade, é calculada a média dos itens que o constitui, considerando o valor mínimo de 1 e o máximo de 5.

Para a utilização deste inventário, solicitou-se por correio electrónico a um dos seus autores, o envio da mesma, bem como a autorização para a sua utilização. O autor procedeu ao seu envio, bem como à respectiva autorização pela mesma via (Anexo I), enviando também a cotação dos itens.

### 3.4 – TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tratados através do programa informático de tratamento estatístico de dados SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.0 em Inglês para o Sistema Operativo *Windows*, a partir da criação de uma base de dados, de acordo com o instrumento de colheita de dados aplicado.

Para a caracterização da amostra, nomeadamente no que se refere às variáveis sócio-demográficas, profissionais e estilos de vida e saúde, recorreremos à estatística descritiva.

Para avaliar a normalidade da distribuição, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov ( $n > 50$ ). No ANEXO J, podemos consultar a Estatística descritiva das dimensões das Escalas utilizadas. Atendendo à inexistência de normalidade recorreremos a Testes Não paramétricos, nomeadamente: Teste de Mann-whitney para a comparação entre dois grupos e Teste de Kruskal-Wallis para a comparação de três ou mais grupos. Para medir a intensidade da relação entre variáveis utilizámos o Coeficiente de Correlação de Spearman.

---

**4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

De forma a analisar a exaustão vital em enfermeiros de unidades de cuidados intensivos e responder à questão “qual a associação entre a exaustão vital, ansiedade e personalidade dos enfermeiros intensivistas, tendo em conta algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais, como género e tempo de serviço em UCI?”, iremos apresentar os principais resultados encontrados de acordo com os objectivos propostos.

#### 4.1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO NA UCI

De acordo com a tabela 4 e a figura 1, podemos observar a distribuição dos participantes do nosso estudo em função das variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas nos objectivos definidos, nomeadamente o género e tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos.

*Tabela 4 - Distribuição dos participantes em função do género e tempo de serviço na UCI*

	Género Masculino (N= 22)		Género Feminino (N=57)		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
≤2 anos	9	11.4	30	38.0	39	49.4
>2 e ≤8 anos	12	15.2	19	24.1	31	39.3
>8 anos	1	1.2	8	10.1	9	11.3
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>27.8</b>	<b>57</b>	<b>72.2</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>

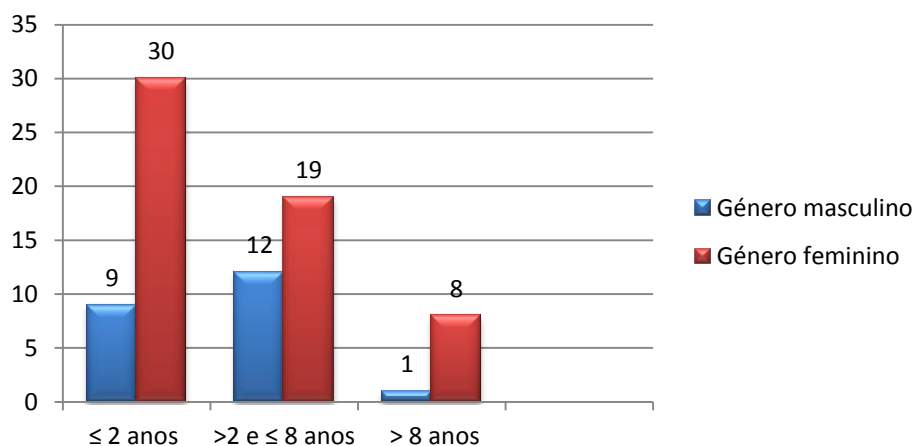


Figura 1 - Género e Tempo de serviço na UCI

Através da Tabela 4 e Figura 1 podemos verificar que a maioria dos participantes do estudo, 57 (72,2%) é do género feminino, sendo que destes a maior parte 30 (38%) tem menos de 2 anos de tempo de serviço na UCI e apenas 10.1% tem mais de 8 anos de serviço na UCI.

Em relação aos participantes do género masculino, estes representam apenas 27.8% do total dos enfermeiros do estudo. Destes, a maioria, (15.2%) tem entre 2 e 8 anos de tempo de serviço em UCI, sendo que o intervalo com menor representatividade é o de > 8 anos de tempo de serviço, a que corresponde apenas 1.2% dos participantes.

Podemos ainda observar que o número de participantes, quer do género masculino quer do género feminino, com mais de 8 anos de tempo de serviço na UCI, é francamente baixo comparativamente aos outros intervalos, sendo que o intervalo com maior representatividade, considerando ambos os géneros, corresponde ao de menor tempo de serviço na unidade de cuidados intensivos.

#### 4.2. – EXAUSTÃO VITAL DOS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO EM UCI

Seguidamente pretendemos verificar se a exaustão vital dos enfermeiros está associada a variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas nos objectivos definidos, nomeadamente o género e tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos. Embora não constituindo objectivo deste estudo, apresentamos também alguns dados da exaustão vital em função de

variáveis de estilo de vida e saúde, que nos permitiram caracterizar a amostra em estudo, uma vez que alguns deles se revelaram estatisticamente significativos.

De modo a avaliar se a exaustão vital dos enfermeiros está associada ao género e tempo de serviço em UCI, utilizámos testes de comparação de médias não paramétricos (testes Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis).

Quadro 5 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital em função do género e tempo de serviço na UCI

		EXAUSTÃO VITAL						
		Diminuição de energia		Sentimentos de desmoralização		Aumento da irritabilidade		Total
Género		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Tempo de Serviço na UCI	≤ 2 anos	M = 2.48 DP = .60 N = 9	M = 3.21 DP = 1.02 N = 30	M = 1.98 DP = .90 N = 9	M = 2.31 DP = .86 N = 30	M = 3.03 DP = .80 N = 9	M = 3.26 DP = 1.26 N = 30	M = 2.71 DP = .89 N = 39
	>2 e ≤ 8 anos	M = 3.06 DP = 1.42 N = 12	M = 3.19 DP = 1.03 N = 19	M = 2.59 DP = 1.47 N = 12	M = 2.61 DP = 1.08 N = 19	M = 3.47 DP = 1.72 N = 12	M = 3.24 DP = 1.43 N = 19	M = 3.02 DP = 1.18 N = 31
	> 8 anos	M = 2.07 DP = .00 N = 1	M = 2.75 DP = .74 N = 8	M = 1.85 DP = .00 N = 1	M = 2.14 DP = .69 N = 8	M = 3.00 DP = .00 N = 1	M = 2.83 DP = .85 N = 8	M = 2.44 DP = .62 N = 9
Total		M = 2.78 DP = 1.14 N = 22	M = 3.14 DP = .99 N = 57	M = 2.31 DP = 1.24 N = 22	M = 2.39 DP = .92 N = 57	M = 3.27 DP = 1.36 N = 22	M = 3.19 DP = 1.26 N = 57	

Recordando que considerámos para a exaustão vital, quer total quer em relação às suas dimensões, o valor médio mínimo de 1 e o máximo de 7, podemos observar de acordo com os dados do quadro 5 que as médias obtidas relativamente às dimensões da exaustão vital, considerando as variáveis género e tempo de serviço, oscilaram entre  $M=1.85$  e  $M= 3.47$ . Estes resultados indicam que os participantes do nosso estudo não apresentam níveis médios elevados de exaustão vital.

Podemos ainda observar no mesmo quadro, que os participantes do género feminino apresentam valores de diminuição de energia e sentimentos de

desmoralização superiores aos do género oposto ( $\underline{M} = 3.14$ ;  $\underline{M} = 2.39$  vs  $\underline{M} = 2.78$ ;  $\underline{M} = 2.31$ ). Por sua vez, em relação ao aumento da irritabilidade verifica-se no género masculino valores ligeiramente mais elevados relativamente ao género feminino ( $\underline{M} = 3.27$  vs  $\underline{M} = 3.19$ ).

Relativamente ao tempo de serviço na UCI, observa-se que os participantes pertencentes à classe “>2 e  $\leq$  8 anos” apresentam um valor mais elevado de exaustão vital ( $\underline{M} = 3.02$ ), comparativamente às restantes classes, sendo que os participantes com > 8 anos são os que apresentam valores mais baixos.

*Tabela 5 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital e Mann-Whitney em função do género*

Escala Exaustão Vital	Masculino (n=22)				Feminino (n=57)				z	P
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP		
<b>Exaustão vital global</b>	1.22	6.52	2.70	1.13	1.13	4.87	2.91	0.93	-1.296	.195
<b>Diminuição de energia</b>	1.15	6.54	2.78	1.14	1.23	5.15	3.14	.99	-1.723	.085
<b>Sentimento de desmoralização</b>	1.00	6.29	2.31	1.24	1.00	4.57	2.39	0.92	-.794	.427
<b>Aumento da irritabilidade</b>	1.00	7.00	3.27	1.36	1.00	5.00	3.19	1.26	-.005	.996

Procuramos investigar se existem diferenças nos valores obtidos na Escala de Exaustão Vital de acordo com o género dos participantes. Os resultados do teste de Mann-Whitney sugerem a inexistência de diferenças significativas entre os grupos segundo o género (tabela 5).

Tabela 6 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital e Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço na UCI

Escala Exaustão Vital	≤ 2 anos (n=39)				>2anos e ≤ 8 anos (n=31)				>8 anos (n=9)				K-W (gl= 2)*	P
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP		
Exaustão vital global	1.30	4.61	2.90	1.03	1.13	4.87	2,90	1,03	1.57	6.52	2,87	1,25	,322	.851
Diminuição de energia	1.38	5.15	3.00	.989	1.15	5.00	3.00	1.06	1.54	6.54	2.92	1.22	.279	.870
Sentimento de desmoralização	1.14	4.14	2.23	.876	1.00	4.57	2.71	1,04	1.00	6.29	2.28	1,35	.705	.703
Aumento da irritabilidade	1.33	5.00	3.33	1,17	1.00	5.00	3.33	1.38	1.00	6.54	3.00	1.49	.307	.858

\*gl – grau de liberdade

Pretendemos também verificar se existem diferenças entre os grupos categorizados segundo o tempo de serviço em relação à exaustão vital. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis sugerem a inexistência de diferenças significativas entre os grupos segundo o género (tabela 6).

#### 4.3. – ANSIEDADE DOS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO EM UCI

Seguidamente pretendemos verificar se a ansiedade dos enfermeiros está associada a variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas nos objectivos definidos, nomeadamente o género e tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos.

De modo a avaliar se a ansiedade dos enfermeiros está associada ao género e tempo de serviço em UCI, utilizámos testes de comparação de médias não paramétricos (testes Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis).

Quadro 6 - Média e desvio-padrão das dimensões do Inventário Estado-Traço

		ANSIEDADE					
		Estado			Traço		
Género		Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Tempo de Serviço na UCI	≤ 2 anos	<u>M</u> = 1.74 DP = .38 N = 9	<u>M</u> = 1.75 DP = .40 N = 30	<u>M</u> = 1.75 DP = .39 N = 39	<u>M</u> = 1.88 DP = .25 N = 9	<u>M</u> = 2.05 DP = .38 N = 30	<u>M</u> = 2.01 DP = .36 N = 39
	>2 e ≤ 8 anos	<u>M</u> = 1.68 DP = .61 N = 12	<u>M</u> = 1.75 DP = .58 N = 19	<u>M</u> = 1.72 DP = .58 N = 31	<u>M</u> = 1.83 DP = .63 N = 12	<u>M</u> = 2.07 DP = .38 N = 19	<u>M</u> = 1.98 DP = .50 N = 31
	>8 anos	<u>M</u> = 1.90 DP = .00 N = 1	<u>M</u> = 1.70 DP = .30 N = 8	<u>M</u> = 1.80 DP = .29 N = 9	<u>M</u> = 2.00 DP = .00 N = 1	<u>M</u> = 1.95 DP = .33 N = 8	<u>M</u> = 1.97 DP = .317 N = 9
Total		<u>M</u> = 1.77 DP = .50 N = 22	<u>M</u> = 1.73 DP = .45 N = 57	<u>M</u> = 1.75 DP = .46 N = 79	<u>M</u> = 1.90 DP = .48 N = 22	<u>M</u> = 2.02 DP = .37 N = 57	

Recordando que considerámos para a ansiedade, o valor médio mínimo de 1 e o máximo de 4, podemos observar de acordo com os dados do quadro 6, que as médias obtidas relativamente às dimensões da ansiedade, considerando as variáveis género e tempo de serviço, oscilaram entre M=1.68 e M= 2.07, o que indica na população em estudo, valores médios de ansiedade pouco elevados.

De acordo com o quadro 6 verifica-se que quanto ao estado de ansiedade é o género masculino que apresenta uma média total mais elevada (M=1.77).

No que concerne à variação do estado de ansiedade em função do tempo de serviço na UCI, os participantes que trabalham na UCI há mais de 8 anos, são os que apresentam valores mais elevados (M=1.80).

Por sua vez em relação à ansiedade traço, são os participantes do género feminino que apresentam uma média total mais elevada (M=2.02).

Considerando o traço de ansiedade em função do tempo de serviço, os participantes que trabalham na UCI há 2 ou menos anos, são os que apresentam valores mais elevados ( $M=2.01$ ).

Tabela 7 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade

Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) forma Y	Masculino (n=22)				Feminino (n=57)				z	p
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP		
<b>Ansiedade Estado</b>	1.00	3.00	1.77	.504	1.00	3.00	1.73	.450	-.389	-1.763
<b>Ansiedade Traço</b>	1.00	3.30	1.90	.488	1.45	2.90	2.02	.374	.698	.078

Foi também nossa intenção analisar eventuais diferenças entre Ansiedade Estado e Ansiedade Traço com o género dos participantes. Na tabela 8, os resultados do teste de Mann-whitney revelam-nos não haver diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 8 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y e Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço na UCI

Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y	≤ 2 anos (n=39)				>2anos e ≤ 8 anos (n=31)				>8 anos (n=9)				K-W* (gl = 2)*	P
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP		
<b>Ansiedade Estado</b>	1.10	2.60	1.75	.39	1.00	2.90	1.72	.54	1.00	3.00	1.71	.29	.354	.838
<b>Ansiedade Traço</b>	1.45	2.90	2.01	.36	1.00	2.85	1.97	.44	1.15	3.30	1.98	.31	.246	.884

\*gl – grau de liberdade

Pretendemos também verificar se existem diferenças nos valores médios das dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade com o Tempo de Serviço. Como podemos observar na tabela 8, os resultados do Teste de Kruskal-Wallis

não indicaram diferenças estatisticamente significativas quer no que respeita à ansiedade estado quer à ansiedade traço.

#### **4.4 – PERSONALIDADE DOS PARTICIPANTES EM FUNÇÃO DO GÉNERO E TEMPO DE SERVIÇO NA UCI**

Seguidamente pretendemos verificar se a personalidade dos enfermeiros está associada a variáveis sócio-demográficas e profissionais consideradas nos objectivos definidos, nomeadamente o género e tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos. Embora não constituindo objectivo deste estudo, apresentamos também alguns dados da personalidade em função de outras variáveis sócio-demográficas e estilo de vida e saúde, que nos permitiram caracterizar a amostra em estudo, por alguns deles se revelarem estatisticamente significativos.

De modo a avaliar se a personalidade dos enfermeiros está associada ao género e tempo de serviço em UCI, utilizámos testes de comparação de médias não paramétricos (testes Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis).

Quadro 7 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 em função do género e tempo de serviço na UCI

			TEMPO DE SERVIÇO NA UCI			
			≤ 2 anos	>2e ≤ 8 anos	> 8 anos	Total
<b>PERSONALIDADE</b>	<b>Neuroticismo</b>	Masculino	$\underline{M}$ = 2.66 DP = .39 N = 9	$\underline{M}$ = 2.27 DP = .80 N = 12	$\underline{M}$ = 2.00 DP = .00 N = 1	$\underline{M}$ = 2.42 DP = .66 N = 22
		Feminino	$\underline{M}$ = 2.50 DP = .84 N = 30	$\underline{M}$ = 2.71 DP = .77 N = 19	$\underline{M}$ = 2.50 DP = .73 N = 8	$\underline{M}$ = 2.57 DP = .79 N = 57
		Total	$\underline{M}$ = 2.53 DP = .759 N = 39	$\underline{M}$ = 2.54 DP = .803 N = 31	$\underline{M}$ = 2.44 DP = .704 N = 9	$\underline{M}$ = 2.52 DP = .762 N = 79
	<b>Extroversão</b>	Masculino	$\underline{M}$ = 4.05 DP = .51 N = 9	$\underline{M}$ = 3.56 DP = .74 N = 12	$\underline{M}$ = 3.75 DP = .00 N = 1	$\underline{M}$ = 3.77 DP = .67 N = 22
		Feminino	$\underline{M}$ = 3.69 DP = .40 N = 30	$\underline{M}$ = 3.64 DP = .45 N = 19	$\underline{M}$ = 3.53 DP = .45 N = 8	$\underline{M}$ = 3.65 DP = .42 N = 57
		Total	$\underline{M}$ = 3.77 DP = .45 N = 39	$\underline{M}$ = 3.61 DP = .57 N = 31	$\underline{M}$ = 3.55 DP = .42 N = 9	$\underline{M}$ = 3.68 DP = .50 N = 79
	<b>Abertura à experiência</b>	Masculino	$\underline{M}$ = 3.19 DP = .55 N = 9	$\underline{M}$ = 3.56 DP = .86 N = 12	$\underline{M}$ = 3.75 DP = .00 N = 1	$\underline{M}$ = 3.42 DP = .737 N = 22
		Feminino	$\underline{M}$ = 3.69 DP = .52 N = 30	$\underline{M}$ = 3.35 DP = .86 N = 19	$\underline{M}$ = 3.96 DP = .66 N = 8	$\underline{M}$ = 3.61 DP = .69 N = 57
		Total	$\underline{M}$ = 3.57 DP = .56 N = 39	$\underline{M}$ = 3.43 DP = .85 N = 31	$\underline{M}$ = 3.94 DP = .62 N = 9	$\underline{M}$ = 3.56 DP = .70 N = 79
	<b>Amabilidade</b>	Masculino	$\underline{M}$ = 3.53 DP = .70 N = 9	$\underline{M}$ = 3.27 DP = .60 N = 12	$\underline{M}$ = 3.50 DP = .00 N = 1	$\underline{M}$ = 3.39 DP = .63 N = 22
		Feminino	$\underline{M}$ = 3.37 DP = .66 N = 30	$\underline{M}$ = 3.51 DP = .77 N = 19	$\underline{M}$ = 3.69 DP = .39 N = 8	$\underline{M}$ = 3.46 DP = .67 N = 57
		Total	$\underline{M}$ = 3.40 DP = .66 N = 39	$\underline{M}$ = 3.42 DP = .71 N = 31	$\underline{M}$ = 3.67 DP = .37 N = 9	$\underline{M}$ = 3.44 DP = .65 N = 79
	<b>Conscienciosidade</b>	Masculino	$\underline{M}$ = 3.72 DP = .40 N = 9	$\underline{M}$ = 3.87 DP = .56 N = 12	$\underline{M}$ = 3.75 DP = .00 N = 1	$\underline{M}$ = 3.80 DP = .48 N = 22
		Feminino	$\underline{M}$ = 3.91 DP = .31 N = 30	$\underline{M}$ = 3.97 DP = .44 N = 19	$\underline{M}$ = 4.18 DP = .47 N = 8	$\underline{M}$ = 3.97 DP = .38 N = 57
		Total	$\underline{M}$ = 3.81 DP = .33 N = 39	$\underline{M}$ = 3.92 DP = .48 N = 31	$\underline{M}$ = 3.96 DP = .46 N = 9	$\underline{M}$ = 3.92 DP = .42 N = 79

Recordando que considerámos para a personalidade, o valor médio mínimo de 1 e o máximo de 5, podemos observar de acordo com os dados do quadro 7 que as médias obtidas relativamente às dimensões da personalidade, considerando as variáveis género e tempo de serviço, oscilaram entre  $\underline{M}$ =2.00

e  $\underline{M}$ =4.18, correspondendo o primeiro valor à dimensão neuroticismo e o segundo à conscienciosidade.

Verifica-se que relativamente ao neuroticismo, os participantes do género feminino apresentam valores médios totais superiores aos do género masculino ( $\underline{M}$  =2.57 vs  $\underline{M}$  =2.42). No que respeita ao tempo de serviço na UCI, o valor mais alto pertence aos participantes da classe “>2 e ≤ 8 anos” ( $\underline{M}$  = 2.54).

Na comparação entre géneros, os participantes do género masculino apresentam valores de extroversão superiores ao género oposto ( $\underline{M}$  = 3.77). Relativamente ao tempo de serviço, os participantes que apresentam médias totais de extroversão mais elevadas são os que têm 2 ou menos anos de serviço na UCI ( $\underline{M}$  = 3.77).

Por seu lado no que concerne à abertura à experiência, as médias mais elevadas observam-se nos participantes do género feminino ( $\underline{M}$  = 3.61). Os participantes com mais tempo de serviço na UCI, são os que apresentam valores mais elevados nesta dimensão ( $\underline{M}$  = 3.94).

Em relação à amabilidade, verifica-se na comparação entre géneros que o grupo de participantes do género feminino é o que apresenta valores mais elevados ( $\underline{M}$  = 3.46). Considerando o tempo de serviço, verificam-se valores de amabilidade mais elevados nos participantes que trabalham na UCI há mais de 8 anos ( $\underline{M}$  = 3.67).

Evidencia-se em relação à conscienciosidade que a média total mais elevada pertence ao género feminino ( $\underline{M}$  = 3.97). Por sua vez tendo em conta o tempo de serviço, os participantes com valores de conscienciosidade mais elevados são os que têm mais de 8 anos de tempo de serviço na UCI ( $\underline{M}$  = 3.96).

Tabela 9 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função do gênero

Inventário de Personalidade NEO-FFI 20	Masculino				Feminino				z	p
	(n=22)				(n=57)					
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP		
Neuroticismo	1.00	3.50	2.42	.66	1.00	4.25	2.57	7.97	-.518	.605
Extroversão	2.50	5.00	3.77	.67	2.50	4.25	3.60	.42	-.950	.342
Abertura à Experiência	2.20	5.00	3.42	.73	2.00	5.00	3.67	.69	-1,218	.223
Amabilidade	2.00	4.00	3.39	.63	1.75	3.00	3.40	.67	-.503	.615
Conscienciosidade	3.00	5.00	3.80	.48	3.00	5.00	3.97	.38	-1,784	.074

Foi também nossa intenção analisar eventuais diferenças nas dimensões do Inventário de Personalidade de acordo com o gênero dos participantes. Na tabela 9 podemos observar que os resultados do teste de Mann-Whitney não indicaram diferenças com significância estatística entre os grupos categorizados segundo o gênero e as dimensões da variável Personalidade.

Tabela 10 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Kruskal-Wallis em função do tempo de serviço na UCI

Inventário de Personalidade NEO-20	≤ 2 anos				>2anos e ≤ 8 anos				>8 anos				K-W (gl=2) <sup>*</sup>	p
	(n=39)				(n=31)				(n=9)					
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP	Min	Max	M	DP		
Neuroticismo	1.00	4.00	2.53	.75	1.00	4.25	2.56	.83	1.25	3.75	2.42	.64	.337	.845
Extroversão	2.75	5.00	3.77	.45	2.50	4.75	3.61	.56	2.75	4.50	3.57	.50	2.05	.358
Abertura à Experiência	2.25	5.00	3.57	.56	2.00	5.00	3.46	.88	2.50	4.75	3.73	.68	1.17	.555
Amabilidade	1.75	4.25	3.40	.66	1.75	4.25	3.40	.68	2.75	5.00	3.61	.60	.323	.851
Conscienciosidade	3.00	4.50	3.87	.33	3.00	5.00	3.96	.49	3.25	5.00	4.01	.48	.981	.612

\*gl – graus de liberdade

Na tabela 10 são apresentadas as médias, os desvios-padrão e os resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à variável em análise. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis indicam que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas.

**Exaustão vital, Ansiedade e Personalidade**  
**em função de outras variáveis sócio-demográficas, profissionais,**  
**estilos de vida e saúde**

Apresentamos agora alguns dados da exaustão vital e personalidade em função de variáveis sócio-demográficas e de estilo de vida e saúde, que nos permitiram caracterizar a amostra em estudo, cujos valores se revelaram estatisticamente significativos. A variável ansiedade não será alvo de análise neste ponto por não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis de caracterização da amostra.

*Tabela 11 - Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Exaustão Vital e Mann-Whitney em função do desenvolvimento de actividade física*

Escala Exaustão Vital	Desenvolve actividade física (n=38)				Não desenvolve actividade física (n=41)				Z	P
	Min.	Max	M	DP	Min.	Max	M	DP		
<b>Exaustão vital total</b>	1.22	4.57	2.55	.85	1.13	6.52	3.14	1,04	-2.699	<b>.007</b>
<b>Diminuição de energia</b>	1,15	4.69	2.70	.90	1,23	6.54	3.35	1.06	-2.768	<b>.006</b>
<b>Sentimento de desmoralização</b>	1.00	4.14	2.09	.80	1.00	6.29	2.62	1.13	-2.128	<b>.003</b>
<b>Aumento da irritabilidade</b>	1.00	5.00	2.99	1.25	1.00	7.00	3.43	1.29	-1.445	.149

Na tabela 11 observamos que quem não desenvolve actividade física apresenta maiores níveis de exaustão vital, maior diminuição de energia e mais elevados níveis de sentimentos de desmoralização. De acordo com os resultados do teste de Mann-Whitney, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o desenvolvimento de actividade física e exaustão vital total ( $p = .007$ ). Também na dimensão diminuição de energia e sentimento de desmoralização se constata diferenças estatisticamente significativas, respectivamente ( $p = .006$ ) e ( $p = .003$ ).

Tabela 12 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função da existência de filhos

Inventário de Personalidade NEO-FFI 20	Existência de filhos (n=32)				Inexistência de filhos (n=47)				Z	P
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP		
Neuroticismo	1.00	4.25	2.53	.79	1.00	4.00	2.52	.75	-,025	,980
Extroversão	2.75	4.75	3.70	.47	2.50	5.00	3.67	.52	-,172	,863
Abertura à Experiência	2.00	5.00	3.53	.832	2.00	5.00	3.58	.61	-,518	,604
Amabilidade	1.75	4.25	3.48	.615	1.75	5.00	3.40	.69	-,540	,589
Conscienciosidade	3.00	4.75	3.82	.436	3.25	5.00	4.00	.39	-1.972	<b>.049</b>

Da observação da tabela 12 salientamos que existem diferenças estatísticas, embora com pouca expressão, entre existência de filhos e a dimensão da personalidade conscienciosidade ( $p = .049$ ); ou seja os participantes que referem a existência de filhos, apresentam níveis de conscienciosidade mais elevados comparativamente aos restantes participantes.

Tabela 13 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função de pessoas ao cuidado

Inventário de Personalidade NEO-FFI 20	Com pessoas ao cuidado (n=2)				Sem pessoas ao cuidado (n=77)				z	P
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP		
Neuroticismo	2.25	2.50	2.37	.17	1.00	4.25	2.53	.77	-.298	.765
Extroversão	3.25	4.00	3.62	.53	2.50	5.00	3.68	.50	-.174	.862
Abertura à Experiência	3.75	4.75	4.25	.70	2.00	5.00	3.54	.70	-1.384	.166
Amabilidade	3.00	4.25	3.62	.88	1.75	5.00	3.43	.65	-.442	.659
Conscienciosidade	4.75	5.00	4.87	.17	3.00	5.00	3.90	.39	-2.400	<b>.016</b>

Na tabela 13 observamos que quem tem pessoas ao cuidado apresenta valores mais elevados de conscienciosidade. De acordo com os resultados do teste de Mann-Whitney, verificamos igualmente que existem diferenças

estatisticamente significativas entre o facto dos participantes terem pessoas ao cuidado e o nível de conscienciosidade ( $p = .016$ ).

Tabela 14 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função do sono reparador

Inventário de Personalidade NEO-FFI 20	Com Sono Reparador (n=56)				Sem Sono Reparador (n=23)				z	P
	Min.	Max.	M	DP	Min.	Max.	M	DP		
Neuroticismo	1.00	4.00	2.51	.74	1.00	4.25	2.55	.81	-,250	,803
Extroversão	2.50	5.00	3.70	.51	2.75	4.50	3.64	.46	-,652	,514
Abertura à Experiência	2.00	5.00	3.60	.62	2.00	5.00	3.45	.88	-,837	,402
Amabilidade	2.50	4.25	3.59	.49	1.75	5.00	3.06	.85	-2.923	<b>0.003</b>
Conscienciosidade	3.00	5.00	3.91	.42	3.00	5.00	3.94	.41	-,404	,686

De acordo com a tabela 14 podemos observar que de acordo com o teste de Mann-Whitney, existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que referem ter sono reparador e a dimensão amabilidade ( $p = .003$ ), ou seja quem tem um sono reparador tende a apresentar valores de amabilidade mais elevados.

Tabela 15 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função de sofrer alguma doença

Inventário de Personalidade NEO-FFI 20	Sofre de alguma doença (n=13)				Não sofre de nenhuma doença (n=66)				Z	P
	Min.	Max	M	DP	Min.	Max	M	DP		
Neuroticismo	1.00	3.50	2.03	.67	1.00	4.25	2.62	.74	-2.762	<b>.006</b>
Extroversão	3.25	4.75	3.90	.40	2.50	5.00	3.64	.51	-1,793	,073
Abertura à Experiência	2.25	5.00	3.82	1.00	2.00	5.00	3.51	.63	-1,545	,122
Amabilidade	2.25	4.25	3.57	.62	1.75	5.00	3.41	.66	-,955	,339
Conscienciosidade	3.75	4.50	4.07	.23	3.00	5.00	3.89	.44	-1.683	,092

Podemos constatar de acordo com a tabela 15, que considerando os resultados do teste de Mann-Whitney existem diferenças estatisticamente

significativas entre sofrer de alguma doença e a dimensão da personalidade neuroticismo ( $p = 0.006$ ); especificando-se que quem refere sofrer de alguma patologia apresenta menores níveis de neuroticismo.

*Tabela 16 - Média e desvio padrão das dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20 e Mann-Whitney em função de tomar habitualmente medicação*

Inventário de Personalidade NEO-FFI 20	Toma habitualmente medicação (n=7)				Não toma habitualmente medicação (n=72)				z	P
	Min.	Max	M	DP	Min.	Max	M	DP		
<b>Neuroticismo</b>	1.50	2.25	1.96	.22	1.00	4.25	2.58	.77	-2.362	<b>.018</b>
<b>Extroversão</b>	3.25	4.00	3.89	.28	2.50	5.00	3.66	.51	-1.480	.139
<b>Abertura à Experiência</b>	2.25	4.75	3.85	.88	2.00	5.00	3.53	.68	-1.278	.201
<b>Amabilidade</b>	2.75	4.25	3.71	.52	1.75	5.00	3.41	.66	-1.247	.213
<b>Conscienciosidade</b>	4.00	4.50	4.14	.19	3.00	5.00	3.90	.43	-1.918	.055

Pela análise da tabela 16, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a toma habitual de medicação e neuroticismo ( $p = 0.018$ ); sendo que quem apresenta níveis de neuroticismo mais elevados são os participantes que não tomam habitualmente qualquer tipo de medicação.

#### **4.5 – CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE EXAUSTÃO VITAL, INVENTÁRIO ESTADO-TRAÇO DE ANSIEDADE (STAI) FORMA Y E INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE NEO-FFI-20**

Com o objectivo de estudar eventuais relações entre as várias dimensões da Escala de Exaustão Vital, as dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y e as dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20, foram efectuadas correlações de Spearman entre as variáveis.

Tabela 17 - Correlação de Spearman entre as dimensões da Escala de Exaustão Vital e as dimensões do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y

		Exaustão vital global	Diminuição de energia	Sentimento de desmoralização	Aumento da irritabilidade
<b>Ansiedade-Estado</b>	Coefficiente de correlação	,697(**)	,670(**)	,649(**)	,553(**)
	Valor $p$	,000	,000	,000	,000
<b>Ansiedade-Traço</b>	Coefficiente de correlação	,743(**)	,743(**)	,611(**)	,575(**)
	Valor $p$	,000	,000	,000	,000

\*\* Correlações significativas para  $p \leq 0.01$ ; \* Correlações significativas para  $p \leq 0.05$ .

Conforme podemos observar na tabela 17, as dimensões da variável Ansiedade, nomeadamente ansiedade estado e ansiedade traço, encontram-se correlacionadas de forma significativa com a exaustão vital global e com todas as dimensões da escala de Exaustão Vital.

Os valores do coeficiente de correlação de Spearman obtidos permitem constatar que a Ansiedade-Estado e a Ansiedade-Traço estão significativa e positivamente associadas a um aumento da Exaustão Vital.

Tabela 18 - Correlação de Spearman entre as dimensões da Escala de Exaustão Vital e as dimensões do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20

		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
<b>Exaustão vital global</b>	Coefficiente de correlação	,531(**)	-,361(**)	-,201	-,330(**)	-,350(**)
	Valor de $p$	,000	,001	,075	,003	,002
<b>Diminuição de energia</b>	Coefficiente de correlação	,522(**)	-,382(**)	-,194	-,318(**)	-,338(**)
	Valor de $p$	,000	,001	,087	,004	,002
<b>Sentimento de desmoralização</b>	Coefficiente de correlação	,499(**)	-,321(**)	-,233(*)	-,392(**)	-,318(**)
	Valor de $p$	,000	,004	,039	,000	,004
<b>Aumento de irritabilidade</b>	Coefficiente de correlação	,359(**)	-,160	-,068	-,184	-,272(*)
	Valor de $p$	,001	,159	,553	,104	,015

\*\* Correlações significativas para  $p \leq 0.01$ ; \* correlações significativas para  $p \leq 0.05$

Pela análise da tabela 18 podemos observar de acordo com os resultados do coeficiente de correlação de Spearman, que o Neuroticismo e a

Conscienciosidade se correlacionam de forma significativa com todas as dimensões da Exaustão Vital, sendo que para o Neuroticismo se verifica uma correlação positiva e para a Conscienciosidade uma correlação negativa.

Por sua vez em relação às dimensões da escala de exaustão vital, tendo em conta os resultados do coeficiente de correlação de Spearman, verifica-se que o sentimento de desmoralização é a dimensão que se correlaciona de forma significativa com todas as dimensões da personalidade, destacando-se contudo que apenas se verifica uma correlação positiva com o neuroticismo, enquanto que para as restantes dimensões se observa uma correlação negativa.

---

**5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Desenvolvemos uma pesquisa com o objectivo principal de estudar a associação entre a exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade dos enfermeiros que desempenham as suas funções em Unidades de Cuidados Intensivos. Além do objectivo referido, são ainda objectivos deste estudo, a análise da exaustão vital, ansiedade e personalidade em função do género e tempo de serviço em Unidade de Cuidados Intensivos.

Após a apresentação e análise dos resultados no capítulo anterior, passamos agora à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referência o quadro teórico explorado na primeira parte deste estudo. Efectuaremos esta discussão a partir da caracterização dos participantes em função de variáveis sócio-demográficas, profissionais e de estilos de vida e saúde, seguida da discussão das relações entre as variáveis que se pretenderam estudar, nomeadamente exaustão vital, ansiedade e personalidade, tendo em conta a influência do género e tempo de serviço em UCI. Destacaremos ainda a relação com outras variáveis de caracterização da amostra, que sem constituir objectivo inicial deste estudo, ao longo do mesmo revelaram alguma significância estatística. Seguir-se-á a discussão dos resultados provenientes da associação entre exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade.

De acordo com os dados obtidos na caracterização da amostra, relativamente à faixa etária, maioritariamente, os participantes apresentam menos de 40 anos. Esta constatação está de certo modo de acordo com a literatura encontrada, no sentido em que a mesma aponta que as actividades em cuidados intensivos exigem elevado grau de agilidade, destreza física e energia (Ferrareze, Ferreira e Carvalho, 2006), características essas mais comuns em indivíduos jovens.

No que se refere ao género, podemos observar que se trata de uma população maioritariamente feminina. Estes dados são congruentes com a bibliografia consultada, que nos mostra que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por mulheres (Benner, 1984).

Relativamente ao tempo de serviço na UCI observa-se que apenas uma minoria permanece há mais de oito anos nesse local.

Os dados revelam-nos que na relação género/tempo de serviço na UCI, o número de participantes, quer do género feminino quer do género masculino, pertencentes à classe "> 8 anos", é francamente baixo comparativamente aos

outros intervalos, sendo que o intervalo com maior representatividade, considerando ambos os géneros, corresponde ao de menor tempo de serviço na UCI.

Julgamos que estes resultados possam estar relacionados com o facto das UCI se constituírem cenários geradores de grandes estados de tensão, originados por vários factores, entre outros o relacionamento interpessoal, emoções intensas, a frequente oscilação entre o êxito e o fracasso e as exigências impostas aos profissionais (Ferrareze, Ferreira, e Carvalho, 2006), levando a que os enfermeiros não prolonguem a sua estadia neste serviço por muitos anos (Fenton, 1988: Pendry, 2007).

Os resultados obtidos ao nível da exaustão vital permitiram observar, que os participantes do nosso estudo não apresentam níveis médios elevados de exaustão vital. Em relação ao género, apesar de não se verificar um efeito estatisticamente significativo, os participantes do género feminino apresentaram uma média elevada de exaustão vital superiores relativamente ao género masculino, replicando assim os resultados obtidos por Pedersen e Middel (2001) e por Keltikangas-Järvinen e Heponiemi (2004) sobre a associação entre a exaustão vital e género.

Relativamente à relação exaustão vital e tempo de serviço na UCI, embora os resultados não sugiram a existência de diferenças significativas, observa-se que os participantes com mais tempo de serviço na UCI, são os que apresentam valores mais baixos de exaustão vital. Estes resultados parecem apontar que o tempo de serviço é um elemento favorecedor do processo de adaptação ao ambiente de trabalho, aspecto de algum modo considerado nas pesquisas de Schnorpfel, Noll, Wirtz, Schulze, Ehlert e Fischer (2002) e de Preckel, Kanël, Kudielka e Fischer (2005).

Em relação à ansiedade os dados indicaram na população em estudo, valores médios de ansiedade pouco elevados. Relativamente aos dados obtidos na relação ansiedade e género, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, salienta-se que na comparação de médias, os participantes do género masculino apresentam uma média de ansiedade estado ligeiramente superior à média dos participantes femininos e em oposição, os participantes do género feminino apresentam uma média de ansiedade traço superior à dos homens. Estes resultados contrariam os

achados de alguns estudos, que verificaram que as pessoas com elevados níveis de ansiedade traço, tendem a apresentar também elevados níveis de ansiedade estado, por reagirem com maior frequência às situações como se elas fossem ameaçadoras ou perigosas (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1979; Anastasi e Urbina, 2000).

Na relação entre ansiedade e género, os estudos não são unânimes, verificando-se resultados contraditórios. Enquanto que uns apontam para a independência entre ansiedade e género (Leach; Christensen; Mackinnon; Windsor e Butterworth, 2008), outros indicam maiores níveis de ansiedade no género feminino (Guida e Ludlow 1989; Sogunro, 1998; McLean e Anderson, 2009).

No que concerne à variável ansiedade e tempo de serviço, não se verificaram diferenças estatísticas significativas, contudo salienta-se que os participantes com maior tempo de serviço apresentaram uma média de ansiedade estado superior. Contrariamente os participantes com menos tempo de serviço são os que apresentam valores médios de ansiedade traço mais elevado. A leitura destes resultados remete-nos de novo para a contradição com os estudos que revelam que pessoas com níveis elevados de ansiedade traço tendem a apresentar também elevados níveis de ansiedade estado.

Relativamente aos resultados encontrados referentes à personalidade e género, a análise efectuada, permite-nos observar, independentemente do género, pontuações baixas de neuroticismo e elevados níveis de conscienciosidade, o que segundo Costa e McCrae (2000), evidencia sujeitos calmos, com humor constante, relaxados, seguros, satisfeitos consigo mesmo e capazes de enfrentar situações de tensão, sem ficarem transtornados. Ainda que sem qualquer significado estatístico, verifica-se que os participantes do género feminino apresentam uma média na variável neuroticismo superior à dos participantes do género masculino, replicando assim os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Barros de Oliveira (2002), sobre as diferenças nos valores deste constructo conforme o género, onde concluía que as mulheres tendem a ser mais neuróticas do que os homens.

No que se refere à dimensão extroversão, observa-se que os participantes do género masculino têm tendência a serem mais extrovertidos que os do género feminino. Por outro lado no que concerne aos restantes traços de

personalidade verifica-se que os participantes do género feminino apresentam maior abertura à experiência, tendem a ser mais conscienciosas e amáveis. Neste último aspecto, os nossos dados são convergentes com os resultados de uma investigação realizada por Baumgartner (2009), onde observou diferenças significativas na amabilidade relativamente ao género, sendo que os indivíduos do género masculino apresentaram valores inferiores em comparação com os indivíduos do género feminino.

Não obstante o facto de se terem verificado as diferenças entre médias anteriormente referidas, os dados não apresentaram diferenças estatísticas significativas entre personalidade e género.

Embora não constituindo objectivo inicial do nosso estudo, por se estatisticamente significativas, foram também alvo de análise e discussão outras variáveis de caracterização da amostra, que passamos a considerar.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a exaustão vital total e o desenvolvimento de actividade física. Também nas dimensões diminuição de energia e sentimento de desmoralização, se constata diferenças estatisticamente significativas. Os dados apontam assim que os participantes que desenvolvem actividade física, apresentam quer na exaustão vital total, quer nas dimensões já referidas, médias inferiores aos que não desenvolvem qualquer actividade. Tal poderá ser em parte explicado, pelo resultado de alguns estudos efectuados nesta área, que revelam que os enfermeiros que participam em actividades extra profissionais tendem a desenvolver estratégias de *coping* mais eficazes (Ehrenfeld e Bar-Tal, 1995). Neste sentido julgamos que estas actividades poderão conduzir a estratégias passíveis de diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de exaustão vital. Não obstante estes resultados, Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro (2003), aquando da adaptação do “*The Maastricht Interview for Vital Exhaustion*” para uma escala de avaliação da Exaustão Vital na população portuguesa, não verificaram diferenças significativas entre a exaustão vital e a prática de exercício físico.

Foram também encontradas diferenças significativas entre a personalidade e algumas variáveis de caracterização da amostra. Concretamente verificou-se existir diferença estatística, embora com pouca expressão, entre a dimensão da personalidade conscienciosidade e a existência de filhos, constatando-se

igualmente diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conscienciosidade e o facto dos participantes terem pessoas ao cuidado. Revelaram-se também com significado estatístico os resultados da dimensão amabilidade em relação aos participantes que tem sono reparador, bem como da dimensão neuroticismo com o facto dos participantes sofrerem de alguma doença e de tomarem habitualmente medicação. No âmbito do nosso estudo, a consideração destes dados tráz-nos sobretudo a possibilidade de um maior conhecimento dos participantes, não deixando de se destacar também alguma evidencia relativamente ao facto do instrumento utilizado permitir relacionar as dimensões da personalidade com variáveis de alguma relevância no campo da psicologia da saúde (Patrão e Leal, 2004).

Em relação à correlação entre as dimensões da Escala de Exaustão Vital e do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y, de acordo com os resultados obtidos, podemos observar que a ansiedade estado e a ansiedade traço, se encontram correlacionadas de forma significativa com todas as dimensões da escala de exaustão vital. Os dados permitem constatar que a diminuição de energia, sentimento de desmoralização e aumento da irritabilidade, estão significativa e positivamente associadas à ansiedade estado e ansiedade traço. A leitura deste resultado tanto sugere que elevados níveis de ansiedade podem levar o enfermeiro à exaustão vital, como o contrário, ou seja que baixos níveis de ansiedade podem proteger o enfermeiro da exaustão vital, o que é suportado por Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro (2003) ao considerarem que a exaustão vital apresenta forte associação com a ansiedade. Na globalidade, os resultados obtidos parecem sugerir que as duas escalas avaliam constructos semelhantes, o que está em consonância com os resultados obtidos pelos mesmos autores, quando da validação da Escala de Exaustão Vital para a população portuguesa (Ferreira, Pais-Ribeiro e Guerreiro, 2003)

Relativamente à associação entre as dimensões da Escala de Exaustão Vital e do Inventário de Personalidade NEO-FFI 20, de acordo com os resultados obtidos, podemos observar que as dimensões da personalidade, neuroticismo e conscienciosidade, se encontram correlacionadas de forma significativa com todas as dimensões da escala de exaustão vital. Por seu lado

a dimensão da exaustão vital, sentimento de desmoralização, encontra-se correlacionada de forma significativa com todas as dimensões da personalidade.

A análise efectuada permite-nos observar que os participantes com menores níveis de neuroticismo tendem a apresentar menores níveis de exaustão vital global e em todas as suas dimensões. Verificam-se correlações negativas significativas entre exaustão vital e as dimensões de personalidade, extroversão, amabilidade e conscienciosidade, o que nos leva a considerar que nesta população, os enfermeiros com níveis mais elevados de extroversão, amabilidade e conscienciosidade, tendem mais facilmente a apresentar níveis de exaustão vital mais baixos.

Estes dados sugerem de um modo global que as características da personalidade têm grande influência no modo como os enfermeiros desenvolvem níveis de exaustão vital. Uma constatação que vem de certo modo ao encontro dos trabalhos de Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg e Honig (2000), e Pedersen e Middel (2001), que confirmaram a existência de correlação entre estas variáveis.

## **CONCLUSÃO**

---

A prática de enfermagem em cuidados intensivos, pressupõe um trabalho minucioso, de vigilância e actuação constantes, que coloca o enfermeiro perante importantes exigências, não só relativas ao domínio de conhecimentos e procedimentos técnicos diferenciados, próprios dos cuidados intensivos, mas também e de um modo muito particular, relativas a atitudes e modos de ser, na medida em que a sua prática profissional se desenvolve num clima de intenso e permanente confronto com a dor, o sofrimento, a angústia, as dúvidas e incertezas dos doentes e familiares, a marcada oscilação entre o êxito e o fracasso, e frequentemente a morte (Souza; Possari e Mugaiar, 1985; Barão e Henriques, 1999; Wilkin e Slevin, 2004; Santos, Oliveira, e Moreira, 2006).

Estes são alguns elementos que à partida nos levam a considerar que a prática de enfermagem no âmbito dos cuidados intensivos, parece constituir um terreno propício para o desenvolvimento de exaustão vital nos enfermeiros que aí desenvolvem a sua actividade profissional.

Considerando os elementos provenientes da literatura e com o objectivo de estudar a associação entre a exaustão vital e as variáveis ansiedade e personalidade dos enfermeiros intensivistas, tendo em conta o género e tempo de serviço em UCI, desenvolvemos um estudo de cariz quantitativo, descritivo e correlacional.

Para o efeito considerou-se uma amostra de 79 enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos dos Hospitais do Baixo Alentejo e Algarve. Foi utilizado um instrumento de colheita de dados composto por: Questionário de Caracterização da Amostra; Escala de Exaustão Vital; Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y e Inventário de Personalidade NEO-FFI 20.

Os dados de caracterização da amostra entre outros aspectos, revelam-nos que no que se refere ao género, trata-se de uma população maioritariamente feminina. Por sua vez relativamente ao tempo de serviço na UCI, o intervalo com maior representatividade corresponde ao de menor tempo de serviço, compreendendo portanto os enfermeiros que desempenham funções na UCI há dois ou menos anos.

Contrariando de certa forma os elementos considerados na literatura, os nossos resultados indicam que os participantes do estudo, não apresentam níveis médios elevados de exaustão vital.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em análise, nomeadamente Exaustão Vital, Ansiedade e Personalidade, com as variáveis género e tempo de serviço. No entanto, não constituindo objectivo inicial, salientamos o facto de termos verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o desenvolvimento de actividade física e a exaustão vital global, bem como com as dimensões, diminuição de energia e sentimento de desmoralização dos participantes do nosso estudo.

Em relação à ansiedade, os dados indicaram na população em estudo, valores médios de ansiedade pouco elevados. Verificou-se existir associação entre Exaustão Vital e Ansiedade. Os resultados obtidos revelaram-nos que a Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado estão significativa e positivamente associadas a um aumento da Exaustão Vital. A leitura destes resultados sugere que baixos níveis de ansiedade podem proteger o enfermeiro de experienciar exaustão vital.

Quanto à associação da exaustão vital com a Personalidade, os resultados obtidos sugerem existir correlação significativa positiva entre a dimensão da personalidade neuroticismo e todas as dimensões da exaustão vital, estando por sua vez a conscienciosidade significativa e negativamente associada a todas as dimensões da Exaustão Vital. A dimensão da exaustão vital, sentimento de desmoralização encontra-se correlacionada de forma significativa e positiva com todas as dimensões da personalidade à excepção do neuroticismo, cuja correlação é significativamente negativa.

Globalmente realçamos os baixos índices de Neuroticismo e elevados índices de Conscienciosidade na nossa amostra. Face à relação observada entre estas dimensões da personalidade e a variável Exaustão Vital, descrita anteriormente, estes resultados podem contribuir para explicar os valores baixos de exaustão vital obtidos. Isto, no sentido em que o neuroticismo representa uma expressão negativa da personalidade, os valores baixos revelam-se conducentes a valores também baixos de exaustão vital. Por sua vez a conscienciosidade ao representar uma faceta da personalidade que ajuda os indivíduos a manterem-se saudáveis durante experiências de vida ameaçadoras, elevados valores de conscienciosidade são favoráveis a baixos níveis de exaustão vital.

Tendo em conta as principais conclusões do nosso estudo, apresentamos ainda algumas sugestões que possam servir de linhas orientadoras para a prática e para a investigação.

Assim e no que respeita à prática, ao reflectirmos sobre as conclusões do nosso estudo, consideramos que os resultados obtidos, sobretudo os que se verificaram significativamente relevantes, nomeadamente a associação da exaustão vital com ansiedade e personalidade, poderiam constituir elementos de atenção no contexto da vigilância da saúde do próprio enfermeiro, sobretudo no que se reporta ao âmbito da medicina no trabalho desenvolvida em termos institucionais.

Em termos de sugestões no campo da investigação, um aspecto interessante e que quanto a nós pode justificar futuras pesquisas, foi o facto de termos verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o desenvolvimento de actividade física e a exaustão vital dos participantes do nosso estudo. Observou-se que os enfermeiros que referem não desenvolver actividade física são aqueles que apresentam valores médios de exaustão vital mais elevados. Consideramos que este aspecto é importante e que carece de futura investigação, na medida em que um estudo mais dirigido para esta vertente em particular, poderia possibilitar resultados mais consistentes, que contribuíssem, caso se justificasse, para a construção e implementação de estratégias de gestão da exaustão vital adequadas e adaptadas aos sujeitos do estudo.

Consideramos também que os resultados desta pesquisa podem permitir avançar para investigações futuras, considerando a realização de um estudo idêntico a este, mas com recurso a um grupo de controlo, que desenvolvesse a sua actividade profissional noutro contexto que não o de UCI, de forma desenvolver um estudo comparativo, que nos permitisse perceber melhor a influência das condições de trabalho na exaustão vital dos enfermeiros, superando assim também aquilo que nos parece ser uma limitação do nosso trabalho. Do mesmo modo entendemos como pertinente a realização de mais estudos no contexto da enfermagem, que incluam a relação entre a exaustão vital e outras variáveis.

Assim chegámos ao fim deste estudo, considerando ter atingido os objectivos propostos, desenhando-se contudo no caminho desenvolvido novos

pólos de interesse em relação a esta temática, tão pouco explorada no campo laboral, mas com evidências que nos suscitam a prosseguir com vista a uma crescente clarificação do conceito de exaustão vital no contexto da prática de enfermagem.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

- Allport, G. (1966). *Personalidade, padrões e desenvolvimento*. S. Paulo: Editora Ender.
- Almeida, L., e Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação Científica em Psicologia e Educação*. Braga: Editora Psiquilíbrios.
- Amaro, H., e Jesus, S. (2007). Comportamentos Comunicacionais Assertivos e Burnout nos Profissionais de Enfermagem. *Revista Nursing*, Maio, 221, 6-17.
- American Association of Critical-Care Nurse. (1984). *Definition of critical care nursing (AACN) position statement*. Newport Beach, CA.
- Anastasi, A., e Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Appels, A. (1988). Vital exhaustion as a precursor of myocardial infarction. In Maes, S.; Spielberger, C. Defares, P. e Sarason, I. (Eds), *Topics in Health Psychology*. John Wiley e Sons, Lda.
- Appels, A., e Mulder, P. (1989). Fatigue and heart disease. The association between “vital exhaustion” and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 727-738.
- Appels A. (1990). Mental precursors of myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*. 156: 465-471.
- Barão, M., e Henriques, E. (1999). *O enfermeiro em cuidados intensivos*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Obtido em Agosto 23, 2007, de [http://www.spci.org/publicacoes/index.php?fmo=edicao&id\\_edicao=62&ano=1999&imc=13n](http://www.spci.org/publicacoes/index.php?fmo=edicao&id_edicao=62&ano=1999&imc=13n)
- Barrick, M., e Mount, M. (1991). The big five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, 1-26.
- Barros de Oliveira, J. (2002). Neuroticismo: algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 20 (4), 647-655.
- Batoca, E, e Silva, D. (2003). O Conhecimento Científico e a Enfermagem. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 27(4).
- Baumgartner, F. (2009). Social intelligence in relation with interpersonal traits. *Ceskoslovenska Psychologie*, April, 172-183.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Bergelt, C., Christensen, J., Prescott, E., Gronbaek, M., Koch, U., e Johansen, C. (2005). Vital exhaustion and risk for cancer: a prospective cohort study

on the association between depressive feelings, fatigue, and risk of cancer. *Câncer*,104(6), 1288-1295.

Bertoquini, V., e Pais-Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *PSYCHOLOGICA*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 43. 193-210.

Bianco, R. (2007). *Ansiedade e estresse dos profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de pacientes graves*. Obtido em Outubro 24, 2009, de [http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1250](http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1250)

Botelho, T., e Leal, I. (2001). Personalidade materna e prematuridade. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência. Lisboa.

Bozionelos, N. (2004). The big five of personality and work involvement. *Journal of Managerial Psychology*, 19, 69-81.

Carper B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, aut,1(1), 13-23.

Collière, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conselho Nacional de ética para as ciências da vida (2005). Relatório sobre o estado vegetativo persistente. Obtido em Janeiro 15, 2008, de <http://www.cnecv.pt/pareceres.php?p=1>

Corley M., Elswick, R., Gorman M., e Clor, T. (2001). Development and evaluation of a Moral Distress Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256 .

Costa, P., e McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.

Costa, P., e McCrae, R. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.

Costa, P., e McCrae, R. (2000). *NEO PI-R: Inventário de Personalidade NEO Revisto – Manual Profissional*. 1ª Edição. Cegoc. Lisboa.

Council on Ethical and Judicial Affairs. CEJA-AMA. (1999). Medical Futility in End-of-Life Care. *JAMA*, 282(14), 1331-1332.

- Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., e Lützén, K. (2004). Caring about--caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, Jan, 11(1), 63-76.
- Cronqvist, A., Lützén, K., e Nyström, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14, 405-413.
- Dreher H, (1995). *The Immune Power Personality: 7 Traits You Can Develop to Stay Healthy*. New York: Dutton Publishing.
- Ehrenfeld, M., e Bar-Tal, Y. (1995). Identifying the coping behaviours used by nurses in intensive care. *Nursing Standart. Royal College of Nursing*. May 3-9, 9(32), 27-30.
- Elias, M., e Navarro, V. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Endler, N., Parker, J., Bagby, R., e Cox, B. (1991). Multidimensionality of state and trait anxiety: factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 919-926.
- Espeland, K. (2006). Overcoming burnout: how to revitalize your career. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(4), 178-184.
- Eysenk, H. (1989). Personality, Stress Arousal and Cognitive Processes in Stress Transactions. In R. W. J. Neufeld (Eds). *Advances in the Investigation of Psychological Stress*. 133-160.
- Eysenck, M. (1992). Anxiety the cognitive perspective. Hillsdale, USA: Lawrence Erlbaum/Royal Hollowly and Bedford New College, University of London.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia*. Amadora: McGraw-Hill.
- Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Administration*. 1(3), 8-11.
- Ferrareze, M., Ferreira, V., e Carvalho, A. (2006). Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (3), 1-13.
- Ferreira, T.; Pais-Ribeiro, J., e Guerreiro, M. (2003). Escala de Exaustão Vital: estudo de adaptação da "Maastricht interview for vital exhaustion" à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 75-89.

- Fonseca, A., e Soares, E. (2006). Desgaste Emocional: depoimentos de enfermeiros que actuam no ambiente hospitalar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Fortaleza*, Abril, 7(1), (91-97).
- Freud, A., 1946. *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., e Gonzalez, J. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.
- Gatti, M., Leão, E., Silva, M., e Puggina, A. (2004). Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. *Revista Enfermería Global*, Nov, 5. Obtido em Dezembro 20, 2009, de <http://www.um.es/eglobal>
- Gelsema, T., Doef., M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S., e Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14, 289-299.
- Goldberg, L. (1993). The structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*, 1, 265-294.
- Goldenson, R. (1984). Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. Harlow: Longman.
- Guevara, B., Guerrero, A., e Evies, A. (2007). Una aproximacion al perfil de la enfermera intensivista. *Revista Electrónica de Portales Medicos*. Obtido em Junho 27, 2008, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>
- Guida, F., e Ludlow, L. (1989). A cross-cultural study of text anxiety. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20, 178-190.
- Gutierrez, K. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, September/October, 24(5), 229-241.
- Haddad, M. (2004). Life quality of nursing professionals. Obtido em Março 5, 2009, de <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/qualidade.htm>
- Hanna, D. (2004). Moral distress: The state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice. An International Journal*, 18(1), 73-93.

- Harvard Men's Health Watch. (2004). *Exhaustion and the heart*, Oct, 1. Obtido em Novembro, 2009, de <http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-122378487/exhaustion-and-heart.html>
- Hatrup, K., O'Connell, M., e Labrador, J. (2005). Incremental validity of locus control after controlling for cognitive ability and conscientiousness. *Journal of Business and Psychology*, 19(4), 461-481.
- Horley, K., Williams, L. M., Gonsalvez, C., e Gordon, E. (2003). Social phobics do not see eye to eye: A visual scanpath study of emotional expression processing. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(1), 33-44.
- Hurtz, G., e Donovan, J. (2000) Personality and Job performance: The big five revisited. *Journal of Applied Psychology*, 85, 869-979.
- Jameton A. (1993) Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN'S Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542-551.
- Jofré, V., e Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Aquichan*, Ano 5, 1(5), (56-63).
- Keltikangas-Järvinen, L., e Heponiemi, T. (2004) Vital exhaustion, temperament, and cardiac reactivity in task-induced stress. *Biological Psychology*, January, 65(2), 121-135.
- Kenney, J., e Bhattacharjee, A. (2000). *Journal of Advanced Nursing*, Jul. 32 (1), 249-258.
- Kim, H., Shin, K., e Swanger, N. (2009). Burnout and engagement: A comparative analysis using the Big Five personality dimensions. *International Journal of Hospitality Management*, 28, 96-104.
- Kornerup, H., Marott, J, Schnohr, P., Boysen, G., Barefoot, J., e Prescott, E. (2010). Vital exhaustion increases the risk of ischemic stroke in women but not in men: Results from the Copenhagen City Heart Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 131-137.
- Lazarus, R., e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leininger, M. (1981). *Caring an essencial human need*. Thorofore, New Jersey: Charles, B., Slack Publishing.
- Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Tomes 1 e 2, Toulouse: Octarès Éditions.
- Leach, L., Christensen, H., Mackinnon, A., Windsor, T., e Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult

- lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 983-998.
- Liebert, R., e Morris, L. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Lima, M., e Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisto. Manual Profissional*, (1.ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda – Investigação e Publicações Psicológicas.
- Linville, P. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Luks, A. (1992). *The Healing Power of Doing Good*. New York: Fawcett Columbine.
- Martins, M. (2001). Acção da Personalidade na Saúde: Contributos para a Qualidade de Vida. Obtido em Outubro 5, 2008, de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/16.pdf>
- Maslach, C., e Leiter, M. (1997). *The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach C., e Schaufeli W., e Leiter M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, Feb, 52(1), 397-422.
- May, R.(1980). *O significado da ansiedade: as causas da integração e desintegração da personalidade*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- McCaffree, D. (2006). Moral distress and the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(12), 3049-3050.
- McCloskey, J. e BulecheK, G. (2005). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4ª ed. Madrid: Mosby.
- McLean, C., e Anderson, E. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, Aug, 29 (6).
- Meesters, C., e Appels, A (1996). An interview to measure Vital Exhaustion II. Reliability and validity of the interview and correlations of Vital Exhaustion with personality characteristics. *Psychology and Health*, 11, 573-581.
- Mello, A. (2005). *Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) and depression*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo. Obtida em Julho 15,

2009, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=436935&indexSearch=ID>

- Meltzer, L., e Huckabay, L. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
- Menzies, I. (1970). *O funcionamento das organizações como sistemas de defesa contra a ansiedade*. Londres: Tavistok Institute of Human Relations.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. 72p.
- Moreno R., Miranda, D., e Iapichino G. (1996). Variations in the utilisation of nursing manpower according to European areas. *Intensive Care Med*, 22:S304.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2006). Obtido em Fevereiro 2, 2009, de <http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.html>
- Newman, M.(1994). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, Feb, 40 (1), 10-13.
- Nicolson, N., e Van Diest, R. (2000). Salivary cortisol patterns in vital exhaustion. *Journal of Psychosomatic Research*, Nov, 49 (5), 335-342.
- Nunes, C., e Hutz, C. (2006). Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *PsicoUSF*, dez. 11(2), 147-155.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde – instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Patrão, I., e Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. Em J. Ribeiro, e I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 530-544). Lisboa: ISPA.
- Pederson, S. Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *Journal Of Psychosomatic Research*. Aug, 51 (2), 443-449.
- Pendry, P. (2007). Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses. *Nursing Economics*, Jul-Aug, 25(4), 217-219.

- Pestana, M., e Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 4ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Plata, Z., e Esperanza, G. (2006). Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Revista Aquichan*. 6(6), 156-169).
- Ponce, P. (2003). Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social - Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*. 38 (166).
- Preckel, D, Kanël, R., Kudielka, B., e Fischer, J. (2005). Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. *International archives of occupational and environmental health*, 78(2), 117-122.
- Queijo A. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS)*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Obtido em Março 7, 2008, de [http://www.teses.usp.br/index.php?option=com\\_jumi&fileid=7&Itemid=62&lang=pt-br](http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=7&Itemid=62&lang=pt-br)
- Rego da Silva, A. (2007). *Dilemas éticos e o processo de tomada de decisão em unidades de cuidados intensivos*. Comunicação apresentada no V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Obtido em Setembro 3, 2009, de [www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas.htm](http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas.htm)
- Salgado, J., Viswesvaran, C., e Ones, D. (2001). Predictors used for personnel selection: An overview of constructs, methods and techniques. In N. Anderson, D. S. Ones, H.K. Sinangil e C. Viswesvaran (Eds.), *International Handbook of Work and Organizational Psychology*. (Vol. 1, pp. 165-199). London, UK: Sage.
- Santos, J., Oliveira, E., e Moreira, A. (2006). Stress as risk factor to the nurse's health in an intensive therapy center. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, Out/Dez, 14(4), 580-585.
- Santos, S., e Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32. 85-98.
- Saraiva, D. (2009). Attitude of the nurse before the death. *Revista Nursing*. 244. Obtido em Outubro 16, 2009, de [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3505:atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte&catid=205:abril-a-maio-2009](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:atitude-do-enfermeiro-perante-a-morte&catid=205:abril-a-maio-2009)
- Schnorpfeil, P., Noll, A., Wirtz, P., Schulze, R., Ehlert, U., Frey, K., e Fischer, J. (2002). Assessment of exhaustion and related risk factors in employees in

the manufacturing industry – a cross sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75, 535-540.

Selye, H. (1986). History and Present Status of the Stress Concept. Em: Goldberger, L., e Breznitz, S. *Handbook of Stress-Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.

Silva, D. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) in Gonçalves, M, Almeida, L., Machado, C., e Simões, M. *Avaliação Psicológica - Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Volume I. Coimbra: Quarteto Editora.

Silva, M. Queirós, C. (2009). Depressão, burnout e ansiedade em enfermeiras. Em: Desafios da saúde e comportamentos: actores, contextos e problemáticas: *Livro de resumos do 1º congresso de saúde e comportamento dos países de língua portuguesa*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto. Obtido em Fevereiro 2, 2010, de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/2025>

Simões, A., Lima, M., Vieira, C., Ferreira, J., Oliveira, A., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., e Cols. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica*. 42. 115-131.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s/d). *Criação da Sub-Especialidade em Medicina Intensiva*. Documento elaborado por uma Comissão nomeada pela Ordem dos Médicos. Obtido em Março 12, 2008 em <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=16>

Sogunro, O. (1998). Impact of evaluation anxiety on adult learning. *Journal of Research and Development in Education*, 31 (2), 109-120.

Solomon, G. (1981). Emotional and personality factors in the onset and course of autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis. Em Ader, R. (Org.). *Psychoneuroimmunology*, 159-182. New York: Academic Press.

Sorensen, R. e Iedema, R. (2007). Advocacy at end-of-life: research design: an ethnographic study of an ICU. *International Journal of Nursing Studies*, Nov, 44(8) 1343-1353.

Souza, M., Possari, J., e Mugaiar, K. (1985). Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 5(2), 77-79.

Spielberger, C. (1966). Theory and research on anxiety. Em: *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press

Spielberger, C. (1981). Tensão e ansiedade. São Paulo: Hasper e Row do Brasil LTDA.

- Spielberger, C., Gorsuch, R., e Lushene, R. (1979). Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE. Rio de Janeiro: CEPA.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Uller, A. (2007). Até onde investir no paciente grave? – Decisões envolvendo a prática médica na UTI. Obtido em Abril 23, 2009, de <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/8/4/1348-ullerarm.pdf>
- Van Diest, R.; Appels, A. (1991). Vital Exhaustion and depression: A conceptual study. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 535-544.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. (2ª Edição) Universidade Católica Editora.
- Virella, B., Arbona C., e Novy, D. (1994). Psychometric properties and factor structure of the spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 401-412.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Wilkin, K., e Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. Jan, 13(1), 50-59.
- Wingenfeld, K., Schulz, M., Damkroeger, A., Rose, M., e Driessen, M. (2009). Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology*, 34(11), 1144-1151.
- Wojciechowski F, Strik J, Falger P, Lousberg R., e Honig A (2000). The relationship between depressive and vital exhaustion symptomatology post-myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 359-365.

## **ANEXOS**

---

## **ANEXO A**

---

### **Questionário de caracterização da amostra**



Departamento de Psicologia

Este questionário tem por objectivo a realização de um trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado de Psicologia com especialização em Psicologia com especialização em Psicologia da Saúde, relativamente às funções do enfermeiro nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Solicito e agradeço a sua colaboração para o respectivo preenchimento, alertando para o facto de garantir a total confidencialidade dos dados recolhidos neste questionário.

I

Idade \_\_\_\_ anos; Género \_\_\_\_; Estado Civil \_\_\_\_; Filhos \_\_\_\_; quantos? \_\_\_\_\_

Outras pessoas ao cuidado \_\_\_\_ (Sim/Não); especifique \_\_\_\_\_

Habilitações \_\_\_\_\_

Vínculo com a Instituição \_\_\_\_\_

Tempo na Profissão \_\_\_\_\_

Tempo no Serviço actual \_\_\_\_\_

Trabalha por: Turnos \_\_\_\_; Horário fixo \_\_\_\_; nº de horas de trabalho /semana \_\_\_\_\_

Duplo emprego \_\_\_\_ (Sim/Não); nº de horas /semana \_\_\_\_\_

Acidentes em serviço \_\_\_\_ (Sim/Não); especifique \_\_\_\_\_

Sono reparador \_\_\_\_ (Sim/Não); nº de horas/dia \_\_\_\_\_

Desenvolvimento de actividade física \_\_\_\_ (Sim/Não); tipo \_\_\_\_\_

Actividades de lazer \_\_\_\_ (Sim/Não); especifique \_\_\_\_\_

Sofre de alguma doença \_\_\_\_ (Sim/Não); especifique \_\_\_\_\_

Toma habitualmente medicação \_\_\_\_ (Sim/Não); especifique \_\_\_\_\_

## **ANEXO B**

---

### **Autorização do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo**

19579 '07 NOV-6 14:00



• Exma. Senhora  
D<sup>a</sup> Maria Felizarda dos Santos  
Santiago  
Urbanização das Gambelas  
Lote 40  
• 8000-061 FARO

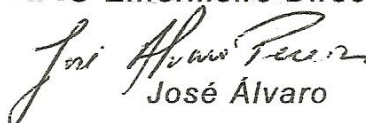
Sua referência                      Sua comunicação de                      Nossa referência                      Data

ASSUNTO:    “Recolha de Dados”

Em resposta ao solicitado por V. Exa., vimos informar que após parecer positivo da Comissão de Ética: “Sem problemas do ponto de vista ético desde que garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados”, o Conselho de Administração na sua reunião de 31 de Outubro deliberou autorizar a aplicação dos questionários solicitados nas condições definidas pelo parecer da Comissão de Ética.

Apresento os meus cumprimentos.

O Enfermeiro Director

  
José Álvaro



Rua Dr. António Fernando Covas Lima - 7801 - 849 - BEJA  
Telef. 284 310 200 / 284 322 134  
FAX : 284 322 747 (ADMINISTRAÇÃO)  
FAX : 284 324 074 (APROVISIONAMENTO)  
FAX : 284 310 280 (S. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS)  
E-mail : ca@hbeja.min-saude.pt



Largo de S. Paulo - 7830 - 386 - SERPA  
Telef. 284 544 715  
FAX : 284 544 747 (ADMINISTRAÇÃO)  
E-mail : sccrctariado@hscrpa.min-saudc.pt



Ministério da Saúde  
Administração Regional  
de Saúde do Alentejo

## **ANEXO C**

---

### **Autorização do Centro Hospitalar do Litoral Alentejano**



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO

IBL DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Exma. Senhora  
Enf<sup>a</sup> Maria Felizarda dos Santos Santiago  
Urbanização das Gambelas, Lote 40  
**8000-061 Faro**

**Ofício**

SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA
Requerimento DE 09-10-07 SANTIAGO DO CACÉM, 06/12/07	PROC. N.º	OFÍCIO N.º 988- P
ASSUNTO: Deliberação do Conselho de Administração relativo ao pedido de aplicação de questionário/instrumento para dissertação de Mestrado		

Serve o presente para informar V.Exa. que foi autorizado em reunião do Conselho de Administração o pedido para aplicação dos questionários/instrumentos, na Unidade de Cuidados Intensivos do HLA com a finalidade de recolha de dados para a realização da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

  
Adelaide Belo

NA RESPOSTA INDICAR A "NOSSA REFERÊNCIA" - EM CADA OFÍCIO, TRATAR SO DE UM ASSUNTO

AB/ac

**ANEXO D**

---

**Autorização do Hospital do Barlavento Algarvio**



Centro Hospitalar do Barcelos Algarve, EPE  
PORTIMÃO - LAGOS

Portimão (sede):

Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390  
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão

Lagos:

Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115  
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

**Exma. Senhora**  
**Enf.<sup>a</sup> Maria Felizarda dos Santos Santiago**  
**Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**  
**Hospital Distrital de Faro**  
**Rua Leão Penedo**  
**8000 FARO**

S/ Ref<sup>a</sup> N.º  
Data: 09/10/2007

N/Ref<sup>a</sup> N.º 739/PCA/si  
Data: 15/11/2007

**Assunto: Trabalho de Investigação**

Na sequência do V. ofício de 09/10/2007 a solicitar autorização para realizar um questionário aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde, vimos informar V. EX.<sup>a</sup> de que o mesmo foi apreciado em Conselho de Administração de 7/11/2007, tendo sido "autorizado nos termos propostos, com o parecer positivo do Director e do Enf. Chefe do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos".

Com os melhores cumprimentos,

**O Presidente do Conselho de Administração,**

(Dr. Luís Batalau)



## **ANEXO E**

---

### **Autorização do Hospital de Faro, EPE**



Exma Senhora  
Enf.ª Maria Felizarda S. Santiago  
Serviço de UCIP  
Hospital Distrital de Faro

024451 '07 11-15

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
089-DE

Data  
15.11.2007

ASSUNTO: Pedido de autorização para projecto de investigação "Desgaste Emocional dos Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos".

Em resposta ao Vosso ofício, sobre o assunto supra citado, vimos informar V. Exa. que ouvidos o Director de Serviço, a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Supervisora e após parecer favorável da Comissão de Ética, o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A ENFERMEIRA DIRECTORA

(M<sup>ª</sup> Filomena Martins)

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.





**Comissão de Ética  
para a Saúde**

**Ex.ma Senhora  
Enfermeira Directora do HDFaro  
Enf.ª Filomena Martins**

**PARECER**

**Assunto: Estudo sobre “Desgaste Emocional dos Enfermeiros de  
Unidades de Cuidados Intensivos”**

**Investigadora: Maria Felizarda Santiago**

Em relação ao estudo acima referido considera esta CES que o mesmo tem interesse.

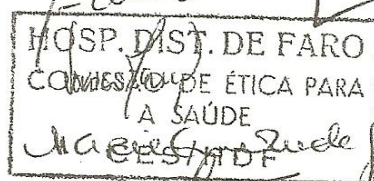
Pensamos que é importante a avaliação das repercussões da actividade sobre profissionais de saúde. Por outro lado não estão envolvidos doentes não havendo quaisquer questões éticas pertinentes.

Sugerimos que este pedido seja deferido

Com os melhores cumprimentos

Faro, 08 de Novembro de 2007

**A Comissão de Ética para a Saúde do HDF**



*Macisto*

## **ANEXO F**

---

### **Escala de exaustão vital**

		Concordo em absoluto	Concordo bastante	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1	Sinto-me frequentemente cansado							
2	Ultimamente tenho-me sentido indiferente							
3	Sinto-me completamente fraco, ou sem energia							
4	Tenho-me irritado mais facilmente que antes							
5	Sinto-me abatido							
6	Por vezes sinto que o meu corpo é como uma bateria que está a perder a carga							
7	Ultimamente, tenho a sensação de que não tenho feito muitas coisas ou, que estou menos capaz de as concluir							
8	Costumo acordar com a sensação de exaustão ou fadiga							
9	Acordo repetidamente durante a noite							
10	Sinto que não consigo lidar com os problemas do dia a dia tão bem quanto o conseguia fazer							
11	Sinto que quero desistir de me esforçar (no trabalho, em actividades sociais, etc.)							
12	Pequenas coisas têm-me irritado mais ultimamente do que era costume							

13	Perco por completo a paciência mais facilmente que anteriormente							
14	Tenho tido a sensação de que já não tenho a garra de antigamente							
15	Tenho notado um decréscimo no meu apetite sexual ou no desejo de fazer amor							
16	Tenho mais dificuldade em resolver uma tarefa mental ou problema que requeira muita concentração							
17	Tenho uma dificuldade crescente em concentra-me num único assunto por um período de tempo longo							
18	Sinto que o meu trabalho habitual se tornou tão exaustivo, como se agora este se tratasse de uma montanha para escalar							
19	Acredito ter chegado a um beco sem saída							
20	Por vezes choro ou tenho vontade de chorar							
21	Sinto-me derrotado ou desiludido							
22	Recentemente, tenho tido sentimentos de desespero							
23	Por vezes queria estar morto							

## **ANEXO G**

---

### **Inventário Estado-Traço de Ansiedade STAI (Forma Y)**

Instruções:

De seguida encontrará frases utilizadas habitualmente para descrever-se a si mesmo. Leia cada frase e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**.

Não há respostas correctas nem incorrectas. Não perca muito tempo em cada questão.

1 – Nada
2 – Pouco
3 – Moderadamente
4 – Muito

1 -	Sinto-me calmo .....	1	2	3	4
2 -	Sinto-me seguro .....	1	2	3	4
3 -	Estou tenso .....	1	2	3	4
4 -	Sinto-me cansado .....	1	2	3	4
5 -	Sinto-me à vontade .....	1	2	3	4
6 -	Sinto-me perturbado .....	1	2	3	4
7 -	Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças .....	1	2	3	4
8 -	Sinto-me satisfeito .....	1	2	3	4
9 -	Sinto-me satisfeito .....	1	2	3	4
10 -	Sinto-me amedrontado .....	1	2	3	4
11 -	Sinto-me autoconfiante .....	1	2	3	4
12 -	Sinto-me nervoso .....	1	2	3	4
13 -	Sinto-me trémulo .....	1	2	3	4
14 -	Sinto-me indeciso .....	1	2	3	4
15 -	Sinto-me descontraído .....	1	2	3	4
16 -	Sinto-me contente .....	1	2	3	4
17 -	Estou preocupado .....	1	2	3	4
18 -	Sinto-me confuso .....	1	2	3	4
19 -	Sinto-me firme .....	1	2	3	4
20 -	Sinto-me bem .....	1	2	3	4

Instruções:

Seguidamente encontrará frases que se utilizam correntemente para descrever-se a si mesmo.

Leia cada frase e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente, de um modo geral, na maioria das ocasiões.**

Não há respostas correctas nem incorrectas. Não perca muito tempo em cada questão.

- |                   |
|-------------------|
| 1 – Nada          |
| 2 – Pouco         |
| 3 – Moderadamente |
| 4 – Muito         |

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 21 - Sinto-me bem .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 - Canso-me rapidamente .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 - Sinto vontade de chorar .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 - Gostaria de ser tão feliz como os outros .....                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 - Perco oportunidades porque sou indeciso .....                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 - Sinto-me descansado .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 - Sou uma pessoa tranquila, calma e sossegada .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 - Vejo que as dificuldades se amontoam e não posso com elas .....               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 - Preocupo-me demasiado por coisas sem importância .....                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 - Sou feliz .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 - Costumo tornar as coisas demasiado sérias .....                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 - Tenho falta de confiança em mim mesmo .....                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 - Sinto-me seguro .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 - Não sei enfrentar crises ou dificuldades .....                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 - Sinto-me triste (melancólico) .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 - Estou satisfeito .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 - Aborrecem-me pensamentos sem importância .....                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 - Afectam-me tanto as mentiras que não consigo esquecê-las .....                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 - Sou uma pessoa estável .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 - Quando penso sobre assuntos e preocupações actuais fico tenso e agitado ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

## **ANEXO H**

---

### **Inventário de Personalidade Neo-FFI 20**

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com um  apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião.

Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o  errado e assinale com um  a resposta correcta.

Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. • Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. • Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. • Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. • Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

*Discordo Fortemente*   *Discordo*   *Neutro*   *Concordo*   *Concordo Fortemente*

1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ANEXO I**

---

### **Autorização para utilização do Inventário de Personalidade Neo-FFI 20**

>> ----- Original Message -----  
>> \*From:\* felizarda santiago <dade1968@gmail.com>  
>> \*To:\* dout01006@fpce.up.pt  
>> \*Sent:\* Wednesday, September 26, 2007 2:24 PM  
>> \*Subject:\* Solicitação de escala  
>>  
>>  
>> Boa Tarde Dr Bertoquini  
>>  
>> Chamo-me Felizarda Santiago, sou enfermeira na Unidade de Cuidados  
>> Intensivos no Hospital Distrital de Faro.  
>>  
>> Actualmente, encontro-me a realizar o Mestrado em Psicologia com  
>> especialização em Psicologia da Saúde, na Universidade do Algarve - Faro;  
>> propus realizar a minha tese de dissertação sobre Desgaste Emocional dos  
>> Enfermeiros em Cuidados Intensivos (nas Unidades de Cuidados Intensivos do  
>> Algarve e Baixo Alentejo).  
>> Pretendo aplicar, entre outras escalas, o Inventário de Personalidade dos  
>> cinco factores com 20 ítems (NEO-FFI-20) ou o Inventário de Personalidade  
>> dos cinco factores NEO-forma reduzida, para tal gostaria de saber se é  
>> possível facultar-me o mesmo e autorizar-me a aplicá-lo na referida  
>> investigação.  
>>  
>> Gostaria se possível uma resposta breve tanto quanto possível.  
>>  
>> Atenciosamente  
>>  
>> Felizarda Santiago

Boa noite Felizarda,  
>>  
>> Como deve ser do seu conhecimento, as estruturas factoriais dos  
>> instrumentos NEO têm revelado, ao longo dos anos e em diferentes países,  
>> alguns problemas - essencialmente na análise factorial confirmatória.  
>> Subjacente ao desenvolvimento de uma versão reduzida estiveram dois  
>> grandes objectivos:  
>> - a administração mais célere dos instrumentos de avaliação NEO ;  
>> - que ofereça características psicométricas semelhantes às versões longas.  
>>  
>> Nesse sentido, talvez fosse boa ideia utilizar o NEO-FFI-20.  
>>  
>> Parabéns pelo tema escolhido.  
>> Gostaria posteriormente de ter acesso à sua base de dados (somente os  
>> dados relativos ao NEO-FFI-20) e de saber quais são os seus resultados.  
>>  
>> Saudações académicas,  
>> VBertoquini

## **ANEXO J**

---

### **Estatísticas descritivas das dimensões da Escala de Exaustão Vital**

## Estatística descritiva das dimensões da Escala de Exaustão Vital

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Teste de Kolmogorov-Smirnov	
						Estatística	<i>p</i>
Exaustão Vital	2.85	.99	1.13	6.52	2.78	.596	.869
Diminuição de Energia	3.04	1.04	1.15	6.54	2.92	.533	.939
Sentimento de Desmoralização	2.36	1.01	1.00	6.29	2.28	.978	.295
Aumento de Irritabilidade	3.21	1.28	1.00	7.00	3.33	.723	.672

## **ANEXO K**

---

### **Estatísticas descritivas do Inventário de Ansiedade (STAI) Forma Y**

Estatística Descritiva das dimensões do Inventário Estado-Traço  
de Ansiedade

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Teste de Kolmogorov- Smirnov	
						Estatística	<i>p</i>
Ansiedade – Estado	1.73	.46	1.00	3.00	1.65	0.777	0.581
Ansiedade –Traço	1.99	.41	1.00	3.30	2.00	0.771	0.593

## **ANEXO L**

---

### **Estatísticas descritivas das dimensões do Inventário de Personalidade Neo-FFI 20**

Estatística Descritiva das dimensões do Inventário de Personalidade  
NEO-FFI 20

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Teste de Kolmogorov- Smirnov	
						Estatística	p
<b>Neuroticismo</b>	2.52	.76	1.00	4.25	2.50	0.867	0.439
<b>Extroversão</b>	3.68	.50	2.50	5.00	3.75	1.514	0.020
<b>Abertura à Experiência</b>	3.56	.70	2.00	5.00	3.50	0.897	0.397
<b>Amabilidade</b>	3.43	.65	1.75	5.00	3.50	1.215	0.105
<b>Conscienciosidade</b>	3.92	.42	3.00	5.00	4.00	1.808	0.003

