

Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos

Anxiety, depression and burnout in nurses - Impact of shift work

Ansiedad, depresión y burnout en enfermeros - Impacto de trabajo por turnos

Vanessa Oliveira*

Telmo Pereira**

Resumo

O objetivo deste trabalho foi conhecer os níveis de ansiedade, depressão e *burnout* em enfermeiros que trabalham por turnos.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário que engloba dois instrumentos previamente traduzidos e validados para a população portuguesa: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este questionário foi aplicado antes e após o turno da tarde. Em ambos os momentos, os inquiridos obtiveram níveis médios de exaustão emocional e baixos níveis de realização pessoal e de despersonalização (MBI). Relativamente à ansiedade e à depressão, os valores obtidos foram compatíveis com um nível moderado de ansiedade e ligeiro de depressão (HADS). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (dos níveis de ansiedade, depressão e *burnout*) do primeiro para o segundo momento de avaliação.

É fundamental que o profissional de saúde responsável pela gestão esteja desperto para estas questões, podendo, assim, adotar medidas preventivas.

Palavras-chave: ansiedade; depressão; burnout; enfermagem

Abstract

The objective of this work is to recognize anxiety, depression and burnout levels in nurses working in shifts.

Data collection was performed through the development of a questionnaire including two instruments previously translated and validated for the Portuguese population: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Maslach Burnout Inventory (MBI). This questionnaire was administered before and after the afternoon shift. In both stages of evaluation, participants had average levels of emotional exhaustion, low personal accomplishment and depersonalization (MBI). Regarding anxiety and depression, the values obtained were consistent with a moderate level of anxiety and mild level of depression (HADS). No statistically significant differences were found between (levels of anxiety, depression and burnout) at the first and second assessment points.

It is crucial that health professionals responsible for management are aware of these issues and can thus take preventive measures.

Keywords: anxiety; depression; burnout; nursing

* Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde. Licenciatura em Enfermagem. Enfermeira na Unidade de Saúde de Coimbra [vanessasofiaro@hotmail.com].

** Departamento de Cardiopneumologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Instituto Politécnico de Coimbra [telmo@estescoimbra.pt].

Resumen

El objetivo de este trabajo se centró en conocer los niveles de ansiedad, depresión y *burnout* en enfermeras que trabajan por turnos.

La recolección de datos se realizó mediante la elaboración de un cuestionario que incluyó dos instrumentos previamente traducidos y validados para la población portuguesa: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este cuestionario fue aplicado antes y después del turno de la tarde. En ambos momentos, los participantes obtuvieron niveles promedio de agotamiento emocional, niveles bajos de realización personal y de despersonalización (MBI). Con respecto a la ansiedad y la depresión, los valores obtenidos concuerdan con un nivel moderado de ansiedad y de depresión leve (HADS). No se observaron diferencias estadísticamente significativas (de niveles de ansiedad, depresión y *burnout*) entre la primera y segunda etapa de evaluación.

Es esencial que el profesional de la salud responsable por la gestión sea consciente de estos asuntos, y que pueda así, tomar medidas preventivas.

Palabras clave: ansiedad; depresión; burnout; enfermería

Recebido para publicação em: 15.07.11

Aceite para publicação em: 07.02.12

Introdução

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem remonta a finais do século XIX. Contudo, foi a partir da 2.^a metade do século XX que as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros, quer ao nível de formação académica, quer profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (DL 104/98, 21 de abril).

Os enfermeiros, tal como a grande maioria dos profissionais de saúde, fazem parte dos profissionais sujeitos a trabalho em horário rotativo (*rolman*). No nosso país existe um sistema de três turnos constituído, na maioria dos casos, pelo turno da manhã (8h às 16h), da tarde (16h às 24h) e da noite (24h às 8h), podendo sofrer ligeiras alterações de acordo com as políticas de cada instituição. Este facto é consequente das exigências cada vez maiores no setor da saúde, decorrentes da evolução na enfermagem, visto ser fundamental a manutenção de atividades durante as vinte e quatro horas.

Cada vez são mais claras as consequências que o trabalho por turnos acarreta na vida pessoal e familiar dos profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros. Cerca de 29% da população ativa trabalha por turnos, pelo que os efeitos da intolerância ao trabalho por turnos assumem uma elevada importância em termos de saúde ocupacional (Santos, 2008).

O trabalho por turnos poderá ter repercussões diretas sobre a vida pessoal e familiar do trabalhador, uma vez que o número de horas semanais de trabalho e a forma como são distribuídas, podem afetar a qualidade de vida. Em consequência das exigências deste tipo de horários de trabalho, é comum a vida pessoal ser descurada pela profissional, não havendo um equilíbrio entre ambas.

A ansiedade é um estado emocional inerente à psique humana, ao qual as pessoas se defrontam diariamente. Os termos *stress* e ansiedade são muitas vezes confundidos. O *stress* ou, mais corretamente, um fator de *stress*, é uma pressão externa exercida sobre o indivíduo, todavia, a ansiedade é a resposta subjetiva a esse fator de *stress* (Hetem, 2004, citado por Bastos *et al.*, 2007).

A depressão é um estado patológico de sofrimento psíquico consciente e de culpa, acompanhado por uma marcada redução dos valores pessoais e uma diminuição da atividade psicomotora e orgânica

(Grinberg, 2000, citado por Valente, 2009).

A sobrecarga quantitativa de trabalho, a duração do trabalho, a falta de autonomia e controlo no processo de trabalho, a presença de riscos físicos, químicos e biológicos, lidar com o sofrimento, a insuficiência de recursos, a responsabilidade por pessoas, as relações de trabalho e suporte social no local de emprego, a remuneração, a segurança no vínculo de trabalho, as perspectivas de promoção, o quadro familiar, o conflito casa-trabalho, o quadro social e quadro pessoal são considerados fatores de *stress* nos profissionais de saúde (Velez, 2003).

Por vezes a resposta ao *stress* é demasiado frequente, intensa ou duradoura e a pessoa não consegue ter mecanismos de compensação para se manter num ritmo elevado de ação, levando, assim, ao *stress* crónico (Lopez-Soriano e Bernal, 2002, citado por Pinto, 2008). O *burnout*, frequentemente confundido com o *stress*, é uma resposta de um *stress* crónico que afeta o desempenho do trabalhador, o relacionamento interpessoal, a produtividade, bem como a qualidade de vida do indivíduo e da organização. Então, o *stress* refere-se a um processo de adaptação temporário, enquanto o *burnout* está ligado a uma quebra na adaptação, acompanhado de um mau funcionamento crónico (Pinto, 2008). A melhor distinção entre estes dois conceitos pode ser feita tendo em consideração o fator tempo – o *stress* profissional prolongado conduz ao *burnout* (Pacheco, 2007).

Quando os profissionais não conseguem arranjar estratégias eficazes – *coping* – para lidar com estes acontecimentos, acabam por apresentar um cansaço físico e emocional, estando perante a síndrome de *burnout*. Vários estudos referem que uma pessoa que tenha estratégias de *coping* adequadas sente que tem um bom controlo das situações com que se encontra, gostando de enfrentar e resolver ativamente os problemas (Pacheco, 2007).

O conceito *burnout* foi utilizado pela primeira vez em 1974 pelo psiquiatra psicanalista norte-americano Freudenberg que afirmou que qualquer sujeito pode sentir *stress*, mas o *burnout* só é experienciado por pessoas que vão para as suas carreiras profissionais com elevados índices de motivação e envolvimento pessoal e de ideias, e que posteriormente se sentem frustrados (Vaz Serra, 1999, citado por Pacheco, 2007). Em 1981, Maslach e Jackson desenvolveram o processo de fundamentação conceptual e empírica da síndrome de *burnout*, afirmando que a mesma

é composta por três dimensões, conceptualmente distintas, mas empiricamente relacionadas: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Rainho, 2005).

A síndrome de *burnout* é observada com mais frequência em profissionais que têm uma relação constante e direta com outras pessoas, aumentando quando esta relação é de ajuda, como é o caso dos enfermeiros (Moreno Jiménez, 2002, citado por Rainho, 2006).

Os enfermeiros encontram-se em segundo lugar de acordo com um estudo efetuado sobre as profissões mais afetadas ao *burnout* (Silva, 2000, citado por Pinto, 2008).

Os enfermeiros, de todos os grupos profissionais da área da saúde, são os mais expostos a situações capazes de colocar em risco a sua saúde (Sutherland e Cooper, 1995; Gillespie, 1986 e Hingley e Cooper, 1986, citados por Serra, 1995).

As alterações de saúde mental, as psicossomáticas (fadiga, cefaleias, insónia, alterações gastrointestinais, hipertensão, cardiopatia isquémica, entre outras), emocionais (ansiedade, depressão, comportamentos suicidas e abuso de drogas) e comportamentos defensivos (isolamento, negação, rotatividade, irritabilidade, impulsividade, cinismo, etc.) podem ser consequências do *burnout*. Estas podem ter implicações laborais, como insatisfação e degradação do ambiente de trabalho, diminuição da qualidade de trabalho, absentismo e abandono da profissão e, ainda, consequências pessoais e familiares, como o défice na comunicação, hostilidade, rutura familiar, isolamento social, etc. (Rainho, 2006).

Uma vez que atualmente ganha uma maior expressão o estudo no âmbito da saúde mental do profissional, procurou-se estudar os níveis de ansiedade, depressão e *burnout* num grupo de enfermeiros em exercício na Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto praticando um horário por turnos, assumindo-se como objetivo fundamental deste trabalho o conhecimento dos níveis de ansiedade, depressão e *burnout* em enfermeiros que trabalham por turnos.

Metodologia

Amostra

A população-alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que trabalham por turnos na Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto.

A amostra é não-probabilística e o método de amostragem utilizado foi a amostragem accidental. A escolha do local do estudo prendeu-se essencialmente com questões de acessibilidade física e logística.

Dos enfermeiros que trabalham na Unidade de Saúde de Coimbra, foram excluídos os que não trabalham por turnos. A avaliação foi realizada na Unidade de Saúde de Coimbra, em vários momentos, de forma a abranger o máximo de profissionais durante o turno da tarde, que decorre das 16h às 23h. Foi excluído o turno da manhã por ser o turno correspondente aos que trabalham em horário fixo e excluído o turno da noite pelo facto de o objetivo não ser a avaliação no período noturno, que podia adulterar os resultados obtidos.

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar. Foram incluídos na amostra 25 profissionais de saúde, com uma taxa de resposta de 100%. A idade média da amostra foi de $28,32 \pm 9,79$, com uma amplitude de idades dos 22 aos 59 anos, havendo um predomínio do género feminino (76%, $n=19$). A média de idades no género feminino foi de $27,79 \pm 10,09$, e no género masculino de $30,00 \pm 9,44$.

Relativamente ao estado civil, 72% ($n=18$) da amostra eram solteiros e 28% ($n=7$) casados ou em união de facto. Apenas 12% ($n=3$) dos inquiridos tinham filhos. 76% ($n=19$) viviam em meio urbano e 24% ($n=6$) em meio rural. A grande maioria da amostra era católica – 80% ($n=20$). Quanto à prática de exercício físico, 48% ($n=12$) enfermeiros praticavam exercício físico regularmente, em oposição a 52% ($n=13$) que não praticavam exercício físico.

No que respeita à toma de medicação ansiolítica, a grande maioria não tomava este tipo de medicação – 96% ($n=24$). Relativamente à toma de estimulantes, apenas 8% ($n=2$) referiu a sua ingestão.

Em relação ao regime de trabalho, 62,5% ($n=15$) encontrava-se a *full-time* na instituição, em oposição a 37,5% ($n=10$) que se encontrava em regime de *part-time*. A maioria da amostra - 68% ($n=17$) - eram trabalhadores independentes (recibo verde), 20% ($n=5$) com contrato de trabalho a termo resolutivo certo e 12% ($n=3$) encontravam-se em estágio profissional. No que diz respeito ao número de locais de trabalho, 64% ($n=16$) dos inquiridos apenas tinham um, 28% ($n=7$) tinham dois e 8% ($n=2$) tinham três locais de trabalho.

Por fim, em relação ao tempo de experiência profissional como enfermeiro, 24% ($n=6$) tinham

menos de meio ano de exercício profissional, 32% (n=8) entre meio ano e dois anos e 44% (n=11) mais de dois anos.

Relativamente aos procedimentos formais e éticos, foi pedida autorização à Administradora da Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto e ao Enfermeiro-Gestor com o objetivo de poder recolher os dados aos enfermeiros da presente instituição que trabalham por turnos, tendo sido dado um parecer favorável.

Este estudo não teve qualquer interesse financeiro. Foi respeitado o anonimato e a confidencialidade, excluindo assim a possibilidade de os resultados serem influenciados pelo facto de os elementos que constituíram a amostra serem colegas de trabalho. Todos os sujeitos deram o seu consentimento informado para participar no estudo.

Procedimento

A recolha de dados foi realizada através de um questionário que engloba dois instrumentos previamente traduzidos e validados para a população portuguesa *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007) e *Maslach Burnout Inventory* (MBI) Manita (2003). Deste modo, o questionário foi constituído por três grupos de questões.

O primeiro grupo incluía treze questões, com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a amostragem: idade, género, estado civil, existência de filhos, meio em que habita, religião, prática de exercício físico, toma de medicação ansiolítica, toma de estimulantes, regime de trabalho, tipo de contrato de trabalho, experiência profissional e o número de locais de trabalho. A escolha das variáveis foi baseada em estudos semelhantes, como o de Rainho (2005), Rainho (2006), Santos (2008), Silva (2008) e Gomes *et al.* (2009).

O segundo grupo foi constituído por catorze questões correspondentes ao instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), traduzido, adaptado e validado por Pais-Ribeiro *et al.* (2007).

Resumidamente, o HADS é constituído por duas subescalas, sendo que uma mede a ansiedade e a outra que a depressão. Cada subescala é constituída por sete questões e são pontuadas separadamente. Cada questão é respondida pelo indivíduo numa escala de quatro pontos (0 a 3), logo, para cada subescala a pontuação varia de 0 a 21.

Para cada subescala – ansiedade e depressão – uma pontuação igual ou inferior a 7 traduz a inexistência

de ansiedade ou de depressão; entre 8 e 10 significa que há uma probabilidade de desenvolver ansiedade ou depressão; igual ou superior a 11 manifesta a existência de ansiedade ou depressão (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

O terceiro grupo foi constituído por vinte e duas questões de uma versão adaptada do instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach, Jackson e Leiter (1996), tendo sido utilizada a versão traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Manita (2003). Este instrumento permite avaliar as três dimensões do *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Cada questão é classificada numa escala de 0 a 6 pontos. Relativamente à dimensão exaustão emocional, quando a pontuação é inferior ou igual a 16 é classificado como baixo, de 17 a 27 como médio e superior ou igual a 28 como alto. No que diz respeito à despersonalização, inferior ou igual a 5 é baixo, de 6 a 10 é médio e superior ou igual a 11 é considerado alto. Por fim, em relação à dimensão realização pessoal, quando superior ou igual a 40 é qualificado como baixo, de 34 a 39 como médio e, inferior ou igual a 33, como alto (Manita, 2003).

A todos os sujeitos foram aplicadas as escalas em dois momentos: no início do turno da tarde e no final. Foi pedido a todos os sujeitos que respondessem aos questionários com base na sua perceção subjetiva, e de forma sincera.

A recolha dos questionários, por autoaplicação, foi realizada no período de 8 a 22 de janeiro de 2010 durante o turno da tarde.

Análise estatística

Após a codificação das variáveis, o tratamento de dados foi efetuado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 14.

A distribuição das variáveis foi testada, quanto à normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilks. Recorreu-se a uma estatística descritiva simples para caracterização geral da amostra e da distribuição das variáveis. Para o estudo da associação entre variáveis categóricas recorreu-se ao teste do χ^2 . O teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas ou o teste de Wilcoxon foram usados, em função da natureza das variáveis e conforme apropriado. O teste *t* de *Student* para amostras independentes ou o teste *U* de Mann-Whitney foram usados nas comparações entre

dois grupos, em função da natureza das variáveis e conforme apropriado. Procedeu-se, ainda, a análises de correlação bivariada (r de Pearson ou ρ de Spearman) sempre que necessário.

Os valores estão apresentados como média \pm desvio-padrão e amplitude de variação (variáveis quantitativas) ou como percentagem (variáveis qualitativas). O critério de significância estatística utilizado foi um valor de $p \leq 0.05$.

Resultados

Análise geral

De seguida serão apresentados os resultados para as diferentes variáveis deste estudo. A comparação dos *scores* das escalas HADS e MBI obtidos nos dois momentos considerados apresentam-se nos quadros 1 e 2.

QUADRO 1 – Resultados da escala MBI nas suas três dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após).

| MBI | 1º Momento | 2º Momento | <i>p</i> |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|----------|
| Exaustão emocional | 20,00 \pm 9,49 (4 – 41) | 19,60 \pm 10,68 (3 – 41) | 0,660 |
| Despersonalização | 6,16 \pm 5,45 (0 – 19) | 5,36 \pm 4,26 (0 – 14) | 0,386 |
| Realização pessoal | 39,24 \pm 5,52 (29 – 46) | 38,92 \pm 4,36 (30 – 48) | 0,718 |

QUADRO 2 – Resultados da escala HADS nas suas duas dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após).

| HADS | 1º Momento | 2º Momento | <i>p</i> |
|-----------|----------------------------|----------------------------|----------|
| Ansiedade | 12,64 \pm 1,29 (10 – 14) | 12,60 \pm 1,19 (10 – 15) | 0,880 |
| Depressão | 9,28 \pm 1,43 (7 – 12) | 9,20 \pm 1,58 (6 – 12) | 0,731 |

No que diz respeito ao primeiro momento de avaliação – antes do turno –, os valores médios obtidos evidenciaram níveis médios de exaustão emocional (48%, 12 dos inquiridos), baixos de realização pessoal (64%, $n=16$) e de despersonalização (56%, $n=14$), como indica o quadro 3.

Relativamente à ansiedade e à depressão, os valores obtidos foram compatíveis com um nível moderado de ansiedade (88%, $n=22$) e ligeiro de depressão (64%, $n=16$), expresso no quadro 4.

Como se pode analisar nos quadros 3 e 4, no que diz respeito ao segundo momento de avaliação (antes

do turno), os valores médios obtidos evidenciaram níveis semelhantes de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (pelo MBI), e de ansiedade e depressão (pelo HADS). Assim, apresentaram níveis médios de exaustão emocional (44%, 11 dos inquiridos), baixos de realização pessoal (48%, $n=12$) e de despersonalização (52%, $n=8$). No que diz respeito à ansiedade e à depressão, os valores obtidos foram compatíveis com um nível moderado de ansiedade (92%, $n=23$) e ligeiro de depressão (60%, $n=15$).

QUADRO 3 – Resultados em percentagem da escala MBI nas suas três dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após).

| MBI | | 1º Momento | 2º Momento |
|--------------------|-------|----------------|----------------|
| Exaustão emocional | Baixo | 32% ($n=8$) | 36% ($n=9$) |
| | Médio | 48% ($n=12$) | 44% ($n=11$) |
| | Alto | 20% ($n=5$) | 20% ($n=5$) |
| Despersonalização | Baixo | 56% ($n=14$) | 52% ($n=8$) |
| | Médio | 20% ($n=5$) | 36% ($n=9$) |
| | Alto | 24% ($n=6$) | 12% ($n=3$) |
| Realização pessoal | Baixo | 64% ($n=16$) | 48% ($n=12$) |
| | Médio | 16% ($n=4$) | 36% ($n=9$) |
| | Alto | 20% ($n=5$) | 16% ($n=4$) |

QUADRO 4 – Resultados em percentagem da escala HADS nas suas duas dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após).

| HADS | | 1º Momento | 2º Momento |
|-----------|----------|------------|------------|
| Ansiedade | Ligeiro | 12% (n=3) | 8% (n=2) |
| | Moderado | 88% (n=22) | 92% (n=23) |
| Depressão | Normal | 12% (n=3) | 12% (n=3) |
| | Ligeiro | 64% (n=16) | 60% (n=15) |
| | Moderado | 24% (n=6) | 28% (n=7) |

Na comparação dos *scores* entre os dois momentos, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que a perceção subjetiva das dimensões cognitivas aferidas pelas duas escalas foi semelhante nos dois momentos ($p > 0,05$, cf. quadro 1 e 2).

Género e idade

A análise anterior foi replicada considerando a variável género, de forma a procurar diferenças na perceção

subjetiva das dimensões cognitivas aqui estudadas entre os profissionais homens e mulheres. De acordo com os resultados apresentados nos quadros 5 e 6, pode-se observar que os valores obtidos por género se encontraram em linha com os obtidos no total da amostra, excetuando-se a dimensão de despersonalização no género feminino após o turno, que se encontrava no nível baixo de despersonalização.

QUADRO 5 – Resultados da escala MBI nas suas três dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), por género.

| MBI | Feminino (n=19) | | | Masculino (n=6) | | |
|------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal |
| 1º Momento | 20,05 ± 10,79 | 5,37 ± 4,84 | 38,58 ± 5,52 | 19,83 ± 3,66 | 8,67 ± 6,95 | 41,33 ± 5,43 |
| 2º Momento | 19,16 ± 12,18 | 4,79 ± 4,35 | 39,42 ± 4,14 | 21 ± 3,29 | 7,17 ± 3,71 | 37,33 ± 5,05 |
| <i>p</i> | 0,381 | 0,572 | 0,373 | 0,592 | 0,521 | 0,039 |

QUADRO 6 – Resultados da escala HADS nas suas duas dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), por género.

| HADS | Feminino (n=19) | | Masculino (n=6) | |
|------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Ansiedade | Depressão | Ansiedade | Depressão |
| 1º Momento | 12,68 ± 1,25 | 9,32 ± 1,25 | 12,5 ± 1,52 | 9,17 ± 2,04 |
| 2º Momento | 12,63 ± 1,3 | 9,26 ± 1,27 | 12,5 ± 0,84 | 9 ± 2,28 |
| <i>p</i> | 0,867 | 0,863 | 1 | 0,363 |

Do ponto de vista de variação na perceção subjetiva antes e após o turno, apenas houve diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão realização pessoal no género masculino (média de 41,33 ± 5,43 antes do turno e de 37,33 ± 5,05 após o turno, $p = 0,039$). Tal indica que os sujeitos do género masculino poderão melhorar a sua perceção subjetiva de realização pessoal com a realização do turno.

Procurámos, de forma exploratória, perceber se existia alguma relação entre a idade dos enfermeiros e os resultados das escalas. Desta análise verificou-se que os enfermeiros mais velhos apresentavam valores mais baixos de exaustão emocional e de despersonalização e superiores de realização pessoal, como se pode observar no quadro 7. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), como se pode verificar nos quadros 7 e 8.

QUADRO 7 – Resultados da escala MBI nas suas três dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), por idade.

| MBI | ≤ 24 anos (n=13) | | | > 24 anos (n=12) | | |
|------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal |
| 1º Momento | 21,93 ± 9,94 | 7,33 ± 4,82 | 38,73 ± 5,44 | 17,1 ± 8,44 | 4,4 ± 6,11 | 40 ± 5,83 |
| 2º Momento | 21,53 ± 10,37 | 7,2 ± 3,8 | 38,33 ± 4,32 | 16,7 ± 11,03 | 2,6 ± 3,44 | 39,8 ± 4,5 |
| <i>p</i> | 0,679 | 0,906 | 0,755 | 0,83 | 0,279 | 0,870 |

Foram os enfermeiros mais novos que apresentaram valores mais ligeiros de ansiedade antes do turno e mais elevados após. Os inquiridos com idade inferior ou igual a 24 anos, apresentavam valores de ansiedade superiores após o turno, ao invés dos enfermeiros mais velhos, que após o turno da tarde, apresentaram menor ansiedade. No que diz respeito

à depressão, os mais novos apresentaram valores inferiores nos dois momentos, todavia, os valores de depressão diminuíram após o turno, ao contrário dos profissionais mais velhos, que apresentaram valores superiores de depressão no 2º momento de avaliação. Estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), como se pode verificar pelo quadro 8.

QUADRO 8 – Resultados da escala HADS nas suas duas dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), por idade.

| HADS | ≤ 24 anos (n=13) | | > 24 anos (n=12) | |
|------------|------------------|-------------|------------------|------------|
| | Ansiedade | Depressão | Ansiedade | Depressão |
| 1º Momento | 12,33 ± 1,11 | 9,07 ± 1,33 | 13,1 ± 1,45 | 9,6 ± 1,58 |
| 2º Momento | 12,73 ± 1,39 | 8,73 ± 1,53 | 12,4 ± 0,84 | 9,9 ± 1,45 |
| <i>p</i> | 0,212 | 0,334 | 0,111 | 0,279 |

Regime de trabalho, tipo de contrato e experiência profissional

Para avaliar a influência do regime de trabalho

na perceção subjetiva dos enfermeiros avaliados, procedeu-se a uma análise exploratória, cujos resultados se apresentam no quadro 9 e 10.

QUADRO 9 – Resultados da escala MBI nas suas três dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), por regime de trabalho.

| MBI | Full-time (n=15) | | | Part-time (n=10) | | |
|------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal | Exaustão emocional | Despersonalização | Realização pessoal |
| 1º Momento | 21,8 ± 9,86 | 5,67 ± 4,32 | 40,4 ± 5,29 | 19,78 ± 7,77 | 7,56 ± 7,09 | 36,78 ± 5,49 |
| 2º Momento | 21,47 ± 11,33 | 5,47 ± 4,29 | 39,13 ± 4,93 | 18,33 ± 8,66 | 5,67 ± 4,44 | 37,89 ± 2,93 |
| <i>p</i> | 0,798 | 0,864 | 0,253 | 0,76 | 0,289 | 0,512 |

QUADRO 10 – Resultados da escala HADS nas suas duas dimensões no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), por regime de trabalho.

| HADS | Full-time (n=15) | | Part-time (n=10) | |
|------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | Ansiedade | Depressão | Ansiedade | Depressão |
| 1º Momento | 12,4 ± 1,3 | 9,33 ± 1,45 | 13 ± 1,32 | 9,11 ± 1,54 |
| 2º Momento | 12,33 ± 1,23 | 9 ± 1,69 | 12,89 ± 1,05 | 9,44 ± 1,51 |
| <i>p</i> | 0,806 | 0,334 | 0,855 | 0,282 |

Os resultados obtidos evidenciaram que os enfermeiros a *full-time* apresentavam um maior valor de exaustão emocional e de realização pessoal, e inferior de despersonalização, comparativamente aos enfermeiros em *part-time*, o que se pode justificar com o facto de que os enfermeiros a *full-time* eram mais novos. No que diz respeito à ansiedade e depressão os valores são semelhantes. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Dos que trabalhavam em regime *part-time*, observou-se que a grande maioria (66,7%, $n=7$) estava no patamar médio de exaustão emocional, enquanto nos que trabalhavam em *full-time* a distribuição pelos três graus de exaustão emocional foi semelhante (37,5% ($n=6$) no nível baixo, 37,5% ($n=6$) no nível médio e 25% ($n=3$) no nível alto).

No que concerne às dimensões «despersonalização» e «realização pessoal», não se encontraram diferenças em função do regime de trabalho, com os resultados a alinharem-se com a tendência global da amostra. O mesmo se verificou para as dimensões «ansiedade» e «depressão», avaliadas na HADS, com o nível moderado de ansiedade de ligeiro de depressão a predominar.

No que concerne à relação do tipo de contrato (estágio profissional, trabalhador independente e termo resolutivo certo) com as dimensões cognitivas aferidas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), embora tenha sido possível identificar alguma diferenciação em algumas das dimensões avaliadas. Por exemplo, se em relação à ansiedade e depressão, os três grupos seguiram a mesma tendência da maioria da amostra – moderada ansiedade e ligeira depressão – e não se diferenciaram, já nas restantes foi possível identificar alguma diferenciação, embora seja pouco relevante. Quanto à exaustão emocional, verificou-se que os trabalhadores independentes e os que estavam em estágio profissional apresentavam maioritariamente níveis médios, contrastando com os restantes, que apresentavam um nível baixo de exaustão emocional. No que concerne à despersonalização, a maioria da amostra apresentou um nível baixo e apenas os enfermeiros em estágio profissional não seguiram esta tendência, observando-se que a maioria destes apresentava um nível médio de despersonalização ($n=2$). Relativamente à realização pessoal, foram também os enfermeiros em estágio profissional

que não apresentaram um nível baixo de realização, estando este grupo dividido pelos três níveis (1 indivíduo para cada categoria).

Avaliou-se ainda a relação com o tempo de experiência profissional, constatando-se que os enfermeiros com mais tempo de serviço (superior a dois anos) apresentavam valores de exaustão emocional e de despersonalização mais elevados comparativamente com os que tinham menos tempo de exercício profissional. Os enfermeiros com menos tempo de experiência profissional apresentavam valores superiores de ansiedade e inferiores de depressão comparativamente com os enfermeiros que trabalhavam há mais tempo, contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Atividade física e estado civil

A título meramente exploratório, procurámos perceber se a atividade física (prática regular de exercício físico) tinha relevância na análise que se preconiza no presente trabalho. No que diz respeito à exaustão emocional dos indivíduos não praticantes de atividade física, 38,5% ($n=5$) apresentavam-se num patamar médio, 38,5% ($n=5$) baixo e 23% ($n=3$) alto. Dos que praticavam atividade física, a maioria (58,3%, $n=7$) encontrava-se no nível médio.

Dos que não praticavam exercício físico, 76,9% ($n=10$) tinham baixa despersonalização, indo ao encontro da tendência da amostra; contudo, dos que praticavam, a maioria (41,7%, $n=5$) encontrava-se no nível médio, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,023$). Relativamente à realização pessoal, ansiedade e depressão os dois grupos seguiram a mesma tendência da amostra global, não se diferenciando entre si. Indo ainda mais longe, constatou-se que os praticantes de exercício físico apresentaram uma média de exaustão emocional e despersonalização superior aos não-praticantes. Todavia, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Adicionalmente avaliou-se a relação do estado civil com o resultado das escalas aplicadas. Verificou-se que os casados/união de facto tinham um nível de exaustão emocional e de despersonalização mais baixo que os solteiros, sendo a diferença no que concerne à despersonalização estatisticamente significativa ($p=0,022$). Relativamente à realização pessoal, pode-se afirmar que os casados se sentiam

menos realizados pessoalmente, encontrando-se a maioria destes no nível baixo (71,4%, n=5). No que concerne à ansiedade, todos os casados apresentaram um nível moderado, sendo que, dos solteiros, 83,3% (n=15) encontravam-se no mesmo nível e os restantes no nível ligeiro. Os inquiridos que viviam em união de facto ou casados apresentavam ainda níveis

superiores de depressão.

Observaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à dimensão ansiedade (antes e após o turno) nos inquiridos que são casados ou vivem em união de facto ($p=0,005$), como se pode observar pelo quadro 11. Porém, permaneceram no mesmo nível (moderado).

QUADRO 11 – Resultados da escala HADS na dimensão ansiedade no primeiro momento de avaliação (antes) e no segundo momento de avaliação (após), em enfermeiros que são casados/união de facto.

| HADS | |
|------------------------------|--------------|
| Casados/União de Facto (n=7) | |
| | Ansiedade |
| 1º Momento | 13,14 ± 1,07 |
| 2º Momento | 12 ± 0,58 |
| <i>p</i> | 0,005 |

Discussão

O impacto do exercício por turnos na qualidade de vida e nos ritmos biológicos humanos tem sido um tópico recorrentemente invocado na literatura científica. Vários trabalhos já realizados têm demonstrando que o trabalho por turnos e noturno cria conflito com os ritmos biológicos humanos e cria dificuldades na adequação a vida familiar e social (Estevão, 2006).

No que diz respeito ao estudo em questão, em que procuramos avaliar o impacto do exercício profissional em diversos indicadores de saúde, verificaram-se, em termos médios, níveis médios de exaustão emocional e baixos de realização pessoal e de despersonalização nos profissionais inquiridos. Relativamente à ansiedade e à depressão, os valores obtidos foram compatíveis com um nível moderado de ansiedade e ligeiro de depressão.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas do primeiro para o segundo momento de avaliação, concluindo que a jornada de trabalho não influencia de forma determinante a perceção subjetiva nas dimensões psicológicas avaliadas. Todavia, é de referir que os valores obtidos nas três dimensões do MBI e os níveis de ansiedade registados na escala HADS, identificam níveis assinaláveis e clinicamente relevantes nesta classe profissional, atendendo à juventude que caracteriza esta amostra e ao reduzido tempo de experiência profissional acumulada.

Do ponto de vista de variação na perceção subjetiva do primeiro para o segundo momento de avaliação, apenas houve diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão realização pessoal no género masculino, o que indica que os sujeitos do género masculino melhoraram a sua perceção subjetiva de realização pessoal com a realização do turno. Poder-se-ia considerar que a prática em concreto aparenta ser mais recompensadora para os elementos do género masculino, mas a reduzida dimensão da amostra não permite extrair de forma consistente esta relação, podendo este resultado tratar-se de um achado casual, acrescentando ainda o facto de que em outros estudos realizados sobre esta temática o mesmo não se verifica.

Em 2005, Queirós P. realizou um estudo que lhe permitiu afirmar que 25% dos enfermeiros portugueses apresentam *burnout* no trabalho. A insatisfação dos enfermeiros deriva de várias situações: baixa valorização do seu trabalho, falta de poder na tomada de decisões e relacionamento do grupo de trabalho (Pinto, 2008).

Constatou-se que os enfermeiros com mais tempo de serviço apresentavam valores de exaustão emocional e de despersonalização mais elevados e inferiores de realização pessoal, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas. De acordo com um estudo realizado em 2003, o *burnout* diminui com o aumento dos anos de experiência profissional, o que contraria o resultado obtido (Gillespie e Melby,

como citado em Silva, 2008). Contudo, vários fatores podem estar na razão deste acontecimento, como o facto de termos uma amostra constituída por poucos elementos, as condicionantes inerentes à própria instituição, uma vez que a colheita de dados se restringiu apenas à Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto e ainda pela situação atual da profissão de enfermagem (os enfermeiros com mais tempo de serviço viveram uma conjuntura melhor que a atual, assistindo à desvalorização da mesma). Por outro lado, a amostra é constituída maioritariamente por profissionais bastante jovens, com tempos de serviço médios ainda reduzidos.

No que diz respeito à ansiedade, os enfermeiros com menos tempo de experiência profissional apresentaram valores superiores. Esta ocorrência pode dever-se à situação atual da profissão de enfermagem (maior instabilidade profissional, tipos de contratos, carreira de enfermagem, entre outros), bem como ao impacto provocado pela entrada no mercado do trabalho e o assumir de novas responsabilidades.

Adicionalmente, verificou-se que os enfermeiros mais novos apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e de despersonalização e inferiores de realização pessoal, o que se encontra alinhado com os argumentos aflorados anteriormente. Uma justificação para esta situação é o facto de que os mais jovens, habitualmente, terem começado a trabalhar há menos tempo, havendo uma menor segurança/instabilidade do emprego. Outra situação deriva do facto de haver menor experiência profissional e, por sua vez, uma maior insegurança nas suas ações, o que pode gerar situações de maior *stress*.

Foram os enfermeiros mais novos que apresentaram valores mais ligeiros de ansiedade antes do turno e mais elevados após o turno. No que respeita à depressão, os mais novos apresentaram valores inferiores, o que contradiz o resultado anterior, podendo-se justificar, igualmente, pela reduzida dimensão da amostra, uma vez que enfermeiros mais novos apresentam mais problemas relacionados com a instabilidade profissional e com o salário obtido (Gomes *et al.*, 2009).

Os enfermeiros casados ou vivendo em união de facto apresentaram níveis de exaustão emocional e de despersonalização mais baixo que os solteiros, sendo a diferença no que concerne à despersonalização estatisticamente significativa. Este resultado vai ao encontro de outros estudos realizados, que indicam

que os indivíduos solteiros apresentam maiores níveis de *burnout* do que indivíduos casados (Gold, 1985, como citado em Silva, 2008). A relação conjugal pode, então, funcionar como suporte emocional, uma vez que a responsabilidade com a casa, filhos, cônjuge, entre outras, contribui para se lidar melhor com os problemas que possam ocorrer, protegendo, assim, de *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

Contudo, verificou-se que os enfermeiros casados ou que vivem em união de facto se sentiam menos realizados pessoalmente e apresentavam um nível mais elevado de ansiedade e depressão. Tendo em conta que estes enfermeiros eram mais velhos, a baixa realização pessoal pode estar relacionada com a atual conjuntura que vive a enfermagem, tendo como referência o passado. O facto de apresentarem um nível mais elevado de ansiedade e depressão poderá descender da acumulação de papéis inerentes a estes indivíduos.

Este acumular de funções sociais, de acordo com alguns estudos, tem um efeito apaziguador do *stress* no trabalho, criando suporte social. Porém, de acordo com outros autores, devido às eminentes exigências laborais, as responsabilidades familiares acabam por ser descuradas, levando a menos momentos de lazer e menor descanso (Janssen *et al.*, 2004, citado por Silva, 2008).

Observaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à dimensão ansiedade (antes e após o turno) nos inquiridos casados ou em união de facto. O facto de a ansiedade ser menor após o turno, pode estar relacionado com a situação explicada anteriormente, isto é, funcionando a relação conjugal como fator protetor de ansiedade, depressão e *burnout*, o aproximar-se do final da jornada de trabalho e regressar a casa poderá funcionar como agente redutor de ansiedade.

Quanto à relação das dimensões afetivas avaliadas com as características contratuais do exercício, os resultados obtidos demonstraram que os enfermeiros a *full-time* apresentavam um maior valor de exaustão emocional e de realização pessoal, e inferior de despersonalização, comparativamente aos enfermeiros em *part-time*, o que se pode justificar, o que pode derivar dos enfermeiros a *full-time* serem mais novos.

A explicação para os trabalhadores independentes e os que estavam em estágio profissional terem apresentado níveis médios de exaustão emocional,

destoando com os restantes, que apresentaram um nível baixo de exaustão emocional, pode dever-se ao facto de que os trabalhadores com estes tipos de contrato se encontram numa situação mais instável, pelo que, a perceção de estabilidade profissional gera um sentimento de segurança, podendo ter um efeito protetor de *burnout* (Silva, 2008).

A maioria da amostra apresentou um nível baixo de despersonalização e apenas os enfermeiros em estágio profissional não seguiram esta tendência, apresentando um nível médio. Presenciou-se que os praticantes de exercício físico apresentaram uma média de exaustão emocional e despersonalização superior aos não-praticantes. Estes resultados possivelmente devem-se ao reduzido número de inquiridos, não podendo auferir daqui uma conclusão. Os resultados obtidos permitem proferir que o objetivo proposto foi atingido, isto é, conhecer os níveis de ansiedade, depressão e de *burnout* em enfermeiros que trabalham por turnos.

Conclusão

Uma das principais limitações do presente estudo foi a sua limitada duração, assinalando-se também como limitação o tamanho reduzido da amostra. Sugere-se desta forma a sua replicação numa amostra maior, englobando profissionais de instituições públicas e privadas, e com uma definição metodológica que permita a recolha de dados de forma longitudinal incluindo diferentes turnos laborais. Em estudos futuros poderá ainda ser considerado o turno precedente ao turno avaliado, uma vez que os intervalos de descanso entre cada turno poderão influenciar os níveis de ansiedade e *burnout*. Ainda, em estudos posteriores, faz sentido que se avalie o impacto da realização de 40 horas semanais em horário por turnos ao invés de 35 horas por semana. O estabelecimento de uma boa relação entre o profissional de saúde responsável pela gestão e os prestadores de cuidados é da máxima importância, na medida em que, só desta forma pode existir espírito de equipa, onde todos trabalham para um objetivo comum.

Na sequência do referido, é crucial que o enfermeiro responsável pela gestão (Enfermeiro-Chefe/ Enfermeiro-Principal) esteja atento às consequências

contraproducentes que advêm de cada tipo de horário, devendo tomar medidas de ajuste do mesmo a cada trabalhador, dentro das suas possibilidades, para atenuar esses efeitos, uma vez que o trabalhador descontente e exausto – quer física, quer mentalmente – facilmente leva a problemas de absentismo, baixa na produtividade e consequentemente, diminuição da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Vários estudos referem como medidas preventivas de *burnout* a redução de horas de trabalho, condições de trabalho atrativas e gratificantes, reconhecimento da necessidade de formação permanente e o investimento no aperfeiçoamento profissional, dar suporte social às equipas e favorecer a sua participação nas decisões. Assim, deve existir uma abordagem que encare este como um problema coletivo e organizacional e não individual (Pinto, 2008).

Referências bibliográficas

BASTOS, J. [et. al.] (2007) – Ansiedade e depressão em alunos de enfermagem durante o estágio de oncologia. *Einstein*. Vol. 6, nº 1, p. 7-12.

DECRETO-LEI nº 104/98. D.R. I Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757.

ESTEVÃO, C. (2006) - Enfermagem: profissão de stress. *Nursing*. Ano 16, nº 215, p. 34-39.

GOMES, A. [et al.] (2009) – Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 25, nº 3, p. 307-318.

MANITA, C. (2003) - Quando escutar faz mal... *Prevenção do burnout num grupo de profissionais de atendimentos a vítimas de violência doméstica*. Porto : F.P.C.E.U.P.

MARQUES-TEIXEIRA, J. (2002) - Burnout ou síndrome de exaustão. *Saúde Mental*. Vol. 2, nº 2, p. 8-19.

MASLACH, C. ; JACKSON, S. E. ; LEITER, M. P. (1996) – *Maslach burnout inventory manual*. 3ª ed. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

PACHECO, P. (2007) - Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 16, p. 32-41.

PAIS-RIBEIRO, J. [et al.] (2007) - A validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 12, nº 2, p. 225-237.

PINTO, A. (2008) - Burnout versus stress: investigações em profissionais. *Nursing*. Ano 20, nº 240, p. 6-10.

QUEIROS, P. (2005) - *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. 1ª ed. Coimbra : Edições Sinais Vitais.

RAINHO, C. (2005) - Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do questionário breve de burnout. *Nursing*. Ano 16, nº 205, p. 6-11.

- RAINHO, C. (2006) - Adaptação cultural do questionário de desgaste profissional em enfermeiros. **Revista Investigação em Enfermagem**. Nº 13, p. 27-36.
- SANTOS, R. (2008) - Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. **Referência**. Série 2, nº 8, p. 17-31.
- SERRA, A. (1995) – **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra : Ed. Autor.
- SILVA, M. (2008) - **Ansiedade e burnout em enfermeiras dos cuidados de saúde primários do interior-norte de Portugal**. Porto : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Dissertação de mestrado.
- VALENTE, S. (2009) – **Prevenção da depressão: informação dos alunos da licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFP do 4º ano**. Porto : Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde.
- VELEZ, C. (2003) - Gestão do stress nos profissionais de saúde. **Nursing**. Ano 15, nº 179, p. 10-13.