

**CARLA SOFIA LOPES MANUELITO**

**FADIGA POR COMPAIXÃO, SATISFAÇÃO NO  
TRABALHO, STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO  
EM PROFISSIONAIS DE CUIDADOS  
PRÉ-HOSPITALARES/EMERGÊNCIA**

**Orientadora: Marina Carvalho**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2016**

**CARLA SOFIA LOPES MANUELITO**

**FADIGA POR COMPAIXÃO, SATISFAÇÃO NO  
TRABALHO, STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO  
EM PROFISSIONAIS DE CUIDADOS  
PRÉ-HOSPITALARES/EMERGÊNCIA**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do  
Grau Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias,  
Escola de Psicologia e Ciências da Vida com o Despacho  
Reitoral nº 202/2016 com a seguinte composição de Júri:

Presidente: Professora Doutora Neuza Silva

Arguente: Professora Doutora Bárbara Gonzalez

Orientadora: Professora Doutora Marina Carvalho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2016**

*Quando a multidão assustada desce correndo as escadas, um grupo inexplicavelmente corre no sentido contrário, são os bombeiros levando consigo a esperança, a força, a fibra, a honra e o amor.*

*Carlos Eduardo Borges*

Para a minha família, com amor!

## **Agradecimentos**

Finalizada mais uma etapa no meu percurso de formação académica, gostaria de agradecer a todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação.

À Professora Marina Carvalho, pela orientação, disponibilidade, compreensão, e partilha de conhecimentos, durante esta difícil etapa. O meu Muito Obrigada.

Aos Comandantes e Bombeiros que se disponibilizaram na realização desta investigação, pois sem a sua colaboração, a sua concretização teria sido impossível.

Às minhas colegas de curso e amigas Ana Fialho, Patrícia Boiças, Esmeralda Pereira, pela partilha de ideias, amizade, motivação e encorajamento durante este percurso.

À minha família, irmã, pai e um agradecimento muito especial à minha mãe, pelo esforço, carinho e dedicação.

Sou muito grata ao meu companheiro, pelo apoio, amor e compreensão, o meu Muito Obrigada, sem ti teria sido impossível concretizar este sonho.

Aos meus Filhos Guilherme e Gustavo, pelo amor incondicional e paciência, Obrigada por fazerem parte da minha vida.

A todos vós,

O meu Eterno Agradecimento

## Resumo

O presente trabalho de investigação teve como objetivos principais estudar Profissionais de Cuidados Pré-hospitalar/emergência quanto a três variáveis: Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional e analisar as correlações entre elas.

A amostra deste estudo foi constituída por 123 participantes com idades compreendidas entre os 19 e os 62 anos, 95 eram do género masculino, com uma média de idades de 37,22 anos e (DP=10,30) e 28 do género feminino, com uma média de idades de 32,61 anos e (DP=7,07).

Foi utilizado um instrumento de recolha de dados, composto por um protocolo de autoavaliação. Este foi constituído por quatro elementos: Questionário Sociodemográfico; Fadiga por Compaixão ProQOL5 – Versão Portuguesa (Carvalho e Sá 2011); Satisfação no Trabalho QST – (Pais- Ribeiro e Maia, 2002) e Desajustamento Emocional DASS-42 – (Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999).

Verificou-se que a faixa etária dos 44 aos 62 anos apresenta valores mais elevados para a Satisfação por Compaixão.

Relativamente à Satisfação no Trabalho este estudo mostrou que existem diferenças significativas entre os géneros, sendo os homens a referirem maior satisfação, justificada pelo bom relacionamento com os colegas de profissão.

As correlações mostram-se estatisticamente significativas entre a Fadiga por Compaixão, Burnout, Stress Traumático Secundário, Stress, Ansiedade, Depressão e Insatisfação no Trabalho.

Este estudo foi analisado com base na literatura existente e as suas conclusões determinantes para a investigação.

**Palavras-chave:** Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Desajustamento emocional; Profissionais de Cuidados Pré- Hospitalares/Emergência.

## **Abstrat**

This investigation project consisted mainly in analyzing professionals working in pre-hospital care/emergency units based upon the variables of compassion fatigue, job satisfaction, emotionally unbalanced and the correlation between each one of them.

The investigation was structured upon a sample which consisted of 123 participants aged between 19 and 62. Of these 123 participants 95 were male and the average age was 37.22 (DP=10.30) the remaining 28 were female with an average age of 32.61 (DP=7.07).

To have been able to extract the information necessary from these participants the following four self-assessment protocols were used: Socio-demographic questionnaire; Compassion fatigue ProQOL5 – Portuguese version (Carvalho e Sá, 2011) Work satisfaction questionnaire (Pais- Ribeiro e Maia, 2002) and “Desajustamento Emocional” DASS-42 - (Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A., 1999).

The score shows that the sample of the professional class mentioned doesn't present compassion fatigue. The age group [44-62] demonstrated the highest value related to the variable for “compassion satisfaction”.

In regards to “work satisfaction”, this investigation showed that there were a variety of differences between the two genders. In fact the male professionals displayed more work satisfaction, which was justified by a good relationship it contained with its fellow workers.

The correlation between the variables of Compassion fatigue, Burnout, Secondary traumatic stress, Stress, Anxiety, Depression and Work dissatisfaction demonstrate to be statistically significant.

This study analysis was based upon the existent literature and whereby its conclusions are determinant for this investigation.

**Key words:** Compassion fatigue; Work satisfaction; Emotionally unbalanced; Professionals working in Pre-hospital care/emergency units.

## **Lista de Siglas e Símbolos**

FC - Fadiga por Compaixão

BO - Burnout

STS - Stress Traumático Secundário

PTSD - Perturbação Stress Pós-traumático

STSD - Perturbação Secundária de Stress Pós-traumático

SC - Satisfação por Compaixão

ProQOL 5 - Escala de qualidade de Vida Profissional versão 5

QST - Questionário de Satisfação com o Trabalho

DASS-42 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

% - Percentagem

N - Numero

M - Média

DP – Desvio Padrão

t – t de Studente

$\chi^2$  - Qui-Quadrado

F – Teste de diferenças de médias

p – Significância

$\alpha$  - Alpha de Cronbach

## **Índice Geral**

|                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                            | <b>15</b> |
| <b>CAPITULO1. BREVE HISTÓRIA DOS BOMBEIROS .....</b>                                                                               | <b>19</b> |
| <b>CAPITULO 2. FADIGA POR COMPAIXÃO .....</b>                                                                                      | <b>21</b> |
| 2.1 Conceito de Fadiga por Compaixão .....                                                                                         | 22        |
| 2.2 Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Socorro/Emergência.....                                                              | 23        |
| 2.3 Modelo de Transmissão do Trauma .....                                                                                          | 24        |
| 2.3.1 Empatia .....                                                                                                                | 24        |
| 2.3.2 Compaixão .....                                                                                                              | 25        |
| 2.4 Trauma e Acontecimento Traumático .....                                                                                        | 28        |
| 2.4.1 Sintomas da Perturbação Stress Pós-traumático (PTSD) VS Sintomas da Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD) ..... | 28        |
| 2.5 Burnout .....                                                                                                                  | 30        |
| <b>CAPITULO 3. SATISFAÇÃO COM O TRABALHO.....</b>                                                                                  | <b>32</b> |
| <b>CAPITULO 4. DESAJUSTAMENTO EMOCIONAL .....</b>                                                                                  | <b>37</b> |
| 4.1 Stress.....                                                                                                                    | 38        |
| 4.2 Ansiedade .....                                                                                                                | 40        |
| 4.3 Depressão.....                                                                                                                 | 41        |
| <b>CAPITULO 5. PERTINÊNCIA DO ESTUDO .....</b>                                                                                     | <b>43</b> |
| 5.1 Objetivos.....                                                                                                                 | 45        |
| <b>CAPITULO 6. METODOLOGIA.....</b>                                                                                                | <b>47</b> |
| 6.1 Amostra.....                                                                                                                   | 48        |
| 6.2 Medidas .....                                                                                                                  | 48        |

|                                                                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.2.1 Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5).....                                                                                                                  | 48        |
| 6.2.3 Questionário de Satisfação com o Trabalho (QST) .....                                                                                                                    | 49        |
| 6.2.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress .....                                                                                                                            | 49        |
| 6.3 Procedimento .....                                                                                                                                                         | 50        |
| 6.4 Participantes .....                                                                                                                                                        | 50        |
| <b>CAPITULO 7. RESULTADOS.....</b>                                                                                                                                             | <b>53</b> |
| 7.1 Comparações entre grupos .....                                                                                                                                             | 54        |
| 7.1.1 Diferenças de género para a Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional (Depressão, Ansiedade e Sress). .....                                | 54        |
| 7.1.2 Diferenças entre Profissionais Assalariados e Voluntários para a Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão.....                       | 55        |
| 7.1.3 Diferenças entre os grupos etários dos Profissionais de Cuidados de Emergência para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão. .... | 56        |
| 7.2 Comparações Múltiplas .....                                                                                                                                                | 57        |
| 7.2.1 Relações entre a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão, nos Profissionais de Cuidados de Emergência.....                           | 57        |
| <b>CAPITULO 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>                                                                                                                               | <b>60</b> |
| 8.1. Interpretação dos resultados .....                                                                                                                                        | 61        |
| 8.1.1. Comparações entre grupos .....                                                                                                                                          | 61        |
| 8.1.2. Correlações entre os grupos .....                                                                                                                                       | 62        |
| 8.2. Limitações .....                                                                                                                                                          | 63        |
| 8.3 Sugestão para estudos futuros.....                                                                                                                                         | 63        |
| 8.4 Implicações clínicas dos resultados .....                                                                                                                                  | 64        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                                                                                                                         | <b>66</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>                                                                                                                                                      | <b>69</b> |

**APÊNDICES..... I**

Apêndice I – Pedido de Consentimento Informado ..... II

Apêndice II – Protocolo de Investigação - Questionário Sociodemográfico ..... III

**ANEXOS ..... I**

Anexo I – Protocolo de Investigação – PROQOL 5..... II

Anexo II – Protocolo de Investigação – QST..... III

Anexo III – Protocolo de Investigação – DASS 42..... IV

**Índice de Figuras**

Figura 1 – Modelo de Transmissão de Trauma (Figley, 2001) .....27

**Índice de Quadros**

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Sintomas para diagnóstico para PTSD e STSD (Figley, 1995 b).....  | 29 |
| Quadro 2 - Cinco Sintomas Consensuais do Burnout (Maslach et al. 2001) ..... | 31 |
| Quadro 3 - Sintomas do Burnout (Benevides-Pereira, 2008).....                | 32 |
| Quadro 4 - Sintomas Depressivos (Leahy e Holland, 2000). ....                | 42 |

|                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Análise das variáveis sócio-demográficas em função do género .....                                                                                       | 51 |
| Tabela 2- Análise das variáveis relacionadas com a profissão em função do género .....                                                                              | 52 |
| Tabela 3 - Diferenças de género para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão.....                                             | 54 |
| Tabela 4 - Diferenças entre Profissionais Assalariados ou Voluntários para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão.....      | 55 |
| Tabela 5 – Valores descritivos para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão em função do grupo etário. ....                  | 56 |
| Tabela 6 – Relações entre a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão, nos Profissionais de Cuidados de Emergência.....          | 57 |
| Tabela 7 - Relações entre a Satisfação Profissional e o Desajustamento Emocional (Stress, Ansiedade e Depressão), nos Profissionais de Cuidados de Emergência. .... | 58 |

## **Introdução**

---

Num mundo sujeito diariamente à violência, existe a necessidade de compreender como as pessoas entendem e vivenciam situações de trauma. A morte de um ente querido, uma ameaça de morte, um rapto, assaltos violentos, violações, e outros eventos críticos são caracteristicamente imprevisíveis e poderosos, podendo perturbar uma comunidade por um prolongado período de tempo (Lago & Codo, 2010). Desastres naturais, acidentes e ataques terroristas, são alguns dos exemplos de eventos que têm uma forte probabilidade de se tornarem traumatizantes para qualquer pessoa, independentemente da sua idade, género e nível académico.

Atualmente, todos nós podemos estar expostos a eventos críticos, em particular, os profissionais que prestam cuidados de emergência têm maior probabilidade porque geralmente, são os primeiros a responder perante estes eventos (Shaffer, 2010). O seu contexto de trabalho pode constituir risco para a saúde, tendo em conta que trabalham em cenários de catástrofe, de destruição e com o sofrimento humano (Vara & Queirós, 2009).

Para Brown, Mulhern & Joseph, 2002<sup>1</sup>; Shaffer, 2010<sup>2</sup> ser bombeiro é sinónimo de resposta eficaz perante uma situação de emergência. Segundo Regehr et al. 2003<sup>3</sup>, a competência de decisão e ação rápida em cenários de catástrofe e destruição expõe estes profissionais a condições crónicas de stress violento e/ou incidentes críticos de gravidade múltipla (citados por Miguel, V. Vara, N.; Queirós, C. 2014).

Segundo Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001<sup>4</sup>, estes eventos vão desenvolvendo um desgaste lento nas capacidades físicas e psicológicas do trabalhador, com probabilidade de desenvolverem burnout e insatisfação com o trabalho, com implicações negativas para o trabalhador que o vivencia, tal como para aqueles que necessitam dos seus serviços (citado por Miguel, V. Vara, N.; Queirós, C. 2014).

---

<sup>1</sup> Brown, J., Mulhern, G. & Joseph, S. (2002). Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 161-168

<sup>2</sup> Shaffer, T. (2010). A Comparison of Firefighters and Police Officers: The Influence of Gender and Relationship Status. *ADULTSPAN Journal*, 9, 1, 36-49.

<sup>3</sup> Regehr, C., Hill, J., Knott, T. & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.

<sup>4</sup> Maslach, Schaufeli & Leiter. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001.52:397-422. Retirado em [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org) Access provided by Utrecht University on 03/30/15.

O trabalho intenso realizado pelos bombeiros com indivíduos que relatam dor, medo e sofrimento físico e /ou mental, poderá levar à Fadiga por Compaixão, podendo manifestar-se através de respostas somáticas e/ ou defensivas, tais como dores e medos, devido à importância dada àqueles que ajudam (Lago & Codo, 2010).

A Fadiga por Compaixão é um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social consequente da exposição prolongada ao stress traumático secundário (Figley, 1995). Profissionais que se encontram em situações de stress traumático secundário têm maior probabilidade de desenvolverem quadros depressivos (Ginzburg et al., 2010).

Num estudo realizado por Carvalho, (2011) sobre a Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Enfermagem dos Cuidados Paliativos em Portugal, mostrou que 78% dos enfermeiros apresentaram níveis médios/altos de fadiga por compaixão e níveis médios/altos de burnout.

Stamm (2010), num estudo realizado, faz referência à relação que existe entre a Fadiga por Compaixão, o Stress Traumático Secundário e o Burnout, em todos os profissionais que trabalham na ajuda em situações de trauma ou geradoras de grande sofrimento. A investigação mostrou a conjugação de níveis elevados de Burnout e Stress Traumático Secundário, associados a baixos níveis de Satisfação por Compaixão, indiciando sentimentos de medo, inutilidade e esgotamento.

Para Strathopoulou e seus colegas (2011) as situações limite e/ou traumáticas, a que os bombeiros e outros profissionais de emergência estão constantemente expostos, podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações depressivas. Num estudo realizado a 137 bombeiros da zona do Porto, revelou que 3% e 8% dos questionados apresentam níveis elevados de ansiedade/depressão e stress (Madureira., et al., 2014)

O presente trabalho de investigação teve como objetivo geral, entender de que forma é que a Fadiga por Compaixão, considerada um estado de desequilíbrio biológico, psicológico e social, resultante da exposição prolongada ao stress traumático secundário (Figley 1995: 2002), afeta os profissionais de cuidados de emergência, e que correlação existe entre a Fadiga por Compaixão, a Satisfação no Trabalho, o Stress, a Ansiedade e a Depressão.

A escolha do tema em questão prende-se pelo facto de ser bastante pertinente por todos os pressupostos apresentados anteriormente e em Portugal, os estudos na área da emergência

médica em pré-hospitalar ainda não serem muito desenvolvidos, comparativamente com outros países como os Estados Unidos, o Reino Unido, o Japão e Suécia, onde a prestação de cuidados de saúde pré-hospitalar se encontram significativamente evoluídos (Amaro, 2010).

O presente estudo é composto por oito capítulos. O primeiro capítulo refere uma breve história dos Bombeiros. O segundo capítulo expõe aspetos teóricos da Fadiga por Compaixão. A Satisfação com Trabalho e os seus aspetos teóricos são apresentados no terceiro capítulo. No capítulo quatro são expostos os aspetos teóricos do Desajustamento Emocional. A pertinência e os objetivos do estudo são apresentados no quinto capítulo. No capítulo seis é exposto a metodologia utilizada. Os resultados são apresentados no capítulo sete. E, por fim, no oitavo capítulo, é realizada a discussão dos resultados.

Relativamente às citações e as referências bibliográficas, o presente estudo segue as normas da American Psychological Association, no que diz respeito à formatação, foram utilizadas as Normas para elaboração e apresentação de teses e dissertações da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008).

## **Capítulo 1. Breve história dos Bombeiros**

---

A história dos Bombeiros em Portugal remonta-nos ao século XIV. D. João I, através da Carta Régia de 23 de Agosto de 1395, decretou a organização do primeiro Serviço de Incêndios de Lisboa, ordenando: “...em caso que se algum fogo levantasse, o que Deus não queria, que todos os carpinteiros e calafates venham àquele lugar, cada um com seu machado, para haverem de atalhar o dito fogo. E que outros sim todas as mulheres que ao dito fogo acudirem, tragam cada uma seu cântaro ou pote para acarretar água para apagar o dito fogo” (Andrade, 2012).

Os cuidados de emergência existem desde os nossos primórdios, quando o Homem nómada vagueava em busca de alimentação e de segurança para a sua sobrevivência e certamente se deparava com inúmeras situações que o colocavam em risco de morte e de ferimentos. A quando esses eventos, o seu instinto social e a forma nómada da sua vida, obrigavam-no a prestar todos os cuidados necessários e possíveis no próprio local do acontecimento. Desta forma, pode-se dizer que os cuidados de emergência são o modelo mais antigo de atendimento e assistência ao ser humano, tratando-se, no entanto, de um modelo bastante rudimentar (Dolor. A.L.T, 2008).

Para a Autoridade Nacional de Proteção Civil, o Bombeiro é a pessoa que está integrada de forma profissional ou voluntária num Corpo de Bombeiros, tendo como funções, o cumprimento de missões, nomeadamente: a proteção de vidas humanas e bens em perigo; a prevenção e extinção de incêndios; o socorro de feridos, de doentes ou náufragos e na prestação de outros serviços esperados nos regulamentos internos. Os bombeiros fazem parte do grupo de profissionais que prestam cuidados de emergência e têm a responsabilidade de dar resposta a estas situações.

## **Capítulo 2. Fadiga por Compaixão**

---

Figley, em 1995, quando estudou a perturbação de stress pós-traumático em veteranos de guerra, verificou que os familiares dos ex-combatentes eram afetados pelas experiências traumáticas destes e que poderiam, inclusivamente, mostrar sinais e sintomas semelhantes aos vivenciados pelos próprios ex-combatentes. Este fenómeno de stress foi nomeado de traumático secundário (stress por compaixão).

A Fadiga por Compaixão é um termo português adaptado por Pereira (2003), do original Secondary Traumatic Stress Disorder.

Para Lago & Codo, (2010) a Fadiga por Compaixão é caracterizada pela fadiga física e emocional resultante da compaixão vivida pelos profissionais que prestam cuidados a pessoas que estão em sofrimento físico e/ou mental. A Fadiga por Compaixão pode afetar qualquer profissional que preste cuidados e que despenda uma grande quantidade de energia física e emocional (Thompson 2003).

Para Thompson, 2003 e Florio, 2010 existem profissionais mais propícios a desenvolverem Fadiga por Compaixão: profissionais que prestam socorro em condições de emergência e em resposta a crises (polícias, bombeiros, socorristas); profissionais clínicos que trabalham com indivíduos toxicodependentes; assistentes sociais que lidam de casos de maus tratos a crianças; professores; profissionais das linhas de suicídio e profissionais cuja atividade laboral esteja relacionada com saúde mental.

Segundo Lago & Codo, 2010 é a capacidade empática que promove o socorro a quem está em sofrimento e a Fadiga por Compaixão é resultante do comportamento e da emoção natural da tomada de conhecimento perante o sofrimento do outro. Num estudo realizado em 2013, Lago fala-nos da “dor” como uma experiência subjetiva, logo, só pode ser percebida por outros através desta aptidão empática. Para este autor o elemento fundamental do trabalho dos profissionais de socorro é o vínculo empático e o seu efeito, a compaixão.

## **2.1 Conceito de Fadiga por Compaixão**

A Fadiga por Compaixão foi definida por Figley (1995) como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social, consequente da exposição prolongada ao stress traumático secundário.

No que diz respeito ao trauma secundário, é definido por Figley (2002) como o trauma por contratransferência, que se dá quando existe uma relação de cuidado entre o profissional e

o paciente, onde o profissional, de uma forma ou de outra, acaba por “absorver” o sentimento do trauma alheio.

O estado de Fadiga por Compaixão é estabelecido pela conjunção de três fatores determinantes: um sentimento de responsabilidade interrompido para com o doente e o seu sofrimento; a incapacidade de se desresponsabilizar desse mesmo sentimento e das recordações traumáticas produtoras de sintomas caraterísticos da perturbação de stress pós-traumático; e reações associadas, tais como a depressão e ansiedade (Figley,1995).

De acordo com o autor, a Fadiga por Compaixão é inevitável se, a acrescentar a estes três fatores, ocorrerem eventos em que o profissional de ajuda vivencia excessivas perturbações na sua vida decorrentes de doença, e existam alterações no seu estilo de vida e estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais.

## **2.2 Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Socorro/Emergência**

Para Lago & Codo, (2010) o trabalho realizado pelos bombeiros que convivem com indivíduos que relatam dor, medo e sofrimento físico e /ou mental, pode resultar em respostas somáticas e/ ou defensivas, devido à importância dada àqueles que ajudam, tais como: dores e medos.

Este fenómeno é caraterizado por uma fadiga física e emocional, resultante da compaixão que os profissionais de socorro vivenciam no decorrer do seu trabalho com pessoas que estão em sofrimento físico e/ou mental.

A Fadiga por Compaixão surge quando o profissional não consegue lidar, de uma forma saudável, com os sentimentos negativos que ocorrem do sofrimento das pessoas que ele assiste, desencadeando respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho (Lago & Codo, 2010).

Oliniski e seus colegas (2005) sugerem que o ambiente de trabalho na área da saúde é espontaneamente gerador de fadiga e desencadeia emoções nos profissionais. Não existe forma de evitar que o profissional de socorro seja “contagiado” pela dor dos que ele ajuda, uma vez que, se os profissionais de socorro criarem uma barreira emocional, estão de alguma forma a comprometer o seu bom desempenho profissional. Desse modo, a Fadiga por Compaixão é uma consequência comportamental e emocional natural da tomada de

conhecimento acerca do sofrimento do outro. É justamente devido a dor do outro ser tão importante para as pessoas, que estas se interessam em socorrer alguém que está em sofrimento. Uma vez que os profissionais de emergência pré-hospitalar têm como objetivos proteger vidas humanas e socorrer feridos, doentes ou náufragos, é necessário que entendam a dor do outro através do seu processo empático, de forma a intervir eficientemente junto de quem precisa de ajuda.

Estes profissionais são seres humanos, logo detentores da capacidade de vinculação empática com os seus semelhantes. A par desta circunstância, as condições do seu trabalho exigem uma utilização recorrente desta capacidade empática de vivenciarem a dor do outro que ajudam, podendo levar a uma exaustão desses mesmos recursos (Lago, K. 2013).

### **2.3 Modelo de Transmissão do Trauma**

Para Figley (1995) o stress traumático secundário é o resultado do ato de cuidar entre duas pessoas, isto é, existe a primeira pessoa que mostra sinais e sintomas da perturbação de stress pós-traumático decorrente de um evento traumático, e a segunda pessoa, o cuidador que poderá ser afetado pelas vivências traumáticas da primeira, apresentando sinais e sintomas semelhantes à primeira pessoa. Esta transmissão de stress está relacionada com a compaixão e com a preocupação empática de quem presta ajuda.

#### **2.3.1 Empatia**

Tendo como base a literatura estudada, Depraz (2005) refere empatia como a preocupação com outro que permite à pessoa tomar consciência do problema do outro levando-a a agir.

Empatia, *empathos* [do grego *en* (dentro) + *pathos* (paixão)], apresenta o conhecimento intuitivo acerca do estado emocional do outro, ou seja, uma identificação emocional interpessoal. Numa revisão de literatura sobre empatia na área da ciência do comportamento e da neurociência cognitiva, Decety & Jackson, 2004<sup>5</sup>, referem que a empatia é um processo composto por 3 elementos essenciais: a partilha emocional entre “eu” e o “outro”, baseada na ligação entre a perceção-ação; a consciência do “eu” e do “outro”, que mesmo existindo identificação, não gere confusão quanto ao “eu” e o “outro” e a maleabilidade mental para

---

<sup>5</sup> Decety, J. & Jackson, P.L. (2004) “The functional Architecture of Human Empathy”. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, p.71-100

adotar uma perspetiva do outro, utilizando um processo regulador que mantém clara a fonte de sentimentos do próprio e do outro. Para estes autores a Empatia é o conjunto destes 3 componentes basilares, distinguindo o processo empático de outros fenómenos comumente relacionados, tais como: a ocorrência de uma partilha de emoções sem a consciência do eu/outro que representa o processo de contágio emocional, por outras palavras é quando o observador desenvolve uma identificação total com o objeto cognitivo (citado por Lago, K. & Codo, W. 2010).

Para Morse et al., 1992<sup>6</sup>, a componente emocional empática refere-se à capacidade de perceber os estados emocionais internos e subjetivos de outra pessoa e sentir o que o outro sente. Este processo emocional é baseado nesta capacidade inerente ao ser humano, tendo início na primeira infância e desenvolvendo-se ao longo da vida do indivíduo, e no contágio do stress emocional, no sentido em que uma pessoa percebe e identifica-se com o stress experienciado por outro e o vivência de forma vicariante, resultando em sensações e sintomas muito semelhantes aos da vítima (citado por Lago, K. & Codo, W. 2010).

A empatia é o processo de partilha emocional/afetiva e está relacionada com a inquietação/incômodo que o indivíduo sente ao ver o outro em sofrimento. Esta aptidão desempenha um papel fundamental na vida em comunidade, pois potencia uma específica comunicação entre membros, habilidade fundamental para estabelecer e manter a vida em sociedade (Lago, K. & Codo, W. 2010).

### **2.3.2 Compaixão**

A compaixão é definida como o sentimento de dor, resultante da percepção do sofrimento do outro (Lago, K. & Codo, W. 2010). Para Morse e seu colegas (1992)<sup>7</sup>, a Compaixão está associada à preocupação empática, explicando que ambos os processos se estabelecem na preocupação pelo cuidar do bem-estar do outro, resultando no comportamento de ajuda/socorro. Para Kunyk & Olson (2001)<sup>8</sup> a Compaixão faz parte dos estágios do processo empático (citado por Lago, K. & Codo, W. 2010).

---

<sup>6</sup> Morse, J. M. et al., (1992) "Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice?" Journal of Nursing Scholarship, 24 (4), 273-280

<sup>7</sup> Morse, J. M. et al., (1992) "Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice?" Journal of Nursing Scholarship, 24 (4), 273-280

<sup>8</sup> Kunyk, D. & Olson, J. (2001). Clarification of Conceptualizations of Empathy. Journal of Advances Nursing, 35 (3), p. 317-325.

Lago & Codo (2010), referenciam a compaixão como o último estágio do processo empático, uma vez que o indivíduo pode sentir-se afetado por um determinado evento, logo sentir empatia, mas não sentir-se obrigado a intervir. Apesar de perceber e entender o sofrimento do outro, nada faz para pará-lo e não oferece qualquer comportamento de ajuda/socorro. A compaixão promove a ação de intervenção no sofrimento alheio, isto é, o impulso de intervir num determinado evento, através do processo empático em que o indivíduo toma conhecimento do sofrimento do outro. A compaixão refere-se à preocupação empática e ao impulso de socorrer quem está em sofrimento.

Para Figley (1995), os profissionais mais eficazes são também aqueles que poderão estar mais vulneráveis ao stress traumático secundário, pois são os que têm maior capacidade para sentir e expressar empatia.

No seu Modelo de Transmissão de Trauma, Figley (1995) tem como referências básicas o stress traumático, as relações interpessoais e o burnout, e sugere que os profissionais que ajudam, necessitam de se identificar com o outro e com o sentimento deste, numa tentativa de criar entendimento e forma de poder ajudar. Muitos profissionais após a ajuda entram num processo de introspeção para analisar algumas questões com o objetivo de alterar o seu comportamento em função do outro: O que se passou?, Porque aconteceu?, Porque agi como agi na altura e desde então?, Caso aconteça novamente, vou ser capaz de lidar com isso?.

Contudo, durante esse processo de criação de nova informação, os profissionais vivenciam emoções semelhantes às vividas pelas pessoas traumatizadas. A este processo o autor dá o nome de contágio emocional. Este contágio emocional compreende reações como: problemas de sono, depressão entre outras consequências resultantes da observação física traumática do outro, da exposição direta aos sintomas ou da ligação de ambos.

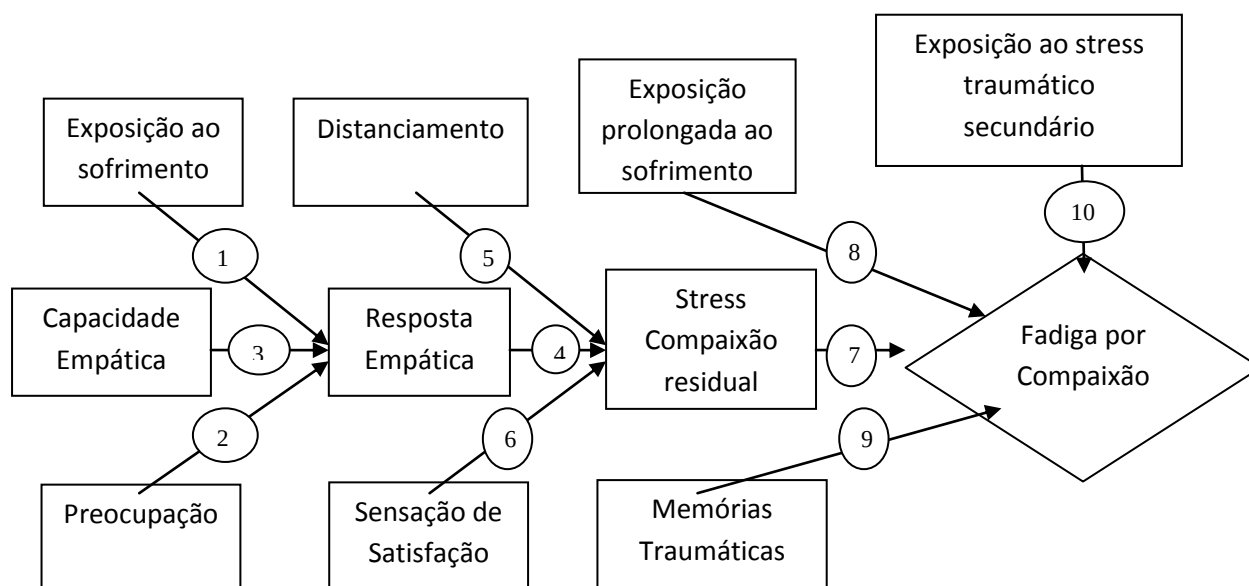
Para o autor o esgotamento proveniente do stress traumático secundário é o resultado da preocupação empática do profissional que presta ajuda, das suas reações perante aquele que sofre, ligado à incapacidade de promover mecanismos de alívio, tais como: despersonalização ou satisfação quando alivia a dor do outro. A preocupação empática, ou seja, o desejo de ajudar simultaneamente com o contágio emocional, causam uma resposta empática, que é o empenho de minimizar a dor dos que sofrem. Essa resposta empática varia quanto aos níveis diferentes de exposição ao stress traumático secundário, e tem como fatores importantes o tipo de ajuda, a área de cuidar e o objeto de subjetividade por parte do profissional que ajuda,

o seu nível de satisfação/o sentimento de concretização, e a capacidade de se distanciar da pessoa traumatizada.

Para Beaton & Murphy (1995) existem outros fatores relevantes que interferem com o stress traumático secundário: contexto pessoal, traços de personalidade, história individual de sintomatologia psiquiátrica, idade, etnia, avaliação pessoal do stress, contexto organizacional, ocupacional, social e comunitário, características dos eventos traumáticos e o potencial individual para lidar com perdas pessoais, tais como, injúrias e morte.

A figura 1 mostra uma representação gráfica dos fatores relevantes para o desenvolvimento de Fadiga por Compaixão (Figley, 2001). É lida da esquerda para a direita e apresenta os dez fatores facilitadores da transmissão de trauma, que resultam na Fadiga por Compaixão.

Figura 1 – **Modelo de Transmissão de Trauma (Figley, 2001)**



O modelo sugere que os indivíduos que sofram de stress por compaixão, possivelmente, sofrerão de Fadiga por Compaixão. O stress por compaixão é, por sua vez, modulado por dois fatores importantes: processos cognitivos «preocupação» e processos emocionais «distanciamento e sensação de satisfação».

Além do stress por compaixão, existem outros três fatores que determinam a Fadiga por Compaixão, nomeadamente, a exposição prolongada aos cuidados «turnos alargados, turnos adicionais, longos períodos sem férias», experiências traumáticas anteriores não resolvidas

são acionadas/revividas em contextos/pacientes específicos e a exposição a eventos traumáticos possíveis de acontecerem a qualquer altura e a qualquer um.

## **2.4 Trauma e Acontecimento Traumático**

A Associação Americana de Psiquiatria (2011) define o conceito de trauma como *“a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou a observação de um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo”*.

No que diz respeito a acontecimentos traumáticos, o manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR, 2011) refere os seguintes acontecimentos vividos diretamente, mas não limitados a: *“combates em guerra, assaltos pessoais violentos (ataque sexual, ataque físico, roubo, estrangulamento), ser raptado, ser refém, ataque terrorista, tortura, ser prisioneiro de guerra ou de campos de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes graves de automóvel e diagnóstico de doença ameaçadora de vida”*. Como também acontecimentos traumáticos observados, incluem, mas não são limitados a: *“observar um ferimento grave ou a morte não natural de outra pessoa devido a um assalto violento, acidente, guerra ou desastre, ou observar de modo inesperado um cadáver ou parte de um cadáver”*. E ainda acontecimentos vivenciados por outros de que se tem conhecimento incluem, mas não são limitados a: *“eventos pessoais violentos, acidentes graves ou ferimentos graves que aconteceram a membros da família ou a amigos íntimos; ter conhecimento da morte súbita e inesperada de membros da família ou de um amigo íntimo; ou ter conhecimento de que um filho tem uma doença ameaçadora de vida”*.

### **2.4.1 Sintomas da Perturbação Stress Pós-traumático (PTSD) VS Sintomas da Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD)**

Após a vivência de um acontecimento traumático, é normativo a ocorrência de sintomas como: medo, ansiedade, revivência do trauma, hiperestimulação, comportamentos de evitamento, analgesia emocional, culpa, vergonha, depressão, alterações da imagem de si próprio e do mundo, mudança nas relações interpessoais e até mesmo abuso de álcool ou de outras substâncias (Riggs & Foa, 2005).

Desta forma, e tendo em atenção a bibliografia analisada, um indivíduo que experiência um evento traumático (vivido, observado ou relatado), pode apresentar três grandes tipos de reações à experiência traumática: Perturbação Aguda de Stress (PAS), que tem início algumas horas após o acontecimento traumático e tem curta duração (duração mínima de dois dias e

máxima de quatro semanas); a Perturbação Pós-Stress Traumática (PTSD), que consiste numa reação mais grave e persistente e a Perturbação Secundária de Stress Pós-traumático (STSD), quando existe manifestação dos mesmos sintomas dos indivíduos com Perturbação Pós-Stress Traumática (PTSD) nos cuidadores. Figley (1995) sugere que a Perturbação Stress Pós-traumático (PTSD) seja apelidada por Perturbação Primária de Stress Pós-traumático.

A figura 2 mostra uma representação gráfica de sintomas para a Perturbação Primária de Stress Pós-traumático PTSD e a Perturbação Secundária de Stress Pós-traumático STSD (Figley, 1995 b)<sup>9</sup>.

#### Quadro 1- Sintomas para diagnóstico para PTSD e STSD (Figley, 1995 b)

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evento Stressor                  | Experienciar pessoalmente e diretamente um evento traumático extremo:<br>- Ameaça séria para a vida do próprio;<br>- Destruição inesperada do seu meio ambiente                                                                                                                                                                                            | Ajudar/cuidar de alguém que experienciou pessoalmente e diretamente um evento traumático extremo:<br>- Ameaça séria para a vida da pessoa traumatizada (PT);<br>- Destruição inesperada do meio ambiente PT.                                                                                                                                                                |
| Reviver Acontecimento Traumático | - Pensamentos/imagens intrusivas com a experiência traumática;<br>- Sonhos constantes com a experiência traumática;<br>- Sentir e/ou agir da mesma forma quando ao acontecimento;<br>- Sofrimento psicológico durante situações que se pareçam ao acontecimento traumático;                                                                                | - Pensamentos/imagens intrusivas com a experiência traumática da PT;<br>- Sonhos constantes com a experiência traumática da PT;<br>- Sentir e/ou agir como se o trauma da PT estivesse a acontecer novamente;<br>- Memórias com o sofrimento psicológico da PT, aquando situações parecidas ao acontecimento traumático;                                                    |
| Evitamento                       | - Esforço para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma;<br>- Esforço para evitar situações que recordem o evento traumático;<br>- Amnésia Psicogénica;<br>- Diminuição do interesse em atividades significativas;<br>- Sensação de afastamento e desconfiança dos outros;<br>- Afeto limitado/restringido;                                   | - Esforço para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma da PT;<br>- Esforço para evitar situações que recordem a experiência traumática da PT;<br>- Amnésia Psicogénica;<br>- Diminuição do interesse em atividades significativas;<br>- Sensação de afastamento e desconfiança dos outros;<br>- Afeto limitado/restringido;                                   |
| Activação Psicossomática         | - Esforço para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma;<br>- Esforço para evitar situações que recordem o evento traumático;<br>- Amnésia Psicogénica;<br>- Diminuição do interesse em atividades significativas;<br>- Sensação de afastamento e desconfiança dos outros;<br>- Afeto limitado/restringido;<br>- Visão restringida do futuro. | - Esforço para evitar pensamentos e sentimentos associados ao trauma da PT;<br>- Esforço para evitar situações que recordem a experiência traumática da PT;<br>- Amnésia Psicogénica;<br>- Diminuição do interesse em atividades significativas;<br>- Sensação de afastamento e desconfiança dos outros;<br>- Afeto limitado/restringido;<br>- Visão restringida do futuro. |

<sup>9</sup> Figley, C.R. (1995b). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. Em C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue*. Nova Iorque: Brunner/Mazel.

#### **4.5 Burnout**

Alguns autores apontam para a importância de não confundir o trauma secundário com Burnout. Para Maslach et al. (2001), o burnout é uma síndrome psicológica que surge como resposta ao stress interpessoal persistente presente no trabalho. A autora define este fenómeno como um processo e não como um estado que tem origem no ambiente de trabalho. Trata-se de um constructo multidimensional composto por 3 fatores: exaustão emocional, despersonalização e a diminuição da realização pessoal no trabalho.

Os estudos realizados pela autora e os seus colaboradores evidenciam que pessoas que têm profissões relacionadas com serviços humanos, da área da saúde ou prestadores de cuidados, apresentam uma elevada probabilidade para o desenvolvimento de stress emocional e interpessoal devido ao objetivo principal desses profissionais ser a prestação de auxílio e serviços a pessoas necessitadas.

Vara e Queirós em 2008 referem que o burnout pode-se demonstrar em diversas profissões, distinguindo as seguintes: advogados; policias; guardas prisionais; professores; médicos e enfermeiros; psicólogos e psiquiatras; assistentes sociais e trabalhadores de saúde mental. Por dependência à sua atuação laboral, os bombeiros, estão expostos constantemente a eventos críticos e de destruição, nomeadamente o sofrimento e a dor das vítimas. Por conseguinte, os bombeiros que prestam cuidados na área da emergência pré-hospitalar poderão ser profissionais vulneráveis ao Burnout.

Para Maslach et al. (2001) o stress emocional do trabalho pode interferir na capacidade de envolvimento profissional do cuidador, comprometendo a forma de resposta perante as necessidades. A exaustão emocional não é uma vivência, mas uma forma eficiente do profissional se distanciar emocionalmente e cognitivamente do trabalho, uma estratégia para poder lidar com a sobrecarga do trabalho. Pode-se dizer que a principal característica do Burnout, é a exaustão emocional, ela é a manifestação mais óbvia da síndrome (Benevides Pereira, 2008).

A despersonalização é a dimensão do burnout caracterizada pelas alterações na forma como o profissional contacta com a pessoa cuidada. O profissional passa a ser frio e impessoal, manifestando atitudes de cinismo, ironia e indiferença em relação às pessoas que cuida (Benevides Pereira, 2008). Esta é uma estratégia utilizada pelo profissional de forma a lidar com o stress emocional causado pela vivência do dia-a-dia laboral. Ao distanciar-se da

pessoa de quem cuida, o profissional torna as necessidades dos outros mais suportáveis e consequentemente, as pessoas cuidadas passam a ser apenas objeto de trabalho. O profissional modera o afeto, com o objetivo de se distanciar emocionalmente, é uma forma de se proteger permitindo uma funcionalidade efetiva no emprego (Maslach et al. 2001). Mas para a autora e os seus colaboradores, um excessivo desequilíbrio no desapego e uma baixa preocupação com o outro, levam a que o profissional responda de uma forma negativa, calculista e desumana.

A diminuição da Realização Pessoal no trabalho é referente ao sentimento de insatisfação com as atividades laborais, existe um sentimento de insuficiência, baixa autoestima, desmotivação e insucesso profissional que mostra uma baixa eficiência no trabalho (Maslach et al. 2001).

O Burnout pode ser causado pelo conflito entre valores individuais e as causas da organização/instituição onde se trabalha, isto é, por sobrecarga de responsabilidades, pelo sentimento de incapacidade pelos serviços prestados na instituição, pela sensação de falta de companheirismo no ambiente laboral e pela consciencialização de inexistência de justiça ou falta de respeito no local de trabalho (Salston & Figley, 2003).

Os sintomas relacionados ao burnout conduzem a consequências pessoais, sociais e organizacionais no trabalho. Pode existir uma diminuição na qualidade da prestação do serviço como consequência da exaustão e despersonalização. Para Maslach et al. (2001), existe um consenso em relação a 5 aspetos sintomatológicos do burnout.

## Quadro 2 - Cinco Sintomas Consensuais do Burnout (Maslach et al. 2001)

| Sintomas                                                                                                    |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                                                                                                             | a) Exaustão emocional ou mental |
| 1. Predominância de sintomas disfóricos                                                                     | b) Fadiga                       |
|                                                                                                             | c) Depressão                    |
| 2. Maior ênfase nos sintomas mentais e comportamentais do que físicos                                       |                                 |
| 3. Sintomas de burnout são relacionados com o ambiente laboral                                              |                                 |
| 4. Os sintomas manifestam-se em pessoas “normais” que não têm histórico de psicopatologias                  |                                 |
| 5. Diminuição de efetividade e desempenho laboral acontece por causa de atitudes e comportamentos negativos |                                 |

Existem mais de 100 sintomas e consequências que podem ser associadas ao burnout, que varia desde a falta de zelo até à ansiedade (Schaufeli & Buunk, 2003). Para Benevides-

Pereira (2008) pode-se decompor teoricamente os sintomas do Burnout: Físicos, Psicológicos, Comportamentais e Defensivos.

**Quadro 3 - Sintomas do Burnout (Benevides-Pereira, 2008).**

| Sintomas Físicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sintomas Psicológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sintomas Comportamentais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sintomas Defensivos                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga, constante e progressiva;</li> <li>- Dores musculares ou osteomusculares;</li> <li>- Distúrbios do sono;</li> <li>- Cefaleias;</li> <li>- Perturbações gastrointestinais;</li> <li>- Imunodeficiência;</li> <li>- Alteração cardiovascular;</li> <li>- Perturbação do sistema respiratório;</li> <li>- Disfunções sexuais;</li> <li>- Alterações menstruais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de atenção/concentração;</li> <li>- Alterações de memória;</li> <li>- Processos mentais lentificados;</li> <li>- Sensação de alineação;</li> <li>- Sentimento de solidão;</li> <li>- Sentimento de impotência;</li> <li>- Impaciência;</li> <li>- Labilidade emocional;</li> <li>- Baixa autoestima;</li> <li>- Paranoia/desconfiança;</li> <li>- Debilidade;</li> <li>- Desânimo e disforia;</li> <li>- Possibilidade de um eventual quadro depressivo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negligência ou excesso de zelo;</li> <li>- Irritabilidade;</li> <li>- Desenvolvimento de agressividade;</li> <li>- Incapacidade de relaxar;</li> <li>- Dificuldade em adotar mudanças;</li> <li>- Perda de iniciativa;</li> <li>- Aumento de consumo de substâncias (álcool, tabaco, ansiolíticos, café... etc);</li> <li>- Comportamentos de alto risco (procura de atividades de alto risco, tentar mostrar coragem/sobressair-se);</li> <li>- Suicídio (maior incidência em profissionais de saúde do que na população em geral)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendência ao isolamento;</li> <li>- Sentimento de onnipotência;</li> <li>- Perda de Interesse pelo Trabalho;</li> <li>- Absenteísmo;</li> <li>- Impulsos de abandono laboral;</li> <li>- Ironia;</li> <li>- Cinismo</li> </ul> |

É importante realçar que as manifestações sintomáticas vão depender das características do individuo, do ambiente laboral e do estágio em que o individuo se encontra no processo da síndrome. Desta forma, os sintomas podem-se apresentar de diferentes formas e em momentos distintos ainda que no mesmo individuo (Benevides – Pereira, 2008).

---

**Capítulo 3. Satisfação com o Trabalho**

Ao longo dos tempos, o homem tem vindo a dar cada vez mais importância ao trabalho. Estamos perante uma sociedade cada vez mais consumista, exigente e competitiva, onde se valoriza enormemente a competência, o desempenho profissional e a produtividade. A

atividade profissional é cada vez mais exigente e os seus objetivos mais elevados, desta forma, o trabalho ocupa grande parte da vida dos indivíduos. Sendo o homem um ser insatisfeito, sempre em busca do bem-estar e satisfação geral, o seu principal objetivo é a felicidade enquanto ser humano (Amorim, 2012), logo sentir-se satisfeito com o trabalho é um aspeto positivo para o bem-estar do individuo (Miguel, 2013).

Para Spector, 1997<sup>10</sup> a satisfação com o trabalho pode ser definida como o sentimento geral e/ou o comportamento que o individuo tem em relação ao seu trabalho (citado por Miguel, 2013). Para Brewer & Clippard, 2002 a satisfação com o trabalho resulta da intensidade de prazer, composta por dois fatores: cognitivo e emocional. No que diz respeito ao fator cognitivo, Breckler & Wiggins, 1989, referem-se às atitudes/comportamentos para com o trabalho, tais como, convicções, juízos, confrontações, traduzindo-se através da avaliação de várias características (salários, promoção na carreira, as próprias características da função). Quanto ao fator emocional, é referente aos sentimentos e emoções experienciados durante o desempenho da tarefa profissional, tendo consequências positivas ou negativas na satisfação com o trabalho (Meeusen et al., 2010). Tendo em conta Burke & Paton, 2006<sup>11</sup>, é importante referir que existe outra variável que intervém direta e significativamente sobre a satisfação com o trabalho, a organização e, como tal, a gestão, os procedimentos, as políticas e a própria estrutura podem influenciar, fortemente, o modo como os profissionais vivenciam acontecimentos adversos.

Os principais preditores de satisfação com o trabalho são: a compreensão de suporte organizacional e a equidade entre as expectativas, as execuções e a viabilidade de promoção na carreira. Por outro lado, a falta de apoio organizacional e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, emergem como fatores preditores da insatisfação (Paris & Omar, 2008; Visser et al., 2003).

Os estudos realizados por Mark & Smith, 2012; Visser et al., 2003 mostram-nos que as compensações, a valorização/reconhecimento, o suporte social e a aptidão de controlo sobre o trabalho, estão ligados a uma maior satisfação no trabalho, em oposto, existem fatores que

---

<sup>10</sup> Spector, P.E. (1997). Satisfação no Trabalho: Aplicação, Avaliação, Causas e Consequências. Thousand Oaks, CA: Sage

<sup>11</sup> Burke, K. J. & Paton, D. (2006). Bem-estar em Serviços de Proteção Pessoal: Influências Organizacionais. *Jornal Australiano de trauma e Estudos de desastres*, 2, 1-13.

conduzem a uma diminuição da satisfação no trabalho: as elevadas exigências psicológicas e os baixos níveis de decisão (Driscoll, Worthington & Hurrell, 1995<sup>12</sup>).

Para López-Araújo, Segovia & Peiró, 2007<sup>13</sup>, o stress causado pela organização (estrutura e clima) podem influenciar negativamente a satisfação com o trabalho, por outro lado, o stress referente ao relacionamento com colegas e superiores, só podem causar insatisfação com o trabalho quando a existe uma baixa consciência de dever e obrigação profissional. Em relação aos anos de serviço dos profissionais e à satisfação com o trabalho não existe um consenso.

Nos estudos realizados Traut, Larsen & Feimer, 2000<sup>14</sup>, os profissionais com menos anos de serviço sentem-se mais satisfeitos com o trabalho, no entanto, em estudos realizados por Wang et al., 2012<sup>15</sup>, são os profissionais com mais anos de serviço que apresentam maior satisfação com o trabalho, desta forma, não foi possível estabelecer uma relação concreta no que diz respeito aos anos de serviço e à satisfação com o trabalho (citado por Miguel, V. Vara, N.; Queirós, C. 2014). No que diz respeito à idade e à satisfação com o trabalho, foram encontradas algumas diferenças em função das variáveis sociodemográficas e profissionais, com os bombeiros mais velhos a demonstrarem maior satisfação com o reconhecimento pelo trabalho realizado e com a relação com os colegas (Miguel, V. Vara, N.; Queirós, C. 2014).

Os Profissionais de Cuidados Emergentes/Bombeiros veem o seu trabalho de uma forma geral como importante e significativo e veem-se como membros valorizados na comunidade. Este sentimento tem um efeito positivo na satisfação com o seu trabalho (Wagner & O'Neill, 2012). Derivado às características desta profissão, estes profissionais

---

<sup>12</sup> Driscoll, R., Worthington, K. & Hurrell, J. (1995). Workplace Assault An Emerging Job Stressor. Consultado em Psychology Journal: Practice and Research, 47(4), 205-212.

<sup>13</sup> López-Araújo, B., Segovia, A. & Peiró, J. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. Psicothema, 19(1), 81-87.

<sup>14</sup> Traut, C., Larsen, R. & Feimer, S. (2000). Hanging On or Fading Out? Job Satisfaction and Long-Term Worker. Public Personnel Management, 29(3), 343-351.

<sup>15</sup> Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. & Liu, X. (2012). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. Journal of Advanced Nursing, 539-549.

passam muito tempo no quartel, podendo desenvolver tensão com colegas e a organização, originando insatisfação com o trabalho (Beaton et al., 1995<sup>16</sup>).

A literatura sugere que quanto maior for a satisfação com o trabalho, menor é o estado de burnout (Visser et al., 2003).

Para Cedfeldt et al., 2010, os profissionais mais insatisfeitos com as suas carreiras, demonstram maior stress e burnout, maior viabilidade de cometerem erros nas suas tarefas e menor exequibilidade de facultarem cuidados de qualidade.

De acordo com a investigação de Miguel, Vara & Queirós em 2014, os bombeiros demonstraram que a satisfação com o trabalho funcionou como preditor, em oposição das características sociodemográficas e profissionais. Particularmente a satisfação com a relação com os colegas de trabalho, com os profissionais mais velhos a apresentarem valores maiores quando comparados com os mais novos, influiu como preditor significativo de exaustão emocional e despersonalização, realçando a relação com os colegas e a dimensão da satisfação com o trabalho. O estudo ainda revelou que a forma como os bombeiros avaliam e gerem o seu trabalho e a conservação da satisfação com o trabalho, são determinantes para que estes se protejam dos riscos que a sua atividade implica.

---

<sup>16</sup> Beaton, R., Murphy, S., Pike, K. & Jarrett, M. (1995). Stress-Symptom Factors in Firefighters and Paramedics. Em S. L., Sauter, L. R., Murphy (Eds). Organizational risk factors for job stress. Washington, DC, US: American Psychological Association, 227-245.

## **Capítulo 4. Desajustamento Emocional**

---

No ano de 2014, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, nomeou como tema de trabalho o stress, uma vez que, este está sempre presente na atividade laboral dos bombeiros. Em diversas funções, inclusivamente a dos bombeiros, é expectável que sejam eficientes nas tarefas realizadas, tal como capazes de gerir emoções enquanto trabalham.

Para Zapf e seus colaboradores (2001), o trabalho dos bombeiros prende-se por comportamentos altruístas, que satisfazem necessidades de reconhecimento, status e filiação, é relevante referir que o trabalho emocional desempenha um papel importante no stress que poderá afetar o profissional.

#### **4.1 Stress**

Para Serra (1988) o conceito de stress terá emergido no decorrer do séc. XV, inicialmente utilizado para classificar tensões ou pressões de ordem física. Só no início do séc. XVIII o conceito começou a ser atribuído a uma compreensão humana, reportando-se a tensões ou adversidades. Foi no séc. XX, que Selye (1983) definiu stress como: uma resposta inespecífica do corpo a qualquer necessidade, uma síndrome adaptativa composta por 3 fases distintas: a reação de alarme; resistência e a exaustão. Tendo em conta o autor, qualquer estímulo pode surgir como stressor, foi desta forma que o conceito passou da vertente biológica para a psicológica, sendo utilizado para considerar o âmbito em que o stress se origina. Ainda Selye (1983) fez a distinção entre o stress referente ao efeito destrutivo da resposta do individuo (distress) e o stress compreendido como agradável ou bom, deu o nome de (eustress).

Lazarus & Monat (1985) dividiram em três a conceptualização do stress: Stress Sistémico; Stress Social e Stress Psicológico. O primeiro está relacionado com perturbações dos sistemas tecidulares, o stress Social é referente a uma perturbação no sistema social e por último o Stress Psicológico que diz respeito a fatores cognitivos que levam à compreensão da ameaça. Nos estudos realizados por Lazarus (1966), na interação entre agentes stressores e indivíduos e a avaliação/apreciação dos mesmos, concluiu que só existe stress quando o individuo o compreende como tal, o que poderá ser um fator stressante para um individuo, não o é necessariamente para outro.

Serra (2005) fala-nos de algumas grandes classes de situações instigadoras de stress: acontecimentos significativos ao longo da vida; eventos traumáticos; situações crónicas de stress; micro e macro indutores de stress; traumas que aconteceram no estágio do desenvolvimento; acontecimento desejados que nunca aconteceram. Tendo em atenção ao que

o autor Serra (2005) nos fala, pode se dizer que o Stress desenvolve-se tendo em conta a interação do sujeito com o ambiente em que este está inserido.

Um estudo com bombeiros americanos, realizado por Outtlinger em 1998, mostrou que os mesmos estão mais propensos a desenvolver stress no trabalho, tendo como principais fatores stressantes (psicossociais): morte ou acidentes com colegas de trabalho em serviço; o socorro a pessoas jovens gravemente feridas e o conviver com problemas que não têm controlo e que se mantêm sem que alguém tome medidas para diminui-los.

Para O'Leary, 1990<sup>17</sup>; Cohen & Herbert, 1996<sup>18</sup>; Kiecolt-Glaser, 1999<sup>19</sup>, para além dos riscos psicossociais acima descritos, estes profissionais também estão expostos a riscos biológicos: exposição a secreções e sangue contaminado, períodos extensos de trabalho – descanso e como consequência a privação de sono. Este último encontra-se entre o stress associado à diminuição de células do sistema imunológico, sendo os bombeiros uma população especialmente propensa a problemas imunológicos, como também ao desenvolvimento de doenças cardíacas, stress pós-traumático e burnout (Haslam & Mallon, 2003<sup>20</sup>; Regehr, et al, 2003<sup>21</sup> citado por Ferreira, A. F.P. 2010).

Segundo McIntyre (1994), existe uma taxa considerável de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que demonstra reações desfavoráveis ao stress e que afetam o bem-estar, a saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados. Em estudos efetuados com esses profissionais de saúde e o stress, revelam que a existência de sintomatologia psicológica de: ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio. Revelam também sintomatologia psicossomática que inclui: dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica (Burnout). A síndrome de burnout inclui elementos objetivos e subjetivos, psicológicos e psicossomáticos,

---

<sup>17</sup> O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. Em *Psychological Bulletin*, No 108, p.363-382

<sup>18</sup> Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. Em *Annual Review of Psychology*, No. 47 p. 113-142

<sup>19</sup> Kiecolt-Glaser, J. (1999). Stress, personal relationships, and immune function: healthy implications. Em *Brain, Behavior and Immunity*, No 13, p.61-72

<sup>20</sup> Haslam, C. & Mallon, K. (2003) A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. Em *Work & stress*, No. 17 p. 277-285

<sup>21</sup> Regehr, C., Hill, J., Knott, T., Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. Em *Stress and Health*. No 19 p.198-193

como depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento (Greenberg, 1987).

## 4.2 Ansiedade

Tendo em conta Silva, (2008) a ansiedade e o stress são conceitos próximos mas não iguais. O conceito e estudos sobre ansiedade não existiam até ao séc. XIX, quer na literatura psiquiátrica, quer na psicológica. É nos anos 60 que surgem o interesse pelo estudo da ansiedade e das perturbações ansiosas (Silverman & Treffers, 2001<sup>22</sup>, cit. in Silva, 2002).

O termo ansiedade tem origem grega *Anshein* que significa oprimir/sufocar. A angústia/ansiedade são experiências subjetivas que se expressam através de sintomas físicos (Batista, 2000).

Para Spielberger, (1985) a ansiedade divide-se em dois conceitos: *Ansiedade-estado* referente à ansiedade que se manifesta episodicamente e a *Ansiedade – traço* que ocorre de uma forma usual e consistente. É importante referir que a ansiedade é constituída por três componentes: cognitiva, fisiológica e comportamental. A componente cognitiva diz respeito à subjetividade relacionada: com pensamentos e sentimentos (angústia; inquietação, irritabilidade ...), a componente fisiológica surge, da ativação do sistema nervoso simpático e para-simpático manifestando-se organicamente através de perturbações somáticas: cardiorrespiratórias, ânsia, sentimento de “nó na garganta e estômago”, hipertensão muscular generalizada. No que diz respeito à componente comportamental, este menciona a resposta subjetiva do comportamento adaptativo do indivíduo: fuga, paralisia e ou maneirismos compulsivos (Vaz Serra, 1989).

A ansiedade proporciona um sentimento de incapacidade e de fraqueza perante a presença do problema, o aumento da tensão surge como resposta ao estímulo, a falha no sucesso e a manutenção do estímulo conduzem ao aumento da tensão, associar isto, a um novo fracasso levará a um aumento da ansiedade. Beidel e Turner<sup>23</sup> em 1997 descrevem a ansiedade como um constructo multidimensional composto por uma aflição subjetiva, uma

---

<sup>22</sup> Silverman W. & Treffers, P. (2001). Anxiety and its disorders in children and adolescents before the twentieth century. Em revista da Universidade de Cambridge.

<sup>23</sup> Beidel, D. & Turner, S. (1997). At risk for anxiety: Psychopathology in the offspring of anxious parents. Em Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente, 36, 918-924

resposta fisiológica e a comportamentos de fuga ou evitamento (cit. in Silva, 2002). Barlow em 1988, considera a ansiedade, uma manifestação de sentimento. No entanto, Pio Abreu, (1998) conceptualiza a ansiedade como um misto difuso de sentimentos que reflete aflição/opressão, agitação/nervosismo e um comportamento elementar de medo. Em estudos realizados por Graeff et al., (1996), descrevem que a ansiedade é de etologia multifatorial e que compreende fatores biológicos e psicossociais.

O National Institute of Mental Health, (1998) faz referencia aos inúmeros eventos diários que compreendem risco ou ameaça, desta forma é essencial que o individuo esteja em estado de alerta para a sua autodefesa e sobrevivência. Porém, indivíduos que se encontram num estado ansioso, tendem a sobrestimar as situações de perigo.

Com base na literatura estudada, é importante referir que a ansiedade é vital à sobrevivência humana e tem uma função importantíssima, a de proteger. Porém, existem determinadas situações em que esta resposta pode transformar-se excessivamente disfuncional, pelo que é necessário distinguir a ansiedade *normal* da *patológica*.

#### **4.3 Depressão**

Para Watson et al. (1995a,b) é difícil diferenciar empiricamente a ansiedade e a depressão.

Clark e Watson (1991) desenvolveram um modelo em que a sintomatologia da ansiedade e da depressão apresentam-se em três estruturas base, denominaram-no de modelo tripartido. A primeira estrutura refere-se ao distress vivido tanto por pessoas ansiosas como deprimidas. A tensão somática e a hiperatividade são específicas da ansiedade, reportam-se à segunda estrutura. E por último, a terceira estrutura referente à anedonia e à ausência de afeto positivo relativamente à depressão.

O conceito de depressão remonta-nos ao séc. V A.C., Hipócrates nomeou melancolia (bílis negra) ao estado de um paciente que expressava tristeza e abatimento. No decorrer do século II existe registos em Areteu de Capadócia, onde é relatada uma doença que representava o mal, qualificada pela inexistência de febre, em que o espírito (indivíduo) se fixa numa ideia obstinada, oscilando entre a alegria e a tristeza (mania), existindo situações em que o espirito rendia-se à tristeza e ao abatimento (melancolia). No século XIX, na “Era

Kraepelin”, a doença maníaco-depressiva é vista como uma unidade patológica autónoma, pertencente ao grupo das psicoses. Também Freud e Melanie Klein contribuíram para a evolução do conhecimento desta perturbação, com o conceito de neurose depressiva.

Atualmente surgiram mais expressões, tais como distúrbios afetivos ou perturbações de humor (Moniz, 2007).

Para Matos, 2014 o fator fundamental da depressão é o recalçamento do desejo e da fantasia entrosada, condicionando o individuo a uma perda da perspetiva existencial (o que o individuo perdeu não foi uma realidade existente, mas sim uma “*realidade*” desejada e fantasiada), desta forma se reflete a evolução do conceito teórico de depressão.

Para Vaz Serra, (2003), quando um individuo padece de depressão este é afetado a nível psicológico, biológico e social.

#### Quadro 4 - Sintomas Depressivos (Leahy e Holland, 2000).

| Sintomas Físicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sintomas Psicológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sintomas Comportamentais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sintomas Defensivos                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga, constante e progressiva;</li> <li>- Dores musculares ou osteomusculares;</li> <li>- Distúrbios do sono;</li> <li>- Cefaleias;</li> <li>- Perturbações gastrointestinais;</li> <li>- Imunodeficiência;</li> <li>- Alteração cardiovasculares;</li> <li>- Perturbação do sistema respiratório;</li> <li>- Disfunções sexuais;</li> <li>- Alterações menstruais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de atenção/concentração;</li> <li>- Alterações de memória;</li> <li>- Processos mentais lentificados;</li> <li>- Sensação de alineação;</li> <li>- Sentimento de solidão;</li> <li>- Sentimento de impotência;</li> <li>- Impaciência;</li> <li>- Labilidade emocional;</li> <li>- Baixa autoestima;</li> <li>- Paranoia/desconfiança;</li> <li>- Debilidade;</li> <li>- Desânimo e disforia;</li> <li>- Possibilidade de um eventual quadro depressivo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negligência ou excesso de zelo;</li> <li>- Irritabilidade;</li> <li>- Desenvolvimento de agressividade;</li> <li>- Incapacidade de relaxar;</li> <li>- Dificuldade em adotar mudanças;</li> <li>- Perda de iniciativa;</li> <li>- Aumento de consumo de substâncias (álcool, tabaco, ansiolíticos, café... etc);</li> <li>- Comportamentos de alto risco (procura de atividades de alto risco, tentar mostrar coragem/sobressair-se);</li> <li>- Suicídio (maior incidência em profissionais de saúde do que na população em geral)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendência ao isolamento;</li> <li>- Sentimento de onnipotência;</li> <li>- Perda de Interesse pelo Trabalho;</li> <li>- Absenteísmo;</li> <li>- Impulsos de abandono - laboral;</li> <li>- Ironia;</li> <li>- Cinismo</li> </ul> |

Segundo Leahy e Holland, (2000), a depressão para ser diagnosticada é necessário, pelo menos, cinco dos sintomas acima apresentados.

## **Capítulo 5. Pertinência do Estudo**

---

Os profissionais de emergência estão expostos à violência e ao perigo mais que qualquer outro profissional, exemplo disso é o rescaldo do “11 de setembro”, 343 bombeiros e 75 polícias perderam as suas vidas no cumprimento do dever. Milhares de outras equipas de emergência trabalharam incansavelmente para ajudar as 2.261 pessoas que estavam feridas (Roberts, 2005).

Em Nova Gales do Sul, 56% dos bombeiros voluntários referiram que a sua segurança havia sido seriamente ameaçada em determinado momento. Numa amostra urbana, 70% dos paramédicos tinham sido assaltados no trabalho, e 56% experienciado eventos durante o trabalho que acreditavam poder ter resultado na sua própria morte (Regehr, Goldberg, e Hughes, 2002)<sup>24</sup>.

Para além do perigo pessoal, os profissionais de emergência estão geralmente expostos ao sofrimento e a morte de outros. O resultado de um estudo com paramédicos refere que, mais de 80% tinham experienciado pelo menos um dos seguintes eventos: a morte de um paciente enquanto sob seus cuidados, a morte de uma criança, acontecimentos envolvendo múltiplos traumatismos e eventos que envolvem a violência cometida por um indivíduo contra outro (Roberts, 2005). Uma exposição prolongada a estes eventos pode conduzir a um estado de stress psicossocial.

Um inquérito europeu (ESENER) sobre riscos novos e emergentes, realizado pela EU-OSHA em 2009, verificou que de entre diversos tipos de riscos presentes nos locais de trabalho, os riscos psicossociais são de destacar e merecem especial atenção. Estes riscos são consequência da forma como o trabalho é realizado e gerido, provocando um aumento do stress e podendo conduzir a uma grave deterioração da saúde física e/ou mental levando a um esgotamento profissional.

Para Carvalho (2011), o estado de exaustão profissional mais estudado individualmente é o burnout. Este provém do stress resultante do contexto e da organização laboral, tais como conflitos pessoais ou institucionais. Num estudo realizado em 2009, Natália Vara e Cristina Queirós dizem que existe uma elevada satisfação profissional e baixo burnout nos bombeiros estudados, mas referem que estes são vulneráveis ao burnout, atendendo ao fato de que estes profissionais se deparam diariamente com situações emocionalmente intensas, com a

---

<sup>24</sup> Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 505 –513. doi:10.1037/0002-9432.72.4.505

necessidade de tomada de decisão maioritariamente sob pressão em urgência e muitas das vezes em condições de risco ou de limitação de recursos.

Segundo os autores (Bacharach, Bamberger & Doveh, 2008<sup>25</sup>; Beaton et al., 1995<sup>26</sup>; Milen, 2009<sup>27</sup>; Monteiro et al., 2007<sup>28</sup>; Murta & Troccoli, 2007<sup>29</sup>; Regehr et al., 2003<sup>30</sup>; Thieleman & Cacciatore, 2014<sup>31</sup>, o interesse por estudos sobre a satisfação no trabalho e como esta afeta a qualidade de vida, dentro e fora das organizações, iniciou-se de forma sistematizada nos anos 30 (Lawler, 1983). No caso dos Bombeiros o stress possui uma importância determinante. Estes profissionais de emergência estão diariamente expostos ao perigo e ao sofrimento humano, sendo um grupo profissional vulnerável ao stress no trabalho, stress pós-traumático, fadiga de compaixão e burnout (citado por Miguel, V. Vara, N.; Queirós, C. 2014).

Um estudo interno do INEM em 2013, com 400 Técnicos de ambulância em emergência indicou, que 75% dos participantes estavam em burnout dos quais, 35% num nível elevado e 40% num nível médio.

## 5.1 Objetivos

Em seguida são apresentados os quatro objetivos propostos para este estudo:

---

<sup>25</sup> Bacharach, S., Bamberger, P. & Doveh, E. (2008). Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 155-169.

<sup>26</sup> Beaton, R., Murphy, S., Pike, K. & Jarrett, M. (1995). Stress-Symptom Factors in Firefighters and Paramedics. In S. L., Sauter, L. R., Murphy (Eds). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 227-245.

<sup>27</sup> Milen, D. (2009). The Ability of Firefighting Personnel to Cope With Stress. *Journal of Social Change*, 3, 38-56.

<sup>28</sup> Monteiro, J., Maus, D., Machado, F., Pesenti, C., Bottega, D. & Carniel, L. (2007). Bombeiros: Um Olhar Sobre a Qualidade de Vida no Trabalho. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(3), 554-565.

<sup>29</sup> Murta, S. & Tróccoli, B. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 41-51.

<sup>30</sup> Regehr, C., Hill, J., Knott, T. & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.

<sup>31</sup> Thieleman, K. & Cacciatore, J. (2014). Witness to Suffering: Mindfulness and Compassion Fatigue among Traumatic Bereavement Volunteers and Professionals. *Social Work*, 59, 34-41.

1º Objetivo Quais as diferenças entre profissionais voluntários e assalariados quanto à Fadiga por Compaixão, à Satisfação no Trabalho e ao Stress, Ansiedade e Depressão;

2º Objetivo Quais as diferenças quanto ao género dos bombeiros/profissionais de cuidados emergentes na Fadiga por Compaixão, na Satisfação no Trabalho e no Stress, Ansiedade e Depressão;

3º Objetivo Quais as diferenças quanto à idade dos bombeiros/profissionais de cuidados emergentes na Fadiga por Compaixão, na Satisfação no Trabalho e no Stress, Ansiedade e Depressão;

4º Objetivo Que relações existem entre a Fadiga por Compaixão, a Satisfação no Trabalho e o Stress, Ansiedade e Depressão em bombeiros/profissionais de emergência.

## **Capítulo 6. Metodologia**

---

## **6.1 Amostra**

A população analisada neste estudo são profissionais que prestam cuidados pré – hospitalares e que laboram nas Corporações dos Bombeiros de Portimão, Lagos, Vila do Bispo e Aljezur. Os critérios de inclusão estabelecidos para os participantes foram: ser bombeiro que diariamente realizasse serviços de tripulação de ambulância de socorro, de ambos os sexos e com idade superior a 18 anos.

## **6.2 Medidas**

Foi utilizado um instrumento de recolha de dados, composto por quatro elementos: Questionário Sociodemográfico; ProQOL5 – Versão Portuguesa (Carvalho e Sá 2011); QST – (Pais- Ribeiro e Maia, 2002) Questionário de Satisfação com o Trabalho e DASS-42 – (Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999). Escala de Depressão, Ansiedade e Stress.

### **6.2.1 Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5)**

O Professional Quality of Life Scale 5 (Escala de qualidade de vida profissional – ProQOL 5) foi desenvolvido por Figley & Stamm (1995: 2010) para avaliar a fadiga por compaixão. É uma escala composta por 30 itens divididos por 3 subescalas que avaliam três dimensões diferentes, cada uma das dimensões comportam 10 itens: Satisfação por Compaixão; Burnout e Stress Traumático Secundário.

Para cada item, o participante terá de responder a uma afirmação através de uma escala de tipo Likert a que se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5 (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por vezes; 4=Freqüentemente e 5=Muito Freqüentemente).

O estudo de cada dimensão resulta do somatório da pontuação de cada um dos 10 itens respetivos.

A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Carvalho e Sá em 2011.

Quanto à consistência interna da versão portuguesa, para as subescalas da Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário, o valor para o alpha de cronbach de  $\alpha = .86, .71$  e  $.83$ , quanto à fiabilidade obtidos no pré-teste ( $\alpha = .60, .63$  e  $.68$ ), estão muito próximos do ProQOL5 original ( $\alpha = .88, .75$  e  $.81$ ) (Carvalho & Sá 2011).

### **6.2.3 Questionário de Satisfação com o Trabalho (QST)**

QST – (Pais- Ribeiro & Maia, 2002) O Questionário de Satisfação com o Trabalho é constituído por 24 itens numa escala de Likert de 6 pontos que variam entre 1 e 6 (1=discorda totalmente; 2=discorda bastante; 3=discorda parcialmente; 4=concordo parcialmente; 5=concordo bastante e 6=concorda totalmente) e estão organizados em seis dimensões: Segurança com o Futuro da Profissão; Apoio da Hierarquia; Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado; Condições Físicas do Trabalho; Relação com Colegas e Satisfação com a Profissão.

Este questionário fornece uma nota por dimensão e uma nota total resultante da soma total de todas as dimensões.

Apresenta uma boa consistência interna e validade de conteúdo: Segurança com o Futuro da Profissão com  $\alpha = 0.76$ ; Apoio da Hierarquia com  $\alpha = 0.75$ ; Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado com  $\alpha = 0.76$ ; Profissão com  $\alpha = 0.86$ ; Relação com  $\alpha = 0.83$ ; Condições Físicas do Trabalho com  $\alpha = 0.88$ . Dentro das Ciências Sociais, o valor mínimo considerado para uma boa fiabilidade dos itens é de 0.70.

### **6.2.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress**

DASS-42 – (Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999), é um instrumento de autoavaliação do stress, ansiedade e depressão, constituído por 42 itens que medem sintomas emocionais negativos numa escala tipo Likert de 4 pontos que varia de 0 (“Não se aplicou nada a mim”) a 3 (“Aplicou-se a mim a maior parte do tempo”).

Os itens da DASS agrupam-se em três dimensões: stress, ansiedade e depressão, sendo o resultado de cada subescala dado pela soma dos resultados para os 14 itens relevantes para cada uma delas.

Mostra uma consistência interna de: Depressão com  $\alpha = 0.96$ ; Ansiedade com  $\alpha = 0.77$ ; Stress com  $\alpha = 0.94$ .

### **6.3 Procedimento**

Para a realização da presente investigação, foram seleccionados 4 Corpos de Bombeiros do Barlavento Algarvio que prestam serviços de emergência pré-hospitalar. Foram convidados a participar no estudo mediante a autorização dos respetivos Comandantes.

Após autorização, procedeu-se à informação sobre os objetivos do estudo e os procedimentos a adotar, salientando a proteção dos dados pessoais e da participação voluntária. Foi apresentado aos Bombeiros o protocolo do questionário.

Após recolha de dados, estes foram introduzidos e avaliados através do programa Statistical Package for Social Sciences 22 (SPSS), cujo nível de significância utilizado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

### **6.4 Participantes**

Recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por 123 participantes, 95 do género masculino, com uma média de idades de 37,22 anos e um DP=10,30 e 28 do género feminino, com uma média de idades de 32,61 anos e um DP=7,07

A maioria dos participantes são casados/união de facto (53,7%). Os homens apresentam M=52; DP= 42.3 e as mulheres M=14; DP= 11.4. Os elementos solteiros (37,4%), homens apresentam M=35; DP= 28.5 e as mulheres M=11; DP= 8.9. Por último estão os separados, cuja proporção é de 8,9%. Os homens apresentam M=8; DP= 6.5 e as mulheres M=3; DP= 2.4.

No que se refere às habilitações académicas quanto ao género, observa-se a predominância de 42 homens (35.3%), com o 3º Ciclo do Ensino Secundário. As mulheres têm predominância no Ensino Secundário com um total de 13 elementos (10.9%).

Quanto à religião em função do género, é na religião católica que se verificam valores superiores, tanto nos homens com 52.9%, como nas mulheres com 18.6%.

**Tabela 1 - Análise das variáveis sócio demográficas em função do género**

|                                | Masculino |       | Feminino |      | t        |
|--------------------------------|-----------|-------|----------|------|----------|
|                                | M         | DP    | M        | DP   |          |
| Idade                          | 37,22     | 10,30 | 32,61    | 7,07 | 2,22     |
| Estado Civil                   |           |       |          |      | ,252     |
| Casado(a)/União de Facto       | 52        | 42,3  | 14       | 11,4 |          |
| Solteiro(a)                    | 35        | 28,5  | 11       | 8,9  |          |
| Divorciado(a)/Separado(a)      | 8         | 6,5   | 3        | 2,4  |          |
|                                | N         | %     | N        | %    | $\chi^2$ |
| Habilitações Académicas        |           |       |          |      | 9,59     |
| 2º Ciclo Ensino Básico         | 9         | 7,6   | 1        | 0,8  |          |
| 3º Ciclo Ensino Básico         | 42        | 35,3  | 7        | 5,9  |          |
| Ensino Secundário              | 25        | 35,3  | 13       | 10,9 |          |
| Curso Tecnológico/Profissional | 4         | 3,4   | 2        | 1,7  |          |
| Bacharelato                    | 1         | 0,8   |          |      |          |
| Licenciatura                   | 6         | 5,0   | 4        | 3,4  |          |
| Pós-Graduação                  | 3         | 2,5   |          |      |          |
| Mestrado                       | 1         | 0,8   | 1        | 0,8  |          |
| Religião                       |           |       |          |      | 5,02     |
| Nenhuma                        | 16        | 15,7  | 6        | 5,9  |          |
| Católica                       | 54        | 52,9  | 19       | 18,6 |          |
| Evangélica                     |           |       | 1        | 1    |          |
| Ateu                           | 6         | 5,9   |          |      |          |

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre géneros para as variáveis socio demográficas.

A maioria dos Bombeiros trabalha em Lagos, num total de 42,3% de participantes, os homens com 62.1%, e mulheres com 6.6%, seguido de Vila do Bispo com 20.3%, dos quais 16.4% são homens e 4.1% mulheres.

No que diz respeito ao número de horas semanais, a maioria 87%, labora 40horas/semanais, dos quais 59.1% são homens e 20% mulheres.

A maioria dos participantes, 42% só trabalha nos Bombeiros, 38% têm um trabalho extra, 33.7% dos homens e 7.6% das mulheres.

Em relação aos profissionais assalariados ou voluntários, a maioria dos participantes são assalariados 66.6%, os homens com 49.6% e as mulheres 13%.

Por fim, a distância percorrida até ao local de trabalho, a maioria dos homens 69,7% percorre menos de 10km e as mulheres 17.6%.

**Tabela 2-** Análise das variáveis relacionadas com a profissão em função do género

|                                                                      | Masculino |      | Feminino |      | $\chi^2$ |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|------|----------|------|----------|
|                                                                      | N         | ‰    | N        | ‰    |          |
| Local onde trabalha                                                  |           |      |          |      | 6,57     |
| Portimão                                                             | 12        | 9,8  | 9        | 7,4  |          |
| Lagos                                                                | 44        | 62,1 | 8        | 6,6  |          |
| Vila do Bispo                                                        | 20        | 16,4 | 5        | 4,1  |          |
| Aljezur                                                              | 18        | 14,8 | 6        | 4,9  |          |
| Quantas horas semanais trabalham?                                    |           |      |          |      | 1,55     |
| 35h/semanais                                                         | 20        | 18,2 | 3        | 2,7  |          |
| 40h/semana                                                           | 65        | 59,1 | 22       | 20,0 |          |
| Em quantos locais trabalha para além dos bombeiros?                  |           |      |          |      | 3,77     |
| Nenhum local                                                         | 28        | 30,4 | 14       | 15,2 |          |
| Um local                                                             | 31        | 33,7 | 7        | 7,6  |          |
| Dois locais                                                          | 6         | 6,5  | 2        | 2,2  |          |
| Três locais                                                          | 2         | 2,2  |          |      |          |
| Quatro locais                                                        | 1         | 1,1  |          |      |          |
| Sete locais                                                          | 1         | 1,1  |          |      |          |
| Trabalha por turnos?                                                 |           |      |          |      | 0,01     |
| Sim                                                                  | 68        | 56,7 | 20       | 16,7 |          |
| Não                                                                  | 25        | 20,8 | 7        | 5,8  |          |
| Trabalhador, assalariado ou voluntário?                              |           |      |          |      | 0,46     |
| Assalariado                                                          | 61        | 49,6 | 16       | 13,0 |          |
| Voluntário                                                           | 34        | 27,6 | 12       | 9,8  |          |
| Há quanto tempo é profissional de Cuidados Pré-hospitalar/Emergência |           |      |          |      | 4,55     |
| <10anos                                                              | 42        | 34,1 | 17       | 13,8 |          |
| 11-24anos                                                            | 35        | 28,5 | 10       | 8,1  |          |
| 25-39anos                                                            | 18        | 14,6 | 1        | 0,8  |          |
| Que distancia percorre até chegar ao trabalho                        |           |      |          |      | 2,21     |
| <10Km                                                                | 83        | 69,7 | 21       | 17,6 |          |
| 11-20km                                                              | 8         | 6,7  | 3        | 2,5  |          |
| 21-30Km                                                              | 2         | 1,7  | 2        | 1,7  |          |

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre géneros para as variáveis socio demográficas.

## **Capítulo 7. Resultados**

---

## 7.1 Comparações entre grupos

Inicialmente são mostrados os resultados das comparações entre o género e as variáveis em estudo. Seguidamente são apresentados os resultados da diferença entre profissionais assalariados e voluntários para as dimensões da Fadiga por Compaixão, as dimensões da Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão.

### 7.1.1 Diferenças de género para a Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional (Depressão, Ansiedade e Sress).

A Tabela 3 apresenta os valores médios e de desvio padrão por género para as dimensões da Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional, o valor do teste T- Student.

**Tabela 3 - Diferenças de género para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão.**

|                              | Masculino |      | Feminino |      | t        |
|------------------------------|-----------|------|----------|------|----------|
|                              | M         | DP   | M        | DP   |          |
| Fadiga por Compaixão         |           |      |          |      |          |
| Satisfação por Compaixão     | 40,5      | 4,33 | 40,68    | 5,58 | -,156    |
| Burnout                      | 30,52     | 3,50 | 29,38    | 4,11 | 1,44     |
| Stress Traumático Secundário | 23,33     | 5,52 | 23,27    | 6,06 | ,210     |
| Satisfação com o Trabalho    |           |      |          |      |          |
| Segurança Futuro Profissão   | 10,98     | 3,86 | 10,26    | 3,46 | ,870     |
| Apoio Hierarquia             | 12,41     | 3,52 | 12,43    | 3,58 | -,020    |
| Reconhecimento Outros T. R.  | 17,92     | 2,65 | 18,07    | 1,77 | -,280    |
| Condições Físicas Trabalho   | 11,81     | 3,26 | 11,86    | 3,66 | -,067    |
| Relação com Colegas          | 14,03     | 1,87 | 12,81    | 1,86 | 2,977*** |
| Satisfação Profissional      | 22,66     | 3,90 | 20,44    | 2,68 | 2,767    |
| Desajustamento Emocional     |           |      |          |      |          |
| Stress                       | 6,33      | 6,38 | 7,96     | 6,72 | -1,161   |
| Ansiedade                    | 4,01      | 4,36 | 4,03     | 4,48 | -,025    |
| Depressão                    | 5,31      | 6,97 | 4,08     | 4,83 | ,846     |

\*\*\*  $p \leq .001$

Foram apenas obtidas diferenças de género estatisticamente significativas na dimensão Satisfação com o Trabalho relativamente à Relação com os Colegas, ( $t(118) = 2,977$   $p = ,004$ ), com o género masculino a relatar um elevado nível de preocupação com a relação com os

colegas ( $M = 14,03$ ;  $DP = 1,87$ ) comparativamente com o género feminino ( $M = 12,81$ ;  $DP = 1,86$ ).

### 7.1.2 Diferenças de entre Profissionais Assalariados e Voluntários para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão.

A Tabela 4 apresenta valores médios e de desvio padrão entre Profissionais Assalariados e Voluntários para as dimensões da Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional, e o valor do teste T- Student.

**Tabela 4 - Diferenças entre Profissionais Assalariados e Voluntários para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão.**

|                              | Assalariados |      | Voluntários |      | t      |
|------------------------------|--------------|------|-------------|------|--------|
|                              | M            | DP   | M           | DP   |        |
| Fadiga por Compaixão         |              |      |             |      |        |
| Satisfação por Compaixão     | 40,49        | 4,57 | 40,68       | 4,78 | -,222  |
| Burnout                      | 30,55        | 3,70 | 29,74       | 3,56 | 1,149  |
| Stress Traumático Secundário | 24,25        | 5,42 | 22,20       | 5,77 | 1,924  |
| Satisfação com o Trabalho    |              |      |             |      |        |
| Segurança Futuro Profissão   | 10,55        | 3,81 | 11,27       | 3,70 | -1,014 |
| Apoio Hierarquia             | 12,80        | 3,35 | 11,80       | 3,75 | 1,509  |
| Reconhecimento Outros T. R.  | 17,82        | 2,65 | 18,19       | 2,12 | -,766  |
| Condições Físicas Trabalho   | 11,89        | 3,29 | 11,70       | 3,45 | ,318   |
| Relação com Colegas          | 13,66        | 1,97 | 13,9        | 1,88 | -,690  |
| Satisfação Profissional      | 22,64        | 3,81 | 21,30       | 3,54 | 1,879  |
| Desajustamento Emocional     |              |      |             |      |        |
| Stress                       | 6,71         | 6,65 | 6,78        | 6,22 | -,057  |
| Ansiedade                    | 4,31         | 4,59 | 351         | 3,94 | ,931   |
| Depressão                    | 4,90         | 6,74 | 5,26        | 6,29 | -,281  |

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto aos Profissionais Assalariados ou Voluntários para as variáveis da Fadiga por Compaixão, Satisfação com o Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão.

### 7.1.3 Diferenças de grupos etários dos Profissionais de Cuidados de Emergência para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão.

De forma a simplificar a compreensão, análise e a interpretação dos resultados foram criadas 3 grupos etários: [19-29], [30-43] e [44-62].

A Tabela 5 apresenta valores médios e de desvio padrão quanto à idade para as dimensões da Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional, e o valor do teste F como resultado ao teste Anova One-way.

**Tabela 5 – Valores descritivos para a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão em função do grupo etário.**

|                              | Idade [19-29] |      | Idade [30-43] |      | Idade [44-62] |      |          |
|------------------------------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|----------|
|                              | M             | DP   | M             | DP   | M             | DP   | F        |
| Fadiga por Compaixão         |               |      |               |      |               |      |          |
| Satisfação por Compaixão     | 38,15         | 4,44 | 41,24         | 4,52 | 42,11         | 4,01 | 7,514*** |
| Burnout                      | 28,29         | 3,33 | 31,23         | 3,22 | 30,68         | 4,04 | 7,912*** |
| Stress Traumático Secundário | 21,69         | 4,66 | 24,21         | 6,07 | 24,04         | 5,34 | 2,291    |
| Satisfação com o Trabalho    |               |      |               |      |               |      |          |
| Segurança Futuro Profissão   | 10,86         | 3,48 | 10,83         | 3,60 | 10,33         | 4,59 | ,009     |
| Apoio Hierarquia             | 11,74         | 3,27 | 12,38         | 3,42 | 13,37         | 3,95 | 1,650    |
| Reconhecimento      Outros   | 17,37         | 2,18 | 18,09         | 2,41 | 18,37         | 2,84 | 1,356    |
| Trabalho Realizado           |               |      |               |      |               |      |          |
| Condições Físicas Trabalho   | 11,88         | 3,38 | 11,74         | 3,13 | 13,50         | 3,78 | ,030     |
| Relação com Colegas          | 13,47         | 2,25 | 14,05         | 1,85 | 13,50         | 1,64 | 1,303    |
| Satisfação Profissional      | 21,85         | 2,75 | 22,61         | 3,39 | 21,54         | 5,34 | ,865     |
| Desajustamento Emocional     |               |      |               |      |               |      |          |
| Stress                       | 7,97          | 7,91 | 6,87          | 5,85 | 5,07          | 8,80 | 1,458    |
| Ansiedade                    | 4,53          | 5,17 | 4,20          | 4,13 | 2,92          | 3,68 | 1,032    |
| Depressão                    | 6,53          | 7,33 | 4,24          | 5,70 | 5,03          | 7,23 | 1,202    |

\*\*\*  $p \leq .001$

Através da análise da tabela 5, verifica-se que existem diferenças significativas na escala da Fadiga por Compaixão, nomeadamente, nas dimensões Satisfação por Compaixão ( $p = ,001$ ) e Burnout ( $p = ,001$ ), nos participantes mais velhos.

## 7.2 Comparações Múltiplas

Através do procedimento estatístico teste Tukey, foram obtidos resultados estatisticamente significativos para a Fadiga por Compaixão. Os bombeiros com idades inferiores a 30 anos, apresentaram resultados de menor Satisfação por Compaixão ( $M = 38,15$ ) e Burnout ( $M = 28,29$ ), quando comparados com os de idades superiores.

### 7.2.1 Relações entre a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão, nos Profissionais de Cuidados de Emergência.

De forma a compreender se existe correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, recorreu-se à correlação de Pearson. A Tabela 6 apresenta valores obtidos para as dimensões da Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional para os Profissionais de Cuidados de Emergência.

**Tabela 6 – Relações entre a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão, nos Profissionais de Cuidados de Emergência.**

|                                    | Segurança<br>Futuro<br>Profissão | Apoio<br>Hierarquia | Reconheciment<br>o Outros<br>Trabalho<br>Realizado | Condições<br>Físicas<br>Trabalho | Relação<br>Colegas | Satisfação<br>profissional | Stress | Ansiedade | Depressão |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------|--------|-----------|-----------|
| Satisfação<br>Compaixão            | ,18                              | ,07                 | ,15                                                | ,13                              | ,05                | ,11                        | -,17   | -,18      | -,13      |
| Burnout                            | ,00                              | -,00                | ,09                                                | -,06                             | ,21*               | ,13                        | ,23*   | ,23*      | ,26**     |
| Stress<br>Traumático<br>Secundário | -,03                             | -,07                | ,16                                                | ,00                              | ,21*               | ,16                        | ,41**  | ,44**     | ,43**     |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Os resultados obtidos evidenciaram existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da Fadiga por Compaixão (Burnout e Stress Traumático secundário) para a Satisfação no Trabalho Desajustamento Emocional.

O Burnout apresentou uma correlação estatisticamente significativa e fraca para a Relação com os Colegas ( $r = 21$ ;  $p = ,022$ ). Assim quanto maior for o nível de burnout, maior será a afinidade e apoio entre colegas, e esta por sua vez correlaciona-se com o Stress Traumático Secundário ( $r = 21$ ;  $p = ,027$ ).

Ainda na dimensão do Burnout, esta correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e fraca para todas as dimensões do Desajustamento Emocional, nomeadamente na depressão ( $r = 26$ ;  $p = ,007$ ), desta forma quanto maiores níveis de burnout, maior existência o desequilíbrio emocional.

Relativamente ao Stress Traumático Secundário, os dados revelam uma correlação estatisticamente significativa e fraca nas dimensões do Desajustamento Emocional, contudo a ansiedade apresenta um valor mais expressivo ( $r = 44$ ;  $p = ,000$ ).

A Tabela 7 apresenta agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre a Satisfação Profissional e o Desajustamento Emocional, através do coeficiente de correlação de Pearson.

**Tabela 7 - Relações entre a Satisfação Profissional e o Desajustamento Emocional (Stress, Ansiedade e Depressão), nos Profissionais de Cuidados de Emergência.**

|                                   | Stress | Ansiedade | Depressão |
|-----------------------------------|--------|-----------|-----------|
| Segurança Futuro Profissão        | -,14   | -,04      | -,15      |
| Apoio Hierarquia                  | -,12   | -,02      | -,20*     |
| Reconhecimento Trabalho Realizado | ,16    | ,21*      | ,16       |
| Condições Físicas Trabalho        | -,17   | -,02      | -,22*     |
| Relação com Colegas               | ,21*   | ,29**     | ,31**     |
| Satisfação Profissional           | ,01    | ,08       | ,05       |

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

Os resultados obtidos evidenciaram a existência de correlações estatisticamente significativas e de intensidade moderada entre as dimensões da Satisfação com Trabalho (Apoio da Hierarquia, Reconhecimento dos Outros pelo Trabalho Realizado, Condições Físicas do Trabalho e Satisfação Profissional) para todas as dimensões do Desajustamento Emocional.

O Apoio Hierárquico apresentou uma correlação estatisticamente significativa negativa e fraca para a Depressão ( $r = 20$ ;  $p = ,036$ ), assim quanto maior for o apoio da chefia, menor será a depressão dos participantes, e por sua vez, esta correlaciona-se negativamente com as Condições Físicas ( $r = 22$ ;  $p = ,019$ ).

Por ultimo para a dimensão Relação com Colegas, os dados revelam uma correlação estatisticamente significativa e fraca nas dimensões do Desajustamento Emocional, contudo a Depressão apresentou valor elevado ( $r = .31$ ;  $p = .000$ ).

## **Capítulo 8. Discussão dos Resultados**

---

## **8.1. Interpretação dos resultados**

O presente trabalho de investigação teve como objetivo geral, entender de que forma é que a Fadiga por Compaixão, considerada um estado de desequilíbrio biológico, psicológico e social, resultante da exposição prolongada ao stress traumático secundário (Figley 1995: 2002), afeta os profissionais de cuidados de emergência, e que correlação existe entre a Fadiga por Compaixão, a Satisfação no Trabalho, o Stress, a Ansiedade e a Depressão.

Mais especificamente pretendeu-se analisar as diferenças quanto ao género; profissionais assalariados e voluntários e grupos etários para a Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Desajustamento Emocional e correlações entre a Fadiga por Compaixão, a Satisfação no Trabalho, o Stress, a Ansiedade e a Depressão.

### **8.1.1. Comparações entre grupos**

Os resultados obtidos pela análise das diferenças de género para Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Desajustamento Emocional, mostraram que o género masculino apresentou valores mais elevados para a Relação com os Colegas, quando comparado com as mulheres, indo de encontro à literatura estudada que refere que profissionais apresentam resultados de satisfação no trabalho mais elevados quando têm boas relações com os colegas (Vara, N. C., 2007; Paris & Omar, 2008; Visser et al., 2003). Num outro estudo, foi verificado que bons relacionamentos com os colegas, conduzem a uma maior satisfação com o trabalho (Marcelino, Figueiras & Claudino, 2012).

No que concerne às diferenças entre os Profissionais Assalariados e Voluntários para as variáveis da Fadiga por Compaixão, Satisfação com o Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, corroborando com a literatura existente (Vara & Queirós, 2009; Miguel, Vara & Queirós, 2014).

Em relação aos grupos etários, a idade dos [44-62] anos mostram resultados elevados para a variável da Satisfação por Compaixão, porém, existem estudos que referenciam a não existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à idade e a fadiga por compaixão (Carvalho, P. R. C., 2001), dando a entender que, quanto maior a idade, maior a capacidade de resiliência, bem como estratégias de coping.

Relativamente ao Burnout, os profissionais com idades compreendidas entre os [30-43] anos, demonstram valores mais elevados. Os resultados conseguidos corroboram com o estudo

de (Sá, 2002), onde se verificou que a síndrome de burnout verifica-se nesta faixa etária. O autor considera, que tal acontece entre os mais jovens, uma vez que possuem menos experiencia.

Não foram encontrados mais valores estatisticamente significativos em relação às diferenças de idade e as restantes variáveis. Segundo Miguel, Vara, e Queirós, (2014) os bombeiros mais velhos, relevam uma maior satisfação com o trabalho, o reconhecimento pelo mesmo e relacionamento com os colegas, não permitindo corroborar com o estudo analisado.

### **8.1.2. Correlações entre os grupos**

Os resultados adquiridos referentes à análise das correlações entre a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão, apresentam valores estatisticamente significativos na variável Fadiga por Compaixão na dimensão Burnout e Stress Traumático Secundário para o Desajustamento Emocional. Evidenciando maior tendência para perturbações de stress, ansiedade e depressão perante a existência de Fadiga por Compaixão. Para Figley (1995) o stress está relacionado com a compaixão e com a preocupação empática de quem presta ajuda, referindo sintomas caraterísticos da perturbação de stress pós-traumático e reações associadas, tais como a depressão e ansiedade generalizada, confirmando os resultados obtidos.

O Burnout apresentou uma correlação estatisticamente significativa e fraca para a Relação com os Colegas, assim, quanto maior for o nível de burnout, maior será a afinidade e apoio entre colegas, e esta por sua vez correlaciona-se com o Stress Traumático Secundário. Os resultados obtidos vão de encontro com a literatura analisada por López-Araújo, Segovia e Peiró, 2007<sup>32</sup>, que mencionam que a ligação entre o stress e as relações com colegas podem influenciar negativamente na satisfação com o trabalho.

No que diz respeito ao Apoio Hierárquico, este apresentou uma correlação estatisticamente significativa negativa e fraca para a Depressão. Assim quanto maior for o apoio da chefia, menor será a depressão dos participantes, estando de acordo com o estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), documentando o conflito com chefias como possível fator de risco para o desenvolvimento de depressão.

---

<sup>32</sup> López-Araújo, B., Segovia, A. & Peiró, J. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19(1), 81-87.

Foi ainda verificado uma correlação estatisticamente significativa e fraca entre a dimensão Reconhecimento pelo Trabalho Realizado e a Ansiedade. A Associação Brasileira de Qualidade de Vida apresenta um estudo em que a falta de reconhecimento pelo desempenho se correlaciona com stress e ansiedade, consolidando os dados obtidos.

As Condições Físicas de Trabalho apresentam correlação estatisticamente significativa com a Depressão, corroborado com o trabalho de Bellati, (2015), que menciona o ambiente de trabalho hostil como potencial gerador de depressão e ansiedade. Para Fernandes (2013) só recentemente a depressão e a ansiedade foram reconhecidas como doenças relacionadas ao trabalho. As condições físicas de trabalho adversas podem influenciar fortemente o quadro depressivo.

Por último a Relação com os Colegas apresenta correlação estatisticamente significativa com o Stress, a Ansiedade e a Depressão. Gardell, (1971) refere que a relação com outros no trabalho é uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação do trabalho, não significando que as relações interpessoais no trabalho resultem sempre positivas. Por vezes podem converter-se negativamente, resultando em severos e importantes fontes potenciais de stress, altamente prejudiciais para a saúde mental.

## **8.2. Limitações**

Apesar da pertinência relevante do presente estudo e dos resultados obtidos, a investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente no tamanho da amostra e área geográfica, uma vez que esta é reduzida e se refere só ao barlavento algarvio. Seria pertinente que o mesmo estudo fosse replicado com uma amostra mais vasta em questão de tamanho e de área geográfica, expandindo o estudo a nível regional e nacional.

## **8.3 Sugestão para estudos futuros**

Em resultado das limitações do presente estudo, sugere-se que em futuras investigações sejam utilizadas amostras com maior dimensão, bem como a expansão a nível de área geográfica, difundindo o estudo a nível regional e nacional, de modo a possibilitar uma melhor compreensão, acerca das variáveis apresentadas, no estudo.

Tendo em conta que esta é uma investigação transversal, vem condicionar a interpretação dos resultados obtidos. Sugere-se também a realização de um estudo

longitudinal, uma vez que iria permitir acompanhar os Profissionais de cuidados emergentes/Bombeiros em etapas diferentes da sua vida e consequentemente, comportamentos, face às variáveis em estudo.

Parece-nos também pertinente avaliar a capacidade de resiliência nestes profissionais.

#### **8.4 Implicações clínicas dos resultados**

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, existem implicações relevantes quanto às relações entre a Fadiga por Compaixão, Insatisfação no Trabalho e o Stress, a Ansiedade e a Depressão. Esta situação pode contribuir para um melhor conhecimento e compreensão das variáveis em estudo, promovendo uma maior eficácia nas medidas de diagnóstico e de avaliação, o que poderá ajudar no desenvolvimento de intervenções preventivas apropriadas e mais eficientes.

O reconhecimento e intervenção precoce na Fadiga por Compaixão podem impedir o desenvolvimento de burnout (Benson, J. & Magraith, K., 2005).

Os profissionais de cuidados emergentes, são expostos a eventos indutores de stress, mas para os autores Burke & Paton, 2006, as características organizacionais do trabalho podem desenvolver mais stress nos profissionais do que a própria exposição aos incidentes. Desta forma, parece-nos que existe a necessidade de desenvolver ações preventivas, através de um método de diagnóstico organizacional, analisando as Instituições em termos da organização, ambiente físico e relacionamentos entre chefias e colegas, com o objetivo de alterar comportamentos necessários para a promoção da saúde do profissional. Como também, programas preventivos em ambientes vulneráveis e/ou em profissionais que sofram de Insatisfação no trabalho ou SFC (Síndrome de Fadiga Crónica), (Oliveira. J. et al., 2010).

Salientamos, que na formação normativa dos bombeiros, possa ser importante incluir conteúdos referentes a gestão de stress, comunicação assertiva, gestão de relações interpessoais, como também a criação de equipas de suporte de pares (CISM), um processo de apoio ativo e temporário, em que a intervenção é dirigida para mitigar o distress psicológico (resposta aguda ao trauma) e promover a resiliência natural: estabilização emocional, redução de sintomas, regresso ao funcionamento adaptativo e facilitar o acesso ao cuidado continuado caso seja necessário (Jeffrey, T. M., 2006).

Assim sendo e tendo em atenção a pesquisa estudada, verifica-se a necessidade da utilização de programas de prevenção e intervenção com a finalidade de diminuir o sofrimento dos profissionais a curto e a longo prazo.

## **Conclusão**

---

Ser profissional de cuidados emergentes é sinónimo de: resposta eficaz perante uma situação de emergência, capacidade de decisão e ação rápida em cenários de catástrofe e destruição. Estes profissionais estão expostos a condições crónicas de stress violento ou incidentes críticos de gravidade múltipla (citado por Miguel, V. Vara, N.; Queirós, C. 2014), eventos que desenvolvem um desgaste lento nas capacidades físicas e psicológicas do profissional, com probabilidade de desenvolver burnout e uma diminuição da satisfação com o trabalho, com implicações negativas para o mesmo e para aqueles que precisam dos seus serviços.

A fadiga por compaixão parece ser uma consequência do trabalho realizado pelos profissionais que têm uma forte orientação empática e que trabalham consecutivamente com indivíduos traumatizados e/ou em sofrimento, podendo ter um impacto emocional negativo sobre o profissional, levando-o a um trauma indireto, frequentemente referido na literatura como stress traumático secundário (Kennyston, L. 2010). Para Figley (1995) esta transmissão de stress está relacionada com a compaixão e com a preocupação empática de quem presta ajuda e que faz referencia aos sintomas caraterísticos da Fadiga por compaixão e reações associadas, tais como a depressão e ansiedade generalizada.

Este estudo aborda a fadiga por compaixão, e a sua relação com os profissionais de cuidados de emergência, e correlações existem entre a fadiga por compaixão, a satisfação no trabalho, o stress, a ansiedade e a depressão.

Relativamente aos resultados obtidos verificou-se que não existe fadiga por compaixão nos profissionais estudados.

No que diz respeito á satisfação no trabalho os homens relatam um elevado nível de preocupação com a relação com os colegas quando comparados com as mulheres.

Os Profissionais com a média de idade superior, [44-62] anos, demostram ter mais satisfação por compaixão do que os Profissionais com as idades médias de [30-43] e [19-29], sendo os últimos a referirem menos satisfação por compaixão.

No Burnout, os Profissionais com a média de idade entre os [30-43] anos, demostram ter mais Burnout do que os Profissionais com as idades médias de [44-62] e [19-29], sendo os últimos a referirem menos burnout.

Os resultados obtidos referente à análise das Relações entre a Fadiga Por Compaixão, Satisfação no Trabalho e Stress, Ansiedade e Depressão, nos Profissionais de Cuidados de Emergência, mostraram que existe correlação entre Fadiga por compaixão na dimensão Burnout e Stress Traumático Secundário e o Stress, Ansiedade e Depressão, demonstrando que os Profissionais que relatam Fadiga por Compaixão têm maior predisposição para desenvolverem perturbações de stress, ansiedade e depressão.

O estudo ainda revelou que existe relação entre a Fadiga por Compaixão na dimensão Burnout com a Satisfação no trabalho relativamente á dimensão Relação com Colegas. Considerando os resultados obtidos, os Profissionais que se sentem desapoitados hierarquicamente, descontentes com as condições físicas do trabalho e com mau relacionamento com os colegas, podem ter tendência, a desenvolver quadros ansiosos e até depressão.

Importante referir quer os Profissionais que não estabeleçam relacionamentos interpessoais positivos com os colegas relatam níveis positivos stress laboral.

Nos resultados obtidos para as Relações entre a Satisfação Profissional e o Desajustamento Emocional (Stress, Ansiedade e Depressão), nos Profissionais de Cuidados de Emergência, verificou-se que existe correlação na satisfação com o trabalho entre a dimensão Apoio Hierárquico com a Depressão. Correlação na dimensão Reconhecimento dos outros pelos trabalhos realizados com a Ansiedade, correlação na dimensão Condições Físicas de Trabalho com a Depressão e por último e na dimensão Relação com os Colegas com o Stress, a Ansiedade e a Depressão.

Desta forma, presente estudo, mostra implicações relevantes quanto às relações entre a fadiga por compaixão, insatisfação no trabalho, o stress, a ansiedade e a depressão, podendo contribuir para um melhor conhecimento e compreensão das variáveis em estudo, promovendo uma maior eficácia nas medidas de diagnóstico e de avaliação, o que poderá ajudar no desenvolvimento de programas preventivos e interventivos, apropriados e mais eficientes para diminuir sintomas e /ou sofrimento dos profissionais de cuidados emergentes, promovendo um funcionamento equilibrado a nível biológico, psicológico e social.

## **Bibliografia**

---

Abreu, J. (1998). *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Edições Virtualidade.

Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999). *Estudo das Características Psicométricas de uma Escala de Depressão, Ansiedade e Stress em Jovens Adultos*. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI). Braga: APPORT.

Amaro, H. (2010). Stress e Burnout em Profissionais de Emergência Médica Pré-hospitalar. Tese para a obtenção do grau de Doutor no ramo de Psicologia, especialidade de Psicologia da Saúde, faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.

Amorim, A. R. M. (2012). Engagement e Satisfação com o Trabalho em Bombeiros. Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização Psicologia de Catástrofe e Trauma, faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP)

Andrade, L. (2012). *História dos Bombeiros*. O portal dos Bombeiros Portugueses. Retirado: março, 31, 2015, de <http://www.bombeiros.pt/cronica-semanal/historia-dos-bombeiros.html/>

Associação Brasileira de Qualidade de Vida (S/D). *Nove dicas para controlar o stress e a ansiedade no Trabalho*. Retirado: dezembro, 5, 2015, de <http://www.abqv.com.br/portal/Content.aspx?id=39>

Bacharach, S., Bamberger, P. & Doveh, E. (2008). *Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection*. Journal of Applied Psychology. Retirado: abril, 19, 2015, de [http://ie.technion.ac.il/Home/Users/peterb/firefighters\\_critical\\_incidents\\_and\\_drinkin\\_to\\_cope.pdf](http://ie.technion.ac.il/Home/Users/peterb/firefighters_critical_incidents_and_drinkin_to_cope.pdf)

- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2000). *O medo, a ansiedade e suas perturbações*. Lisboa: Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona. Retirado: março, 16, 2015, de [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492005000100013](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492005000100013)
- Barlow, H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford. Retirado, junho, 12, 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789489800735>
- Benetti, A. (2015). *Ambiente de Trabalho negativo pode causar doenças como depressão e ansiedade*. Retirado: Novembro, 15, 2015, de <http://www.minhavidacom.br/bem-estar/materias/17625-ambiente-de-trabalho-negativo-pode-causar-doencas-como-depressao-e-ansiedade>.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2008). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo Retirado: fevereiro, 15, 2015, de [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/550\\_775.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/550_775.pdf)
- Benson, J. & Magraith, K. (2005). *Compassion fatigue and burnout: The role of Balint groups*. GP health - PROFESSIONAL PRACTICE. Reprinted from Australian Family Physician Vol. 34, No. 6, June 2005 vulnerable
- Breckler, S. J. & Wiggins, E.C. (1989). Affect versus evaluation in the structure of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 25, 253–271.
- Brewer, E. W. & Clippard, L.F. (2002). Burnout and job satisfaction among student support services personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2), 169-186.
- Carlotto, M. & Câmara, S. (2008). *Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23)*. *Psico-USF*, 13, 2, 203-210.
- Carvalho, P.R.C. (2011). *Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala “Professional Quality of Live 5”*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Porto. Retirado: novembro, 24, 2014, de [https://www.google.pt/?gws\\_rd=ssl#q=Carvalho%2C+P.R.C.+\(2011\).+](https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=Carvalho%2C+P.R.C.+(2011).+)

- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Dennis, M. (2011). *Burnout and Compassion Fatigue Watch for the Sign*. Reprinted from *Health Progress*, July-August 2011. Copyright © 2011 by The Catholic Health Association of the United States. Em: Journal of Catholic Health Association of the United States.
- Depraz, N. (2005) *A ética relacional: uma prática de ressonância interpessoal*. Revista do departamento de Psicologia da UFF, 17 (2), 19-34.
- Dolor, A.L.T. (2008). *Atendimento Pré-hospitalar: Histórico do Papel do Enfermeiro e os Desafios Ético-Legais*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Retirado: abril, 04, 2015, de [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiKi7PA0Z\\_KAhUB1BoKHfKUD64QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F7%2F7131%2Fde15052008152805%2Fpublico%2FAndre\\_Dolor.pdf&usg=AFQjCNEx8W\\_qVcsDWvABDe0x3vmRb5ScGw&sig2=1vgGaqhbiU-9Lb3Q59UOQQ&bvm=bv.111396085,d.ZWU](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiKi7PA0Z_KAhUB1BoKHfKUD64QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F7%2F7131%2Fde15052008152805%2Fpublico%2FAndre_Dolor.pdf&usg=AFQjCNEx8W_qVcsDWvABDe0x3vmRb5ScGw&sig2=1vgGaqhbiU-9Lb3Q59UOQQ&bvm=bv.111396085,d.ZWU)
- Fernades, F. (2013). *Depressão pode estar relacionada com o ambiente de trabalho*. Retirado: dezembro, 5, 2015, de <http://www.minhavidacom.br/bem-estar/materias/16635-depressao-pode-estar-relacionada-com-ambiente-de-trabalho>
- Ferreira, A. F.P. (2010). *Personalidade e Percepção de Stress em Bombeiros*. Dissertação apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview*. Em Figley CR, ed. *Compassion fatigue*. Nova Iorque: Brunner/Mazel, 1995:1-20. Retirado: janeiro, 10, 2015, de [http://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=2Cwo47uOEq4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=figley+1995+compassion+fatigue&ots=PAMyl4alYz&sig=IAzx2z92L\\_U6g3PCWKOGg6HRO34&redir\\_esc=y#v=onepage&q=figley%201995%20compassion%20fatigue&f=false](http://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=2Cwo47uOEq4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=figley+1995+compassion+fatigue&ots=PAMyl4alYz&sig=IAzx2z92L_U6g3PCWKOGg6HRO34&redir_esc=y#v=onepage&q=figley%201995%20compassion%20fatigue&f=false)

- Figley, C. R. (1998). *Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized Family members*. Em Figley, C. R. (editor). *Burnout in Family: the Systematic Cost of caring*. Nova Iorque: CRC Press, p. 15-28
- Figley, C. R. (2001). *Compassion Fatigue: An Introduction*. Retirado: novembro, 24, 2014, de [http://www.academia.edu/2258985/Compassion\\_fatigue\\_An\\_introduction](http://www.academia.edu/2258985/Compassion_fatigue_An_introduction)
- Figley, C. R. (2002). *Estudo de Caso; Escola de Trabalho Social, Instituto de Traumatologia Universidade Estadual da Flórida, Tallahassee; Wiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol / Em Session 58: 1433-1441*
- Florio, C. (2010). *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers*. Lexington, KY, USA: CreateSpace,
- Françoise, M. (2007). *Compassion Fatigue Especialista; Workshops para as profissões de ajuda*. Retirado: novembro, 24, 2014, de <http://www.compassionfatigue.org/pages/Top12SelfCareTips.pdf>
- Gardell, B. (1971). "Alienation and Mental Health in the Modern Industrial Environment", in L. LEVI: *Society Stress and disease*, vol.1, Oxford: Oxford University Press
- Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord* 2010; 123:249-57.
- Graeff, F.G., Guimarães, F.S., Andrade, T.G.C.S. & Deakin, J.F.W. (1996). Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 54 (1) 129-141.
- Greeberg, J. (1987) *Comprehensive stress management*. Iowa. William C. Brown Publisher.
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *A maioria dos técnicos de ambulância do INEM tem sintomas depressivos*. Retirado: fevereiro, 21, 2015, de <http://www.ionline.pt/274181>
- Jeffrey, T. M. (2006). *Critical Incident Stress Management (CISM: Group Crisis Intervention*. International Critical Incident Stress Foundation, Inc. Ellicottv City

- Lago, K. C. (2013). *Compaixão e trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde*. Tese de Doutoramento apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Retirado: março, 23, 2015 de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14514>
- Lago, K., Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis. Editora Vozes.
- Lawler, E. E. (1983). *Satisfaction and behavior*. Em J. R. Hackman, L. W. Porter & E. E. Lawler (Orgs.), *Perspectives on behavior in organizations* (pp. 278-302). Nova York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nova Iorque
- Leahy, R. & Holland, S. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. Nova Iorque: Guilford Publications.
- Madureira, et. al. (2014). *Stress, Depressão, Ansiedade e Motivação para o Trabalho em Bombeiros Voluntários*. III Congresso Internacional, I Simpósio Ibero-Americano, VIII Encontro Nacional de Riscos.
- Marqueze, E. C. & Moreno, C. R. C. (2005). *Satisfação no trabalho – uma breve revisão*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 30 (112): 69-79, 2005. Retirado: maio, 05, 2015, de [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/v12n2a04.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a04.htm)
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001) *Job Burnout*. *Annual Reviews of Psychology*, 52, p. 397-422.
- Matos, A. C. (2014). *A depressão*. Climepsi Editores. Lisboa
- McIntyre, T. (1994). *Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem*. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 193-200. Retirado: maio, 16, 2015, de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3091/1/1994\\_23\\_193.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3091/1/1994_23_193.pdf)
- Meeusen, V., Van Dam, K., Van Zundert, A. & Knape, J. (2010). Job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists: the influence of emotions on events. *International Nursing Review*, 57, 85-91.

- Menezes, M.H. (2010). *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retirado: novembro, 24, 2014, de <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/669>.
- Miguel, L. V. A. (2013). *“Bournout, Stress e Satisfação com o trabalho em bombeiros”*. Dissertação Apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Miguel, L.V.A. (2013). *Burnout, stress e satisfação com o trabalho em bombeiros*. Dissertação de Mestrado Apresentada à faculdade de psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto em 2013
- Miguel, V., Vara, N. & Queirós, C. (2014). *Satisfação com o Trabalho como Preditor do Burnout em Bombeiros Assalariados*. International Journal on Working Conditions. ISSN 2182-9535
- Moniz, A. (2007). *Depressão e Factores Cronobiológicos*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Murphy, R. L. (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Stress Management*. No.11, p. 112-135
- Oliniski, S. R., Rothbarth, S., Ulbrich, E. M. & Felisbino, K. (2005). A fadiga no trabalho em saúde: revisão bibliográfica. *Resumos do Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 57, Goiânia, GO. Recuperado em 25 de junho, 2008.
- Oliveira, J., Viganó, M., Lunardelli, M., Canêo, L. & Júnior, E. G. (2010). *FADIGA NO TRABALHO: COMO O PSICÓLOGO PODE ATUAR?*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 633-638, jul./set. 2010
- Paris, L. & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 233-244.

- Pereira, M. G. & Ferreira, M. J. (2003). *Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação Secundária de Stress Traumático*. In *Stress traumático: aspetos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi
- Pocinho, M. D. & Garcia, J. C. (2008). *Impacto Psicossocial das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC): Tecnostress, Danos Físicos e Satisfação Laboral*. Ata Colombiana de Psicologia 11 (2): 127-139
- Potter, P. et al., (2010). *Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses*. Clinical Journal of Oncology Nursing. Press. Retirado, novembro, 15, 2014, de <http://flybase.org/reports/FBrf0210697.html>
- Preston, S. D. & Waal, F.B.M. (2002). *Empathy: It's ultimate and proximate bases*. Retirado: abril, 24, 2014, de [http://cogprints.org/1042/1/preston\\_de\\_waal.html](http://cogprints.org/1042/1/preston_de_waal.html)
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). Normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento (Aplicáveis às Dissertações de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria, Lisboa.
- Richard, E. A. Joseph, A. B. & Figley, C. R. (2006). *Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study*. Am J Orthopsychiatry. Author manuscript; available in PMC 2009 June 20.; 76(1): 103–108. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103. Retirado: novembro, 7, 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699394/>
- Riggs, D.S., & Foa, E.B. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Ed.).
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*. Oxford University Press. Nova Iorque
- Sá (2002). Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica. Estudo
- Salston, M. & Figley, C. R. (2003) *Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization*. Journal of traumatic stress, 16 (2), p.167-174

- Schaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (2003) *Burnout: Na overview of 25 years of research and theorizing*. In: The Handbook of Work and Health Psychology. Indiana: John Wiley & Sons, p. 383-425
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, presente and future. Em C.L. Cooper. Nova Iorque
- Serra, A. Vaz (1988). *Um estudo sobre coping: o Inventário de resolução de problemas*. Psiquiatria Clinica, Vol. 9, nº4, 301-316.
- Shaffer, T. (2010). *A Comparison of Firefighters and Police Officers: The Influence of Gender and Relationship Status*. ADULTSPAN Journal, 9, 1, 36-49.
- Silva, G. (2002). *Desenvolvimento psicossocial e ansiedade em jovens*. Dissertação de Mestrado em Consulta Psicológica de Jovens e Adultos. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Silva, M. P. (2008). *Ansiedade e Burnout em enfermeiras dos cuidados de saúde primários do Interior-Norte de Portugal*. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Ramo de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition, and stress: a state-trait perspective. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (199-244). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Strathopoulou H, Karanikola MNK, Panagiotopoulou F, Papatianassoglou EDE. Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. J Emerg Nurs 2011; 37:314-20.
- Thompson, R. (2003). *Compassion Fatigue: The Professional liability for caring too much*. Public Entity Risk Institut [disponível em <https://www.riskinstitute.org/peri/images/file/CompassionFatiguePERISymposiumPaper.pdf> -acedido a 19/04/2015]
- Van der Hek, H. & Plomp, H. N. (1997) Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. Occupational Medicine, No. 47, p. 133-141

- Vara, N. (2009). *Burnout e satisfação no Trabalho em Bombeiros que Trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Vara, N. Queirós, C. (2008). *Burnout e Satisfação no trabalho em Bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Territorium, 16
- Vara, N. Queirós, C. (2009). *Burnout-Um risco no desempenho e satisfação profissional nos bombeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar*. Actas do Congresso Nacional de Psicologia da saúde, Universidade do Porto.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Visser, M., Smets, E., Oort, F. & Haes, H. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168(3), 271-275.
- Wagner, S. L. & O'Neill, M. (2012). Job, Life, and Relationship Satisfaction for Paid-Professional Firefighters. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 17(5), 423-438.
- Watson, D. & Clark, L. A. & Weber, K. & Assenheimer, J. S. & Strauss, M. E. & McCormick R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Watson, D. & Clark, L. A. & Weber, K. & Assenheimer, J. S. & Strauss, M. E. & McCormick R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Widlöcher, D. (1995). *As Lógicas da Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001) - Emotion Work and Job Stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, London, p.527-545.

## **Apêndices**

---

## **Apêndice I – Pedido de consentimento Informado**

O meu nome é Carla Manuelito, venho, por este meio, na qualidade de estudante da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, a frequentar o 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde, solicitar a sua participação no estudo “ DESAJUSTAMENTO EMOCIONAL, FADIGA POR COMPAIXÃO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PRÉ–HOSPITALAR/EMERGÊNCIA” (sob supervisão da Professora Doutora Marina Carvalho).

O estudo tem como objetivo geral estudar a fadiga por compaixão na área da saúde, mais propriamente em profissionais nos cuidados pré-hospitalares e especificamente, perceber que relação existe entre o stress, ansiedade e a depressão com a fadiga por compaixão e a satisfação no Trabalho em Bombeiros/Profissionais de Emergência.

Todas as informações que forem fornecidas são estritamente confidenciais e anónimas. A sua participação será voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento.

Os dados que forem recolhidos neste âmbito serão apenas utilizados para este fim e no âmbito dos objetivos da Tese de Mestrado.

Obrigado pela sua colaboração!

## Apêndice II – Protocolo de Investigação - Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

2. **Género:**

Masculino ☐

Feminino ☐

3. **Estado Civil**

Solteiro (a) ☐

Casado (a)/União de facto ☐

Divorciado (a)/Separado/a ☐

Viúvo (a) ☐

4. **Habilitações Académicas**

1.º Ciclo do ensino básico ☐

2.º Ciclo do ensino básico ☐

3.º Ciclo do ensino básico ☐

Ensino Secundário ☐

Curso Tecnológico/ Profissional ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

5. **Categoria Profissional**

\_\_\_\_\_

6. **Religião:** \_\_\_\_\_

7. **Trabalha na Corporação dos Bombeiros:**

Portimão ☐

Lagos ☐

Vila do Bispo ☐

Aljezur ☐

**8. Serviço onde trabalha:** \_\_\_\_\_

**9. Há quanto tempo trabalha neste serviço:** \_\_\_\_\_

**10. Há quanto tempo trabalha como Bombeiro:** \_\_\_\_\_

**11. Quantas horas semanais trabalha**

35h/semanais ☐ 40h/semanais ☐

**12. Em quantos locais trabalha, para além dos Bombeiros?**

\_\_\_\_\_

**13. Trabalha por turnos**

Sim ☐ Não ☐

**14. É trabalhador**

Assalariado ☐ Voluntário ☐

**15. Qual a distância da residência até ao trabalho** \_\_\_\_\_ Km

**Muito Obrigada!**

## **Anexos**

---

## Anexo I – Protocolo de Investigação – PROQOL 5

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL 5; Stamm, 2009) ©

SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) ©

|    |                                                                    |  |
|----|--------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | Sinto-me feliz.                                                    |  |
| 2. | Estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> . |  |
| 3. | Sinto satisfação por poder <i>[ajudar]</i> as pessoas.             |  |

## Anexo II – Protocolo de Investigação – QST

### QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

*Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações relativas ao modo como vê ou sente o seu trabalho e o que lá se passa. Assinale em que medida **concorda** ou **discorda** com essas informações.*

*Se assinalar*

- A** significa que **discorda totalmente** com a afirmação
- B** significa que **discorda bastante** com a afirmação
- C** significa que **discorda parcialmente** com a afirmação
- D** significa que **concorda parcialmente** com a afirmação
- E** significa que **concorda bastante** com a afirmação
- F** significa que **concorda totalmente** com a afirmação

|   |                                               |   |   |   |   |   |   |
|---|-----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Ninguém reconhece que sou um bom profissional | A | B | C | D | E | F |
| 2 | O meu trabalho é muito rotineiro              | A | B | C | D | E | F |
| 3 | O progresso na minha carreira é muito lento   | A | B | C | D | E | F |

### Anexo III – Protocolo de Investigação – DASS 42

DASS: P. F. Lovibond & S. H. Lovibond, 1995

Tradução: A. Baptista, R. Santos, A. I. Silva, I. Baptista, J. Rosa & M. Carvalho, 2000

Instruções: Para cada uma das frases que vai ler seguidamente assinale com uma cruz o número que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplicou a si DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

Não existem respostas certas ou erradas responda de acordo com a seguinte escala

| <b>: 0-Não se aplicou nada a mim</b> | <b>1-Aplicou-se a mim algumas vezes</b> | <b>2-Aplicou-se a mim muitas vezes</b> | <b>3-Aplicou-se a mim a maior parte do tempo</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|
|--------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|

- |    |                                                                            |         |
|----|----------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. | Fiquei perturbado com facilidade por coisas triviais do dia a dia<br>..... | 0 1 2 3 |
| 2. | Senti a minha boca seca<br>.....                                           | 0 1 2 3 |
| 3. | Não consegui sentir nenhum sentimento positivo<br>.....                    | 0 1 2 3 |