

Ana Catarina Tomé Fialho

**Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout nas
Forças de Segurança**

Orientadora: Marina Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Ana Catarina Tomé Fialho

Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout nas Forças de Segurança

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de 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 200/2016 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

“A felicidade da nossa vida
depende da qualidade dos nossos pensamentos.”

Marcos Aurelios Antonius

À minha família, com amor

Agradecimentos

Quero agradecer em primeiro lugar á Professora Doutora Marina Carvalho por toda a disponibilidade, paciência, motivação e por todos os ensinamentos. O meu Muito Obrigada.

A todos os elementos das forças de segurança que se disponibilizaram para colaborar neste estudo, sem os quais, este estudo não teria sido possível. A todos um muito obrigada!

À Associação Sócio Profissional dos Guardas Nocturnos (ASPGN), à Guarda Nacional Republicana (GNR- Alentejo), ao Sindicato Nacional da Polícia (SINAPOL), ao Sindicato da Carreira de Investigação e Fiscalização do SEF (SCIF-SEF) e ao Sindicato Nacional das Policias Municipais (SNPM) pelo interesse, apoio e divulgação dos protocolos online. A vossa ajuda foi fundamental para a realização deste trabalho. A todos um Muito Obrigada!

Aos meus filhos pelo amor, carinho, pelo apoio, pela compreensão das ausências, por acreditarem e por serem a minha maior fonte de motivação. Meus amores, muito obrigada.

Ao Carlos, pelo amor, apoio, incentivo, compreensão, pela paciência, por acreditares em mim e pelo encorajamento todas as vezes que pensei em desistir. Obrigada por tudo.

Aos meus pais, pelo amor, carinho e apoio incondicional que sempre me deram. Obrigada.

Às minhas amigas pelo carinho, motivação e apoio que me deram ao longo desta etapa. Ana Belchior, Carla Manuelito e Patrícia Boiças, sem vocês, não teria conseguido chegar até aqui. Obrigada

A todos os colegas da universidade e a todos os que de alguma forma acreditaram em mim e me apoiaram direta e indiretamente.

A todos vós,
o meu sincero, Muito Obrigada!

Resumo

Com o objetivo de identificar e analisar as relações entre a qualidade de vida, o burnout e as estratégias de coping utilizadas pelos profissionais das forças de segurança, foi estudada uma amostra constituída por 172 profissionais das forças de segurança, 135 do género masculino com uma média de idades de 39.59 (DP= 9.06) e 37 do género feminino com uma média de idades de 35.03 (DP= 7.19).

Os participantes neste estudo preencheram um protocolo composto por um Questionário Sociodemográfico, o Brief Cope (Carver, 1997) adaptação portuguesa de Pais Ribeiro e Rodrigues (2007), o questionário Whoqol Bref (1994, 1995) adaptação portuguesa de Canavarro (2006) e pelo questionário MBI (Maslach & Jackson, 1978) adaptação portuguesa de Manita (2003).

Os resultados obtidos revelaram que o sexo feminino apresenta mais estratégias de coping, bem como maior qualidade de vida, comparativamente ao sexo masculino, que por sua vez revela valores mais elevados de burnout.

As correlações não demonstraram a existência de valores estatisticamente significativos dos anos de serviço para a qualidade de vida, as estratégias de coping e o burnout.

Os resultados foram analisados com base na literatura e as suas implicações relevantes para a sua investigação.

Palavras- chave: Forças de segurança, qualidade de vida, estratégias de coping, burnout.

Abstract

In order to identify and analyze the relationship between the quality of life, burnout and coping strategies used by professionals of the security forces, a sample of 172 professionals of the security forces, 135 males with an average was studied age of 39.59 (SD = 9.06) and 37 females with a mean age of 35.03 (SD = 7.19).

Participants in the study filled out a protocol consists of a questionnaire sociodemographic, the Brief Cope (Carver, 1997) Portuguese adaptation of Parents Ribeiro and Rodrigues (2007), the questionnaire WHOQOL Bref (1994, 1995) Portuguese adaptation of Canavarro (2006) and the MBI questionnaire (Maslach & Jackson, 1978) Portuguese adaptation Manita (2003).

The results revealed that females exhibit a greater coping strategies, as well as higher quality of life compared to males, which in turn reveals higher levels of burnout.

Correlations have not shown the existence of statistically significant values of years of service to the quality of life, coping strategies and burnout.

The results were analyzed based on literature and its relevant implications for your research.

Key words: security forces, quality of life, coping strategies, burnout.

Abreviaturas

QV – Qualidade de vida

EC – Estratégias de Coping

BO – Burnout

WQ – Whoqol Bref

BC – Brief Cope

MBI - Maslach Burnout Inventory

Índice geral

1.1 Qualidade de vida	17
1.1.2 Definição de Qualidade de Vida	17
1.1.3 Modelo Teórico da Qualidade de Vida	18
1.2.– Burnout.....	20
1.2.1 Definição de burnout.....	20
1.2.2. Abordagens Teóricas do burnout	21
1.2.3 – Riscos Psicossociais e Burnout	23
1.3. Coping.....	24
1.3.1 – Definição de Coping.....	24
1.3.2 – Estratégias de Coping.....	25
1.3.3 - Relação entre Coping e Burnout	26
Capítulo 2 . Relevância do estudo, objetivos e hipóteses	27
2.1 Pertinência do estudo	28
2.2 Objetivos.....	28
2.3 Hipóteses.....	29
Capítulo 3. – Método.....	29
3.1 Participantes.....	30
3.2 Medidas de avaliação.....	33
3.2.1. WHOQOL-Bref.....	33
3.2.2. MBI- General Survey	34
3.2.3 Brief COPE	35
3.2.4. Procedimento.....	35
Capítulo 4. – Resultados	37
4.1 Comparações entre grupos	38
4.1.1 Diferenças de género para a Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout.....	38
4.1.2. Relações entre Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout e Anos de Serviço na Atual Função	40
4.1.3. Relações entre Qualidade de Vida e as Estratégias de Coping	41
4.1.4 Relações entre Qualidade de Vida e o Burnout	43
Capítulo 5. – Discussão de resultados.....	44
5.1 – Interpretação dos resultados	45
5.1.1. Comparações entre géneros.....	45

5.1.2. Relações entre a qualidade de vida, estratégias de coping e o burnout com os anos de serviço	45
5.1.3. Relações entre a qualidade de vida e as estratégias de coping	46
5.1.4. Relações entre a qualidade de vida e o burnout	46
5.2 Limitações.....	47
5.3 Sugestões para estudos futuros.....	47
5.4 Implicações Clínicas dos Resultados.....	47
Conclusão	49
Bibliografia	51
Apêndices	58
Apêndice I – Pedido de Consentimento informado	59
Anexos	60
Anexo I – Protocolo de Investigação	61

Índice de Figuras

Figura 1 – Domínios e indicadores da qualidade de vida (Schalock & Verdugo ,2002)	18
Figura 2 - Modelo do processo de burnout de Leiter (1993).....	22

Índice de Tabelas

Tabela 1- Análise das variáveis sociodemográficas em função do género	32
Tabela 2- Diferenças de género para a qualidade de vida, estratégias de coping e burnout ...	38
Tabela 3- Relações entre qualidade de vida, estratégias de coping, burnout e anos de serviço na atual função.....	40
Tabela 4- Relações entre a qualidade de vida e as estratégias de coping	41
Tabela 5- Relações entre a qualidade de vida e o burnout	43

Introdução

Em qualquer profissão, o stress pode ter aspetos positivos que estimulam e permitem uma evolução pessoal e profissional. Porém tem também aspetos negativos, que vão colocando alguns impedimentos nas atitudes perante o trabalho, ao longo do tempo. A forma como se avalia e se lida com os eventos no trabalho tem um impacto ao nível da saúde física e mental. Por isso o stress é um aspeto inevitável da condição humana em geral e da vida do trabalho em particular que leva a uma força física, psicológica e comportamental com um grau que depende do nível e da continuidade. Logo, indivíduos que estejam expostos a altos níveis de stress no seu local de trabalho podem ter graves consequências no seu bem-estar (Etzion, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida define-se como a perceção que o individuo tem sobre a sua posição na vida, relativamente à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1998). É, por isso, um conceito subjetivo, multidimensional, que envolve elementos de avaliação positivos e negativos e que estabelece uma relação entre diferentes dimensões. A temática que envolve a saúde com a qualidade de vida tem sido objeto de estudo, sendo definido pela OMS (1995) como “a perceção do individuo da sua inserção na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Desde cedo que as forças de segurança foram enquadradas nos profissionais de ajuda (Maslach & Jackson, 1997), ou, como refere Delbrouck (2006), no centro de uma relação de ajuda à população. Às forças de segurança, em geral, é-lhes exigido que no seu trabalho estejam preparados para responder a uma diversidade de cenários. Muitos desses cenários são considerados frustrantes, dramáticos e emocionalmente desafiantes (Lynch, 2007). A Psicologia da Saúde veio alertar para o fato de não podermos ficar alheios ao contexto profissional como uma das áreas da vida que influencia a saúde dos indivíduos. O trabalho tem sido encarado como uma atividade vital para a sobrevivência e bem-estar do homem moderno, sendo um gerador de expectativas e frustrações, consumindo grande parte da nossa vida, desperta e define a nossa identidade pessoal. É a nível profissional que adquirimos uma variedade de recompensas, a nível material, social, valorização e realização pessoal (Vieira, 2009).

Segundo a literatura, uma exposição elevada a fatores de stress poderá levar a estados de exaustão, que visam estar relacionados com dificuldades vividas tanto a nível profissional

como a nível pessoal (Carvalho & Sá, 2011). Os estudos iniciais sobre o burnout incidiam sobre trabalhadores que exerciam profissões associadas à ajuda do outro, tais como enfermeiros, médicos, professores, entre outros. Este facto esteve na origem da crença que esta doença se verificava apenas neste tipo de profissões. Atualmente, o fenómeno do burnout tornou-se mais abrangente como comprovam as inúmeras investigações que se centram noutras profissões, sendo mesmo investigado fora do âmbito profissional.

O coping é descrito como a capacidade que o indivíduo tem para lidar com determinadas exigências, internas ou externas. Este fenómeno é considerado como um fator de estabilidade para que o indivíduo se adapte à situação causadora de stresse (Lazarus & Folkman, 1984; Ribeiro, 2005, citado por Amaro, 2010). As estratégias de coping são assim consideradas como formas práticas que os indivíduos dispõem para fazer face a situações ameaçadoras (Vaz Serra, 1999; Lovallo, 2005; Ribeiro, 2005, citado por Amaro 2010).

O presente estudo é composto por capítulos. O primeiro capítulo refere os aspetos teóricos da qualidade de vida, aspetos teóricos do burnout, uma abordagem acerca do coping das estratégias de coping e os seus pressupostos teóricos. O segundo capítulo está relacionado com a relevância do estudo, a pertinência do mesmo, fazendo também referência a objetivos e hipóteses do presente estudo. No terceiro capítulo é apresentado o método utilizado. Os resultados são apresentados no capítulo quatro. E, por fim, no quinto capítulo, é feita 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 – Conceptualização teórica da Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout

1.1 Qualidade de vida

Qualidade de vida é um conceito que tem sido relacionado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Prevê a capacidade de realizar um resumo cultural de todos os aspetos que determinada sociedade considera como os seus padrões de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem experiências, conhecimentos e valores de indivíduos que a ele se referem em diversas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da condicionalidade cultural (Minayo, Hartz & Buss, 2005).

1.1.2 Definição de Qualidade de Vida

Atualmente os conceitos de qualidade de vida procuram mostrar uma multiplicidade das dimensões abordadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos relativamente á satisfação das suas necessidades ou, ainda, que lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (OMS, 1998).

Este conceito é muito amplo, abrange várias ciências e tem diferentes aplicações. Segundo Ribeiro (2006), qualidade de vida é o sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com aspetos da vida que se revestem de importância para a pessoa.

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS conceitua qualidade de vida como sendo a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, como também no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e, ainda, em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A estruturação do conceito de Qualidade de Vida fundamentada nos modelos em que é atualmente considerada teve início nos anos 70. A perspetiva ecológica (Bronfenbrenner, 1977) e os modelos sistémicos referem a importância dos fatores do ambiente, do meio e dos contextos para o desenvolvimento humano. Deste quadro concetual retira-se a necessidade de adotar os conceitos de qualidade de vida e bem-estar não só às condições biológicas e físicas, mas também às emocionais e cognitivas, assim como aos aspetos relacionais e de interação dentro da família e ainda ao contexto alargado.

1.1.3 Modelo Teórico da Qualidade de Vida

Ainda não existe consenso relativamente ao significado de Qualidade de Vida, o que é em parte explicado pela suscetibilidade do ser humano, que faz com que o conceito de Qualidade de vida varie sistematicamente de pessoa para pessoa. Dada a sua natureza subjetiva, a Qualidade de Vida adota diferentes significados para diferentes indivíduos, em lugares e circunstâncias distintos da vida.

De acordo com Schalock e Verdugo (2002), a qualidade de vida é um conceito multidimensional composto por oito domínios e um conjunto de indicadores chave. Os domínios dizem respeito ao Bem-estar emocional, Relações Interpessoais, Bem-estar material, Desenvolvimento Pessoal, Bem-estar físico, Autodeterminação, Inclusão Social e Direitos (incluindo o empowerment). Os indicadores de qualidade de vida são perceções, comportamentos que refletem a perceção de uma pessoa sobre o seu próprio grau de qualidade de vida (Verdugo *et al*, 2008; Schalock & Verdugo, 2008; Verdugo, Arias, Gómez & Schalock, 2010).

Figura 1 – Domínios e indicadores da qualidade de vida (Schalock & Verdugo ,2002)

Modelo de Schalock e Verdugo (2002)	
Domínios	Indicadores
Bem estar emocional	Satisfação e ausência de stress
Relações Interpessoais	Redes sociais
Bem estar material	Nível económico, emprego
Desenvolvimento Pessoal	Educação, atividades da vida diária
Bem estar Físico	Saúde
Autodeterminação	Metas, preferências e autonomia
Inclusão Social	Participação, inclusão e apoios
Direitos	Dignidade e acesso à justiça

Schalock e Verdugo (2002) propuseram que a Qualidade de Vida fosse um conceito baseado em três dimensões:

1. Desenvolvimento pessoal – refere-se ao conjunto de relações que representam as estruturas de competência, relacionando com os padrões de ação humana. Este processo caracteriza-se por um mecanismo através do qual os indivíduos adquirem competência, controlo e influência sobre assuntos importantes no âmbito das relações que ocorrem nos contextos em que se inserem. Deste modo a dimensão permite a perceção de competência pessoal numa dada situação, quer seja no contexto das relações interpessoais quer seja no exercício da autodeterminação. Nesta perspetiva, a dimensão é segmentada em 2 variáveis: **Relações Interpessoais e Autodeterminação.**

2. Bem-estar – refere-se às condições de vida percecionadas como desejáveis pelo indivíduo. Esta dimensão mostra a forma como as pessoas pensam sobre si próprias, incluindo a perceção de aceitação da circunstância em que se encontra, a satisfação da interação nos contextos de vida e a perceção individual na relação entre a aspiração e a realização de um conjunto de domínios tais como: mobilidade, lazer, atividades de vida diária, rendimentos, entre outros. Nesta perspetiva, a dimensão é segmentada em 3 variáveis: **emocional, físico e material.**

3 - Inclusão social – Diz respeito às oportunidades para controlar as interações com os contextos envolventes e influenciar as decisões com impacto nos projetos de vida. Agrega um conjunto de combinações através das quais os sujeitos compreendem e identificam as relações próximas entre os seus objetivos e as maneiras para os atingir, adquirindo um acesso e controlo mais vastos sobre os recursos. Interessa medir os impactos nos domínios da empregabilidade, da cidadania e dos direitos analisando a situação face ao emprego, à gestão e desenvolvimento de carreira, ao nível de participação na comunidade e perceção do controlo e eficácia sobre os fenómenos coletivos. Nesta perspetiva, a dimensão é segmentada em 3 variáveis: **empregabilidade, cidadania e direitos (empowerment).**

A literatura aponta para a grande importância social e científica da qualidade de vida. Apesar disso, o tema ainda apresenta muitas inexactidões conceituais e diferentes abordagens de análise podem ser relevantes para a clarificação do tema. O fato da qualidade de vida conter significados individuais diferentes dificulta sua avaliação e utilização em pesquisas

científicas e deve ultrapassado considerando diferentes perspetivas de ciência. Estudos que clarifiquem possibilidades mais claras de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos são poucos e necessários.

1.2.– Burnout

1.2.1 Definição de burnout

O burnout foi um termo usado pela primeira vez por Freudenberger, em 1974, para definir uma situação que se expressa por uma verdadeira crise de identidade colocando em questão as características da pessoa nos planos físico, psíquico e relacional. O burnout é um conjunto de sistemas médico biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia no trabalho, que ocorre especialmente nas profissões de ajuda (Freudenberger, 1975). Pines e Aronson (1989) referem o burnout como um estado de exaustão física, mental e emocional originado pelo envolvimento, durante longo tempo, em condições ou situações emocionalmente desgastantes. Pines diz que qualquer sujeito pode sentir stresse, mas que o burnout só é experienciado por pessoas que vão para as suas carreiras profissionais com índices elevados de motivação e envolvimento pessoal e de ideais e que posteriormente se sentem frustrados: por exemplo, uma pessoa que vai trabalhar para ter apenas dinheiro ao fim do mês pode sofrer de stresse mas nunca de burnout (Vaz Serra, 1999). Uma exposição prolongada ao stresse pode conduzir a danos no organismo, levando a que Etzion (1987) tenha dito que o burnout é um processo latente de erosão (psicológica) resultante dum prolongamento da exposição ao stresse no trabalho.

Pines (1993) diz que se reconhece o burnout pela presença de três formas de manifestação: a natureza física (estado crónico de fadiga, esgotamento, cefaleias, alterações do peso e sono, consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas para fazer frente ao que se sente); a manifestação emocional (fracasso, desilusão, desesperança, trabalho sem significado e sentimentos depressivos); e, uma mudança de atitudes (passa a ser cínica, com atitudes negativas com o trabalho, com os colegas, supervisores e própria instituição). A presença destas atitudes negativas (Vaz Serra, 1999) levam à criação de novos atritos no trabalho, no ambiente familiar (passa a família a ser a válvula de escape) e, por fim, conduz a uma sensação de mal estar no trabalho, tendendo a faltar ao emprego e/ou a desejar mudar para outro.

Maslach enfatiza a origem da investigação do burnout na psicologia social mais do que na psicologia clínica. Contudo, o campo de estudo é caracterizado pela persistente tensão entre a perspetiva social e clínica. De facto, é importante o desenvolvimento de modelos que articulam as relações interpessoais com o burnout e as relações interpessoais com as condições das pessoas e das organizações (Leiter, 1993; cit. in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

1.2.2. Abordagens Teóricas do burnout

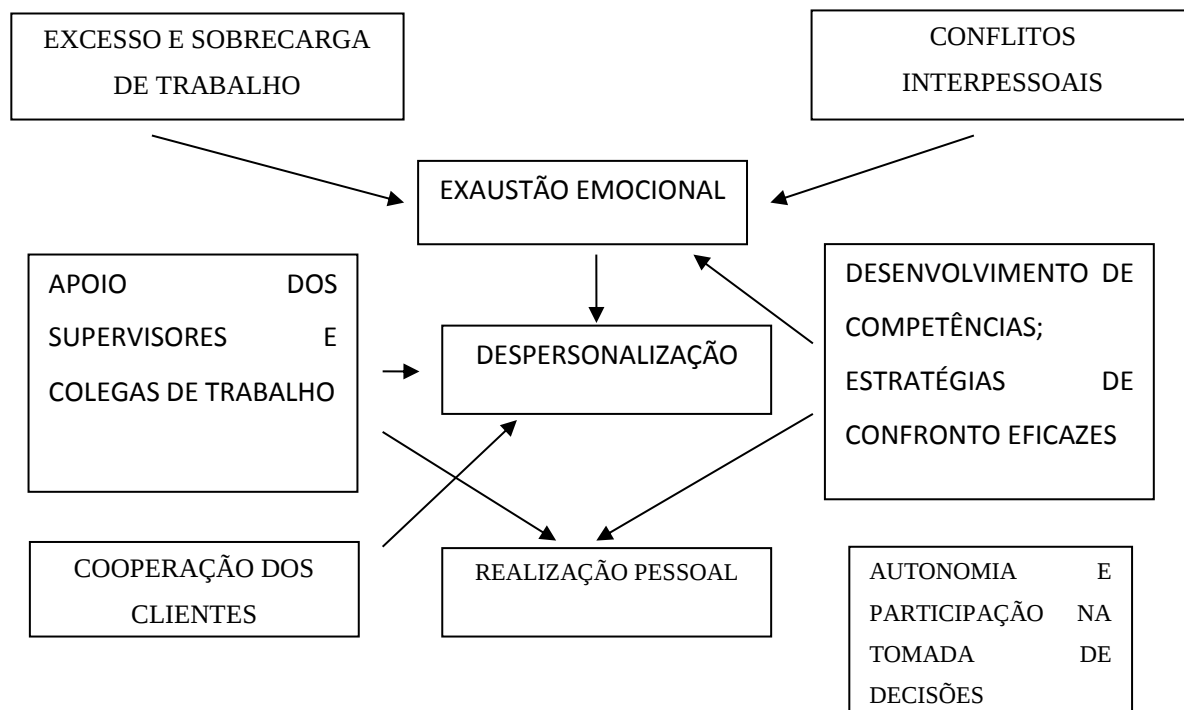
Um dos modelos do burnout é o modelo do processo de burnout (ver figura 3), que tem em conta um dos resultados das dimensões do burnout que é o desenvolvimento. Muitos estudos tentaram identificar mais aspetos do burnout, mas foram as relações entre as três subescalas do instrumento de avaliação do burnout, o Maslach Burnout Inventory (MBI) que trouxeram mais desafios.

Uma questão central, é a sequência temporal entre as três sub-escalas, na medida em que o burnout surge primeiro em resposta às condições do ambiente, e de forma a levar ao desenvolvimento de outros aspetos do burnout. Esta visão, contrasta com outra na qual os três aspetos do burnout surgem relativamente independentes ou em associação, em resposta às condições do ambiente. Muitos modelos foram propostos analisando estas relações, mas não existem conclusões acerca desta matéria. Originariamente, Leiter e Maslach (1988) propuseram uma sequência entre as sub-escalas sendo que a exaustão emocional surgia primeiro em resposta da demanda do ambiente, e que os trabalhadores dos serviços humanos estavam abatidos pelas exigências pessoais do trabalho. O surgimento da exaustão emocional, de certa forma, leva à despersonalização dos trabalhadores, enquanto procura ganhar distância emocional do serviço, como uma forma de coping com a exaustão emocional (Leiter, 1993; cit. in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

A exaustão e o empobrecimento das relações interpessoais no serviço levam à diminuição da realização pessoal do trabalhador, assim como à perda do significado do trabalho. O modelo do processo de burnout propõe que a diminuição da realização pessoal como um componente do burnout se desenvolve ao mesmo tempo que a exaustão emocional, como reação dos diferentes aspetos do ambiente de trabalho, que dificultam o serviço dos trabalhadores das profissões de ajuda. Podemos dizer, de uma forma resumida, que o modelo

desenvolvido por Leiter e Maslach (1988) e com seguimento no de Leiter (1991) é um modelo causal de burnout em que o tempo tem uma dimensão importante.

Figura 2 - Modelo do processo de burnout de Leiter (1993)



Nesta perspetiva, as pessoas (Leiter, 1993; cit. in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) não ficam em burnout de repente, não apresentando níveis altos de exaustão emocional e nem de diminuição da realização pessoal. Em lugar disso, as pessoas movem-se em direção ao aumento da eficácia profissional ou para o burnout, como forma das suas reações ao ambiente de trabalho. Estas relações entre os três componentes do burnout refletem o processo que ocorre dentro da pessoa e da consistência dentro do contexto organizacional. Um sujeito não motivado pode experienciar stresse, alienação, depressão, uma crise existencial ou fadiga, mas não burnout. Logo, para Farber (1983:9), “a high level of commitment to one’s work is often regarded as a prerequisite to burnout” (Pines, 1993:41; cit. in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Mas todos estes aspetos do sujeito que podem conduzir ao sucesso e ao atingir das expectativas, dependem na sua grande extensão do ambiente de trabalho. Nesta medida, um ambiente de trabalho que seja um bom suporte conduz a um máximo de realizações positivas por parte dos profissionais que pretendem atingir os seus objetivos, promovendo a necessária autonomia e recursos. Quando o burnout começa, (Pines, 1993; cit. in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) reduz a motivação individual do sujeito para o trabalho. Isto pode levar as pessoas a deixarem o trabalho, a voltarem à escola para conseguirem melhores trabalhos ou,

por fim, a abandonarem uma carreira profissional. Por sua vez, quando um ambiente de trabalho é de sucesso, promovendo um sentido de importância, as pessoas não apresentam burnout. Segundo Maslach, em 1978, que o burnout é definido como a resposta ao stresse crónico profissional.

O modelo multidimensional do burnout e a sua avaliação é o mais usado nas investigações com os seus três componentes (já referidos anteriormente), tendo sido desenvolvido por Susan Jackson e Maslach (1981, 1984, 1986). Moreno-Jiménez, Carvajal e Redonda (2001), numa avaliação do burnout profissional em que se pretendia adaptar o MBI ao castelhano e comprovar as suas características psicométricas em 114 administrativos, concluiu das análises fatoriais e da consistência que os valores encontrados correspondiam com bastante exatidão ao modelo teórico da Maslach. A definição do burnout não derivou de uma extensa teoria mas de um desenvolvimento de vários anos de investigação exploratória, envolvendo intervenientes e campos de estudo com uma variedade de empregados de uma variedade de profissões, incluindo profissionais de saúde, trabalhadores sociais, saúde mental, justiça criminal e educação (Maslach, 1993; cit. in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). A este respeito, Freudenberg (1983), define o burnout como uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada (Queirós, 1998) estabelecendo-se, assim, uma relação com os estilos de vida dos sujeitos.

1.2.3 – Riscos Psicossociais e Burnout

A propósito das relações trabalho/saúde, a literatura realça, cada vez mais, a necessidade de analisar diferentes variáveis, para avaliar de uma forma mais correta as condições de trabalho e as consequências a ela intrínsecas. Se muitos dos dados disponíveis continuam a refletir problemáticas, hoje consideradas, como tradicionais, cada vez mais estudos apontam e evidenciam outros problemas resultantes do trabalho (Gollac & Volkoff, 2000). Os riscos psicossociais alcançaram, nos últimos anos, uma maior relevância face às evidências da sua relação com o aumento de processos patológicos nos trabalhadores (Villalobos, 2004). Os riscos psicossociais estão associados ao burnout de diferentes formas: ao estatuto socioeconómico, a problemas de saúde, a características individuais e do trabalho, à satisfação no trabalho e à profissão.

Os setores mais afetados pelos riscos psicossociais são, saúde e educação, administração pública e polícias, transportes e comunicações e hotelaria e restauração (Chevalier et al., 2011; Cohidon, 2009; Ganem, 2011).

1.3. Coping

1.3.1 – Definição de Coping

O coping é um conceito de origem anglo-saxónica (Silva e Firmino, 1988) e que tem sido traduzido por “formas de lidar” ou estratégias de confronto” (Ferreira, 1993). Mas o coping tem tido mudanças na sua abordagem conceptual segundo Pacheco (2002). Inicialmente o termo coping correspondia aos mecanismos de defesa do EU, do modelo psicanalítico, que ao longo dos tempos foram evoluindo, sendo que na segunda metade da década de 30 com Ana Freud, os mecanismos de defesa, foram considerados defesas que protegem o sujeito de ameaças externas (na linha de Adler) e de ameaças internas (Vaz Serra, 1999). Porém, embora de origens comuns existem grandes diferenças entre os dois conceitos. Snyder e Dinoff, em 1999, ao reverem trabalhos realizados, concluíram que os mecanismos de defesa do “EU” têm propriedades mais negativas, sendo considerados inconscientes e rígidos de operar. Por sua vez, o coping é mais consciente, relaciona-se com a realidade que rodeia o sujeito, está virado para o presente e o futuro, sendo mais flexível. Mas foi com Lazarus no início da década de 60 e mais tarde de co-autoria com Folkman em 1984, com a obra “Stress, Appraisal and Coping” que o coping começou a ser visto como um processo ativo de transação cognitiva, entre o sujeito e o meio ambiente, no contexto em que este se situa. Dentro desta perspetiva, Lazarus (1993) diz que as referencias ao traço e ao processo complementam-se: quanto maior a consistência do coping ao longo do tempo mais o traço se revela; quanto maior a inconsistência e a as influências contextuais no coping, mais o processo se afirma. É também nesta fase que o coping deixa de ser visto como uma resposta automática a acontecimentos nocivos do meio ambiente, ao ser introduzido a dimensão humana de avaliação das situações (Vaz Serra, 1999).

Vaz Serra (1999) e Monat e Lazarus (1985), falam do coping como relacionando-se com tentativas de lidar com situações de dano, de ameaça e de desafio quando o indivíduo não dispõe de uma série de comportamentos, um hábito ou uma resposta automática de confronto para com a situação. Uma das premissas que podemos reter do que abordámos acerca do stresse no modelo psicológico do mesmo, é que a avaliação do stresse leva a uma

reação pessoal ao stresse, a emoções experienciadas e a uma consequente adaptação. O coping é para Lazarus (1999), uma parte integrante do processo de ativação emocional.

1.3.2 – Estratégias de Coping

A atribuição do significado do que está a acontecer leva sempre a uma avaliação do que pode ser feito em relação ao acontecimento, o que determina a forma como reagimos. Ainda, a este respeito, Folkman e Lazarus dizem que as estratégias de coping podem ser orientadas para dois objetivos distintos: a resolução de problemas e o controlo das emoções acompanhantes. Na primeira situação, o sujeito conduz os seus esforços para a resolução da situação indutora de stresse; na segunda situação, o sujeito tenta diminuir o estado de tensão emocional, através de mecanismos redutores dos estados de tensão (Vaz Serra, 1999).

As estratégias usadas nas circunstâncias indutoras de stresse, correspondem na sua natureza a duas classes: a abordagem e o confronto do problema e o evitamento da situação aversiva. Numa situação de stresse pouco intensa, o sujeito utiliza estratégias de resolução de problemas, de acordo com Jesus (1998) e Vaz Serra (1999), e quando o stresse é maior, os esforços são no sentido de diminuir os estados de tensão emocional.

Para Dorothy Cotton, (1990), os homens envolvem-se mais na primeira forma de estratégias referidas e as mulheres, na segunda forma. As emoções a que o stresse dá origem são o que mais perturbam o sujeito, não sendo sempre as mesmas. De qualquer modo são quase sempre de conotação negativa. Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986: 572) definem coping de uma maneira mais abrangente, como “pensamentos particulares e comportamentos usados pela pessoa para lidar com as exigências do meio e que é relevante para o seu bem-estar”. Moos e Schaefer, descreveram três aspetos que formam o processo de coping iniciado quando o sujeito é confrontado com situações de crise de doença: a avaliação cognitiva, as tarefas adaptativas (específicas da crise e gerais) e as competências de coping (focalizadas na avaliação, no problema e nas emoções) (Ogden, 1999). Ainda estes autores, em 1987, organizam o coping em três aspetos de acordo com o foco primário, consoante é no significado ou sentido (visa encontrar um padrão para a crise e modificar o sentido e compreender a ameaça desencadeada pela situação; a evitação ou negação surge aqui na medida em que o sujeito tenta negar ou minimizar a importância da crise), no problema ou em aspetos práticos (procura confrontar a realidade da crise gerindo as circunstâncias causadas pela crise, tentando encontrar uma situação melhor; a procura de informação, a tentativa de

resolução de problemas e a procura de recompensas alternativas, têm aqui lugar) ou, nas emoções (procura manter o equilíbrio afetivo; a regulação afetiva – controlando as emoções geradas pela crise -, a descarga emocional, como um libertar dos sentimentos de zanga e a aceitação resignada, pondo um fim à situação) (Ribeiro, 1998). Segundo Vaz Serra (1999), dizem ser fatores sociais e pessoais, estáveis, que influenciam a maneira como se vai lidar com as transições e as crises. A esse respeito Vaz Serra (1999) conclui que “os recursos que alguém possui são relativos a aspetos muito diversos, entre os quais se incluem a experiência da pessoa, (...) maneira de ser, a sua capacidade económica (...). Quanto maior é o número de recursos menos relevante e perturbadora se torna dada situação”. Vaz Serra (1999), as modalidades das estratégias usadas em situações indutoras de stresse, a sua filtragem, o grau de eficácia e as consequências presentes e futuras.

1.3.3 - Relação entre Coping e Burnout

O estudo do coping não pode ser feito sem a sua relação com o stresse. Diversos estudos dizem que um sujeito com estratégias de coping adequadas sente normalmente que tem um bom controlo das situações com que se depara, gostando de confrontar e resolver ativamente os problemas, utilizando mecanismos que reduzem os estados de tensão que não são lesivos para a sua saúde e para si, não permitindo que a vida quotidiana seja perturbada por acontecimentos stressantes e normalmente não se deixa responsabilizar pelas consequências menos boas dos acontecimentos.

Estudos realizados por Cooper e Marchal (1978), referem que um melhor ambiente social e psicológico da organização encoraja a comunicação, a confiança para que a pessoa possa abordar as suas incapacidades e obter a ajuda que precisa. A forma como o sujeito lida com os acontecimentos de vida, ou seja, como mantém a relação social e a relação com o meio, tem presente as estratégias de coping. Nesta situação é importante, não só a rede social de apoio em que o sujeito está inserido, mas a qualidade de apoio da mesma.

Existem diferenças individuais nas estratégias de coping utilizadas, e que dependem de diversos fatores. Os sujeitos com uma relação familiar estável, com relações sociais boas e integrados no meio em que residem são menos vulneráveis a sintomas de distresse (Jesus & Costa, 1998). Sujeitos em situação de burnout por vezes, apesar de mal sucedidos, envolvem-se e persistem, quando se ficassem afetivamente mais desligados do trabalho seria melhor para prevenir o agravamento dos sintomas.

Capítulo 2 . Relevância do estudo, objetivos e hipóteses

2.1 Pertinência do estudo

Atualmente as doenças laborais têm sido foco de especial atenção por parte da comunidade científica e a sua crescente importância está relacionada com as transformações que vão ocorrendo no mercado do trabalho, nas novas relações laborais e na própria natureza do trabalho. Apesar de verificarmos constantes melhorias nas condições de trabalho, temos também assistido ao aparecimento de novos riscos, na sua maioria de carácter psicossocial, que põem em causa a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. As inúmeras investigações efetuadas com o objetivo de conhecer a realidade das experiências pessoais em ambiente de trabalho, nomeadamente ao nível das experiências negativas, têm crescido nas últimas décadas.

Na sociedade atual o stresse transformou-se num problema de saúde pelas consequências físicas e psicológicas que tem no indivíduo. Falamos de *stress* quando perante uma situação importante à qual não podemos escapar, verificamos que os nossos recursos são inferiores às exigências, sendo por isso necessário fazer um esforço suplementar para nos adaptarmos a essa situação. Durante a atividade policial os elementos das forças de segurança estão expostos ao risco e a múltiplos imprevistos e perigos, sendo por isso fundamental a sua preparação para lidar com o stress. Alguns estudos demonstraram que numa situação stressante os polícias avaliam mais facilmente os estímulos como ameaçadores, reagindo mais frequentemente e mais intensamente de forma agressiva.

O trabalho tem sido considerado como uma atividade essencial para a sobrevivência do homem moderno, sendo um potencial causador de expectativas, sucessos e frustrações, que consome metade da nossa vida, desperta e define a nossa identidade pessoal. Através dele alcançamos uma variedade de recompensas, a nível material, social, valorização e realização pessoal (Herr & Cramer, 1996, citados por Vieira, 2009).

O aumento do peso que o trabalho desempenha na vida de cada um de nós tem trazido uma multiplicidade de problemáticas que afetam não só as organizações, mas também a nossa vida pessoal. Este foco do trabalho na construção da identidade dos sujeitos pode apresentar-se como um fator gerador e promotor de saúde.

2.2 Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo geral o estudo das relações entre a qualidade de vida nos elementos das forças de segurança com as estratégias de coping e o burnout. Pretende estudar, designadamente:

- Qual a relação entre a qualidade de vida, as estratégias de coping e o burnout nas forças de segurança?
- Quais as diferenças de género para o burnout, as estratégias de coping e qualidade de vida?
- Qual a relação entre os anos de serviço e a qualidade de vida, as estratégias de coping e o burnout nas forças de segurança?

2.3 Hipóteses

Com base nos objetivos acima referidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Era esperado que quantos maiores os níveis de qualidade de vida, fossem relatadas mais estratégias de coping adaptativas e baixos níveis de burnout.
- Esperava-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, de modo a que o género feminino apresentasse valores mais elevados de estratégias de coping. Era também esperado que os anos de serviço na atual função influenciassem os níveis de burnout e das estratégias de coping
- Era esperado que as forças de segurança relatassem menor satisfação com a qualidade de vida, menos estratégias de coping e níveis mais elevados de burnout, devido aos anos de serviço.

Capítulo 3. – Método

3.1 Participantes

Para a presente investigação, foi recolhida uma amostra de 172 participantes, 135 participantes do género masculino, com uma média de idades de 39.59 e um DP= 9.06 e 37 participantes do género feminino, com uma média de idades de 35.03 e um DP= 7.19. Destes, 126 são casados, 43 são solteiros e 3 são divorciados.

Relativamente à atividade exercida, 153 desempenham funções de serviço operacional e 19 no serviço administrativo, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (tabela 1). Relativamente ao trabalho por turnos, 146 participantes trabalham por turnos e 26 não trabalham por turnos.

Os participantes apresentaram diferentes valores relativamente à distância da residência para o local de trabalho, pelo que foi necessário agrupar esses mesmos valores em 4 grupos de acordo com os quilómetros percorridos, sendo que 100 percorrem uma distância inferior a 10 quilómetros, 58 percorrem entre 11 a 30 quilómetros, 11 percorrem entre 31 e 50 quilómetros e 3 percorrem uma distância superior a 51 quilómetros, também aqui se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (tabela 1).

Quanto ao número de anos de serviço na atual função, os mesmos foram igualmente agrupados em 3 categorias, em que 99 participantes desempenham a atual função à menos de 10 anos, 63 entre os 11 e os 21 anos de serviço e 10 dos participantes desempenham a atual função à mais de 22 anos. Verificam-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (tabela 1).

Em relação ao tempo de serviço efetivo (anos), os números de anos foram agrupados em 3 grupos. 72 dos participantes apresentam um tempo de serviço efetivo inferior a 10 anos, 89 têm entre 11 e 30 anos de serviço efetivo e 11 participantes apresentam um tempo de serviço efetivo superior a 31 anos, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (tabela 1).

Tabela 1 – Análise das variáveis sociodemográficas em função do género

Idade	Feminino		Masculino		t
	M	DP	M	DP	
	35.03	7.19	39.59	9.06	2.82
	Feminino		Masculino		x ²
	N	%	N	%	
Estado civil					1.30
Casado(a)/ união de Fato	26	20.6	100	79.4	
Solteiro(a)	11	25.6	32	74.4	
Divorciado(a)/ Separado(a)			3	100	
Atividade Exercida					8.46*
Serviço Operacional	28	18.3	125	81.7	
Serviço Administrativo	9	47.4	10	52.6	
Trabalha habitualmente por turnos?					3.46
Sim	35	24.0	111	76.0	
Não	2	7.7	24	92.3	
Distância da residência para o local de trabalho (Km)					15.68**
<10	32	32.0	68	68.0	
11-30	4	6.9	54	93.1	
31-50	1	9.1	10	90.9	
>51			3	100.0	
Anos de serviço na atual função (anos)					17.34**
<10	32	32.3	67	67.7	
11-21	3	4.8	60	95.2	
>22	2	20.0	8	80.0	
Tempo de serviço efetivo (anos)					13.08**
<10	25	34.7	47	65.3	
11-30	10	11.2	79	88.8	
>31	2	18.2	9	81.8	

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a variável género e a atividade exercida $\chi^2 (1) = 8.46, p = .004$; a distância da residência para o local de trabalho $\chi^2 (3) = 15.7, p = .001$; os anos de serviço na atual função $\chi^2 (2) = 17.34, p = .000$ e o tempo de serviço efetivo $\chi^2 (2) = 13.08, p = .001$, revelando que existem mais participantes do género masculino a desempenhar funções no serviço operacional e no serviço administrativo, percorrem uma maior distância da residência para o local de trabalho apresentam mais anos de serviço na atual função bem como tempo de serviço efetivo à mais tempo na atual função, comparativamente ao género feminino

3.2 Medidas de avaliação

3.2.1. WHOQOL-Bref

O Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Abreviada (WHOQOL-Bref), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), corresponde à versão abreviada do WHOQOL-100, com o intuito de disponibilizar um instrumento de avaliação de qualidade de vida que demorasse menos tempo no seu preenchimento, contendo as mesmas facetas da versão original. Embora esteja agrupado em domínios diferentes do original, mantém ainda padrões psicométricos elevados. O WHOQOL-bref engloba, em termos psicométricos, os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pizon, 2000).

Este instrumento possui 26 itens, sendo dois relativos à perceção geral da qualidade de vida e à perceção geral de saúde e os restantes estão associados às vinte e quatro facetas presentes na versão original. Isto permite avaliar a qualidade de vida a partir de quatro domínios divergentes: domínio físico, que engloba a dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso; domínio psicológico, que representa os sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, auto estima, imagem corporal e aparência; domínio de relações sociais, que diz respeito às relações pessoais, suporte social e atividade sexual, e domínio ambiente, que inclui a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte, que podem variar entre 1 (nunca)

e 5 (sempre). Trata-se assim de uma escala multidimensional, de resposta tipo *Likert* (segundo o grau de concordância) e sua aplicação é feita por auto preenchimento.

Vaz-Serra e colaboradores (2006) efetuaram a aferição portuguesa deste instrumento. A adaptação foi realizada de acordo com a metodologia utilizada pela OMS na construção de instrumentos. Esta metodologia seguiu quatro etapas: primeiro efetuou-se a tradução dos 61 instrumentos, em segundo foi realizada a preparação do estudo qualitativo piloto, o terceiro passo foi desenvolver as escalas de resposta e, por último, desenvolveu-se o estudo de campo quantitativo (Simões et al., 2007). A amostra deste instrumento foi constituída por 604 sujeitos, em que o número da população em geral (grupo de comparação) foi equivalente ao grupo de doentes. Para determinar a fidelidade dos domínios do WHOQOL-Bref, Vaz – Serra e colaboradores (2006) procederam ao cálculo de coeficientes de alfa de *Cronbach* (consistência interna). No conjunto de domínios, o coeficiente de *Cronbach* varia entre 0,64 e 0,87 e o questionário total (26 questões) possui um *Alpha* de *Cronbach* de 0,92 (Serra et al., 2006).

3.2.2. MBI- General Survey

Para recolher dados acerca da Síndrome de burnout, foi utilizado o Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey (MBI-HSS), adaptado para a população portuguesa, por Marques Pinto (2000). O MBI para profissionais de Saúde é constituído por 22 itens sobre sentimentos relacionados com atividade profissional dos sujeitos. A resposta dada a cada item diz respeito à frequência com que ocorre cada sentimento. Esta resposta pode variar num intervalo de 7 pontos, de 0 até 6, onde 0 corresponde a “nunca”, 1 a “algumas vezes, ou menos, por ano”, 2 a “uma vez, ou menos, por mês”, 3 a “algumas vezes por mês”, 4 a “uma vez por semana”, 5 a “algumas vezes por semana” e 6 a “todos os dias”. Esta escala divide-se em três subescalas: a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal. Na versão original a análise fatorial identificou três fatores relacionados às três dimensões inicialmente identificadas pelo inventário. Esses três fatores explicaram 55.69% da variância total da resposta dos indivíduos. Tanto a exaustão emocional, como a realização pessoal e a despersonalização apresentaram um nível satisfatório da consistência externa, mas apenas a exaustão emocional e a realização pessoal podem funcionar independentemente. O fator despersonalização por ter apresentado um baixo nível de consistência interna inferior a 0.80, não têm poder explicativo como escala independente, mas contribui para a compreensão da configuração de burnout. No que respeita à consistência interna deste instrumento, podemos

dizer que esta é boa, visto apresentar valores de 0.84 para a subescala da exaustão emocional, 0.78 para a da realização pessoal e de 0.70 para a despersonalização. No que diz respeito ao teste de fidedignidade, avaliado pelo alfa de Cronbach, verificou-se que as sub escalas , exaustão emocional (0.81) e a realização emocional (0.74), apresentam uma boa consistência interna (alfa >0.70).

3.2.3 Brief COPE

A Brief Cope, foi utilizada para avaliar estilos e estratégias de coping. Desenvolvida por Carver em 1997 e traduzida e validada para a versão portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2007).

Consiste num instrumento de medida de autoavaliação, composto por 28 itens, sendo que a resposta é dada numa escala de pontos (“0= Nunca faço isto”; “3=Faço sempre isto”). Os itens estão agrupados em 14 dimensões: coping ativo, planejar, reinterpretação positiva, aceitação, humor, religião, utilização de suporte emocional, utilização do suporte instrumental, auto distração, negação, expressão dos sentimentos, uso de substâncias, desinvestimento comportamental e auto culpabilização.

No que diz respeito à validade do constructo, todas as cargas fatoriais mostram valores superiores a 0.40, o que “confirma uma boa distribuição dos itens pelas escalas” (Pais Ribeiro & Rodrigues, p.11, 2007).

Quanto à consistência interna da versão original, os valores encontram-se entre 0,50 e os 0.90, no que concerne à consistência interna da versão Portuguesa, a mesma varia entre 0,55 e 0,84, seguindo padrões semelhantes a versão original (Rodrigues 2007).

3.2.4. Procedimento

Para proceder à recolha da amostra, foram feitos pedidos de autorização a entidades que representam as forças de segurança (PSP e GNR).

Este estudo contou com a participação de elementos das forças de segurança , com idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos de idade, tendo a aplicação dos questionários sido realizada entre os meses de abril e julho de 2015.

Inicialmente foram enviados pedidos de autorização, junto das hierarquias das forças de segurança para a aplicação dos questionários e recolha dos dados em formato papel e online.

Foram posteriormente enviados todos os esclarecimentos solicitados acerca do estudo a realizar, assim como o protocolo.

A participação foi confidencial e voluntária.

Após a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos e analisados com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20, com recurso ao independent sample t test sample (*t*) para testes paramétricos e à Correlação de Pearson.

Capítulo 4. – Resultados

4.1 Comparações entre grupos

Inicialmente serão apresentados os resultados das comparações entre o género para as variáveis em estudo. Seguidamente serão apresentados os resultados das diferenças de género para as dimensões da qualidade de vida, estratégias de coping e burnout.

4.1.1 Diferenças de género para a Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout

A Tabela 2 apresenta os valores médios e de desvio padrão por género para as dimensões da Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout, bem como os resultados obtidos, por género, em cada uma das variáveis estudadas e o valor do teste T-Student para amostras independentes (ver Tabela 2).

Tabela 2- Diferenças de género para as Estratégias de Coping, Qualidade de Vida e Burnout

	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	t
Estratégias de Coping					
Coping Ativo	4.73	1.30	3.59	1.53	-4.12***
Planear	5.05	.743	5.09	.833	.230
Utilizar Suporte Instrumental	3.76	1.74	2.97	1.71	-2.46
Utilizar Suporte Emocional	4.46	1.43	2.61	2.07	-5.11***
Religião	3	2.31	1.76	2.33	-2.88**
Reinterpretação Positiva	4.95	1.18	3.93	1.49	-3.85***
Auto Culpabilização	2.08	2.03	3.25	1.81	3.40***
Aceitação	4.49	1.71	4.42	1.80	-.194
Expressão de Sentimentos	3.81	1.87	3.28	1.75	-1.61
Negação	1.76	1.24	2.21	1.45	1.72
Auto Distração	3.46	1.93	3.41	1.18	-1.77
Desinvestimento	2.05	1.45	1.81	1.82	-.736
Comportamental					
Abuso de Substâncias	.73	1.24	.37	.770	-2.17
Humor	3.89	2.44	3.99	2.18	.243

p ≤ .01; * p ≤ .001

Foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas na escala das estratégias de coping, nomeadamente na dimensão do coping ativo, $t(170) -4.12, p=.01$, com o género feminino a relatar um elevado nível de coping ativo ($M = 4.73; DP = 1.30$) comparativamente ao género masculino ($M = 3.59; DP = 1.53$).

Foram identificadas diferenças de género estatisticamente significativas na dimensão utilizar suporte emocional, $t(170) -5.11, p = .01$, com o género feminino a relatar um elevado nível de utilização de suporte emocional ($M = 4.46; DP = 1.43$), comparativamente ao género masculino ($M = 2.61; DP = 2.07$).

Foram igualmente obtidas diferenças de género estatisticamente significativas na dimensão da religião, $t(170) -2.88, p = .01$, com o género feminino a apresentar níveis mais elevados relativamente à religião ($M = 3; DP = 2.31$), comparativamente ao género masculino ($M = 1.76; DP = 2.33$). Relativamente à dimensão da reinterpretação positiva também foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas $t(170) -3.85, p = .01$, sendo que o género feminino relata elevados níveis de reinterpretação positiva ($M = 4.95; DP = 1.18$), comparativamente ao género masculino ($M = 3.93; DP = 1.49$).

Em relação à dimensão da auto culpabilização, foram encontradas diferenças de género estatisticamente significativas $t(170) 3.40, p = .01$, com o género masculino a apresentar níveis mais elevados de auto culpabilização ($M = 3.25; DP = 1.81$), comparativamente ao género feminino ($M = 2.08; DP = 2.03$).

Tabela 2- Diferenças de género para as Estratégias de Coping, Qualidade de Vida e Burnout (cont)

	Feminino		Masculino		t
	M	DP	M	DP	
Qualidade de Vida					
Físico	23.08	4.70	21.13	3.29	-2.90*
Psicológico	22.35	2.29	20.46	3.98	-2.77
Relações Sociais	11.08	2.31	10.51	2.43	-1.28
Ambiente	26.84	3.16	24.84	5.20	-2.22
Burnout					
Exaustão	12.78	5.98	12.70	9.10	-.055
Cinismo	6.32	3.79	11.36	7.95	3.73**
Eficácia	23.16	10.73	27.64	9.28	2.51

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas na escala da qualidade de vida, nomeadamente na dimensão físico, $t(170) -2.90, p = .01$, com o género feminino a relatar níveis mais elevados ($M = 23.08; DP = 4.70$), comparativamente ao género masculino ($M = 21.13; DP = 3.29$).

Relativamente à escala do burnout, foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas na dimensão do cinismo, $t(170) 3.73, p = .01$, com o género masculino a relatar níveis mais elevados de cinismo ($M = 11.36; DP = 7.95$), comparativamente ao género feminino ($M = 6.32; DP = 3.79$).

4.1.2. Relações entre Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout e Anos de Serviço na Atual Função

De modo a verificar se existem correlações estatisticamente significativas entre o Score Total das variáveis em estudo, recorreu-se à Correlação de Pearson. Na Tabela 3 são apresentados os resultados obtidos.

Tabela 3- *Relações entre a Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout e Anos de Serviço na Atual Função*

	Score total WQ	Score Total BC	Score Total MBI
Score Total WQ			
Score Total BC	.210**		
Score Total MBI	-.341**	-.073	
Anos de Serviço na Atual Função	.107	-.049	-.147

Legenda: WQ – Whoqol Brief; BC – Brief Cope; MBI – Burnout

** $p \leq .01$

Os resultados obtidos evidenciam a existência de correlações estatisticamente significativas do Score Total da Whoqol Bref (WQ), que apresenta uma correlação positiva ($r = .210; p = .006$) para com o Score Total da Brief Cope (BC), o que nos leva a inferir que os participantes com melhor qualidade de vida relatam mais estratégias de coping.

Os resultados apresentam também uma correlação estatisticamente significativa do Score Total do Burnout (MBI) ($r = -.341; p = .000$) para com o Score Total da Whoqol Bref

(WQ), indicando que os participantes com mais qualidade de vida, apresentam menos sintomas de burnout.

4.1.3. Relações entre Qualidade de Vida e as Estratégias de Coping

A Tabela 4, apresenta os resultados obtidos da análise das correlações entre Qualidade de Vida e as Estratégias de Coping, através da Correlação de Pearson.

Tabela 4- *Relações entre a Qualidade de Vida e as Estratégias de Coping*

	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Brief Cope				
Coping Ativo	.439**	.358**	.187*	.125
Planear	-.089	.057	-.101	-.012
Utilizar Suporte Instrumental	.012	.076	.132	.126
Utilizar Suporte Emocional	.150*	.241**	.237**	.313**
Religião	.247**	.388**	.380**	.151*
Reinterpretação Positiva	.520**	.533**	.294**	.261**
Auto Culpabilização	-.638**	-.336**	-.325**	-.247**
Aceitação	.189*	.162*	.027	-.035
Expressão de Sentimentos	-.124	.262**	.151*	.174*
Negação	-.419**	-.400**	-.322**	-.311**
Auto Distração	.031	-.096	.122	-.016
Desinvestimento Comportamental	-.323**	-.288**	-.174*	-.162*
Uso de Substâncias	-.314**	-.152*	-.374**	.017
Humor	.375**	.214**	.241**	.137

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Foram obtidas correlações positivas na dimensão Físico para a maioria das dimensões das estratégias de coping, sendo que a que revela valores mais elevados é na dimensão Reinterpretação Positiva ($r = .520$, $p = .000$). Assim, a um maior nível de bem estar físico melhor será a maneira de encarar a situação/problema de forma favorável.

Relativamente à dimensão Psicológico, os resultados evidenciam correlações negativas e de intensidade forte para a Auto Culpabilização ($r = -.638$, $p = .000$) e para a Negação ($r = -.400$, $p = .000$), o que nos leva a inferir que quanto maior o bem estar psicológico dos participantes, menor será o sentimento de culpa bem como menor será a tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante.

Relativamente à dimensão das Relações Sociais, os resultados revelam a existência de correlações estatisticamente significativas para quase todas as dimensões das estratégias de coping, sendo que a Religião é a que apresenta valores mais elevados ($r = -.380$, $p = .000$) o que nos leva a inferir que, quanto melhores forem as relações sociais, maior será a crença dos participantes, assim como a sua participação em atividades religiosas.

Foram também obtidas correlações estatisticamente significativas na dimensão do Ambiente para algumas dimensões das estratégias de coping (utilizar suporte emocional, religião, reinterpretação positiva, auto culpabilização, expressão de sentimentos, negação e desinvestimento comportamental) sendo que a dimensão Utilizar Suporte Emocional é a que apresenta valores mais elevados ($r = -.313$, $p = .000$) o que nos leva a crer que quanto melhor for a satisfação dos indivíduos com o ambiente que os rodeia mais facilmente os mesmos procuraram o suporte emocional de outras pessoas.

4.1.4 Relações entre Qualidade de Vida e o Burnout

A Tabela 5 apresenta agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre a Qualidade de Vida e o Burnout, através do procedimento estatístico, correlação de Pearson.

Tabela 5- *Relações entre a Qualidade de Vida e o Burnout*

	Exaustão	Cinismo	Eficácia
Qualidade de Vida			
Físico	-.395***	-.406***	.404***
Psicológico	-.597***	-.463***	.201
Relações Sociais	-.461***	-.474***	.183
Ambiente	-.480***	-.429***	.069

*** $p \leq .001$

Os resultados obtidos evidenciaram a existência de correlações negativas e de intensidade forte entre quase todas as dimensões das variáveis acima estudadas, sendo que a que apresenta os valores mais elevados são na dimensão Psicológico para a Exaustão ($r = -.597$, $p = .000$), o que nos leva a inferir que quanto maior a satisfação com a qualidade de vida, menores serão os níveis de esgotamento, as atitudes negativas aumentando assim a eficácia no desempenho das suas funções.

Capítulo 5. – Discussão de resultados

5.1 – Interpretação dos resultados

O presente estudo teve como objetivos relacionar a Qualidade de Vida com as Estratégias de Coping e o Burnout nas forças de segurança, analisar as diferenças de género na Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Burnout, assim como analisar a relação entre os anos de serviço com a Qualidade de Vida, as Estratégias de Coping e o Burnout.

Era esperado que quanto maiores os níveis de qualidade de vida, mais estratégias de coping adaptativas e baixos níveis de burnout seriam apresentados pelos participantes. Esperava-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, de modo a que o género feminino apresentasse valores mais elevados de estratégias de coping. Era também esperado que as forças de segurança relatassem menor satisfação com a qualidade de vida, menos estratégias de coping e níveis mais elevados de burnout, devido aos anos de serviço.

5.1.1. Comparações entre géneros

Os resultados obtidos pela análise das diferenças de género para a qualidade de vida, estratégias de coping e burnout revelam que o género feminino relata mais estratégias de coping, assim como valores mais elevados em todas as dimensões da qualidade de vida, comparativamente ao género masculino. Relativamente ao burnout, o género masculino relata valores mais elevados comparativamente ao género feminino. É um fator discutido, uma vez que há autores que não encontram qualquer diferença significativa entre os sexos, contudo uns apontam para que os níveis de burnout sejam mais elevados em indivíduos do sexo feminino (Ferreira ,2006); para Maslach & Jackson (1985) as mulheres controlam melhor os conflitos laborais do que os homens. Bertomeu (2000) menciona níveis mais altos nos homens.

5.1.2. Relações entre a qualidade de vida, estratégias de coping e o burnout com os anos de serviço

Relativamente aos resultados obtidos através da análise das correlações entre a qualidade de vida, as estratégias de coping, o burnout e os anos de serviço, não se verifica nenhuma relação entre o número de anos de serviço e as variáveis em estudo, o que não vai de encontro ao estudo realizado por Burke cit. in Ribeiral, (2004), que refere que os agentes que se encontram a meio da carreira, com já algum tempo de serviço, mostram um maior nível de

stress e insatisfação em relação ao emprego e às funções desempenhadas, podendo decorrer em conflitos trabalhos- família.

5.1.3. Relações entre a qualidade de vida e as estratégias de coping

Os resultados obtidos através da análise das correlações entre a qualidade de vida e as estratégias de coping, revelam a existência de correlações positivas e correlações negativas. Silva (2009) refere que os profissionais com maiores índices de realização pessoal recorrem a estratégias de coping de aceitação, sendo que as estratégias de coping mais utilizadas são o coping ativo, a religião, a reinterpretação positiva e o humor; e as menos utilizadas são a auto culpabilização, o desinvestimento corporal e o uso de substâncias. Num estudo realizado por Violanti (1985), o autor refere que a estrutura policial e a cultura inerente parecem, a nível emocional, ser socialmente aceites como estratégias de coping alternativas, reforçando o uso do álcool.

5.1.4. Relações entre a qualidade de vida e o burnout

No que diz respeito aos resultados obtidos através da análise das correlações entre a qualidade de vida e o burnout, os mesmos evidenciaram a existência de correlações estatisticamente significativas tanto positivas como negativas. Estes resultados levam-nos a inferir que quanto maior o bem estar físico, menor será a exaustão e o cinismo, aumentando, assim, os níveis de eficácia. Estes resultados vão de encontro a estudos realizados por outros autores, nomeadamente Maslach e Jackson (1981) que referem que a exaustão emocional está na origem de comportamentos de afastamento emocional e cognitivo do indivíduo, e que o mesmo utiliza estes comportamentos como estratégias de coping para lidar com as exigências laborais.

Segundo estes autores, os trabalhadores tendem a desempenhar as suas funções de modo mais mecanizado ou indiferente e menos humanizado ou personalizado, referindo que a despersonalização, também denominada por cinismo (Maslach & Jackson, 1981) representa um esforço realizado pelos profissionais de forma a distanciarem-se do seu trabalho e das pessoas alvo do mesmo. Ou seja, quanto maior a qualidade de vida, menores serão os níveis de burnout, logo, menor o sentimento de exaustão e de cinismo ou despersonalização. Segundo Couto (1987; cit in Lipp & Tanganelli, 2002) o burnout influencia a qualidade de vida, uma vez que altera a forma como o sujeito interage nas diversas áreas da sua vida.

Torna-se, assim, evidente que as consequências do *burnout* não se restringem apenas à perturbação da saúde. Nesse sentido, o stress ocupacional crónico para além de poder originar inúmeras doenças, pode ainda proporcionar uma perda de qualidade de vida e produtividade do indivíduo (Lipp & Tanganelli, 2002).

Estudos efetuados por outros autores revelam ainda que algumas características de exaustão emocional e despersonalização são vistas como uma experiência psicológica individual, estando relacionadas com sentimentos e expectativas negativas, que afetam o bem-estar geral do sujeito (Llohr et al., 1995 *cit in* Pimenta, 2004).

5.2 Limitações

Neste estudo são consideradas limitações. Interessa notar que o tamanho assim como a heterogeneidade da amostra coloca entraves ao nível da generalização dos resultados relativamente à representatividade da população. Outra das limitações deste estudo, prende-se com o fato dos participantes que compõem a amostra serem maioritariamente do sexo masculino, não permitindo assim comparar eficazmente a diferença entre os géneros.

5.3 Sugestões para estudos futuros

Pela relevância das temáticas abordadas e pela importância das funções desempenhadas pelos elementos das forças de segurança, seria pertinente aprofundar os estudos relativamente à matéria em causa, a fim de perceber, não apenas a nível individual, mas também através de variáveis organizacionais e sociais que permitam contextualizar as problemáticas inerentes a estas profissões.

5.4 Implicações Clínicas dos Resultados

As informações retiradas de estudos que têm sido realizados juntamente com os que podem ser encontrados neste trabalho, levantam questões acerca da necessidade de um acompanhamento a fim de promover a saúde ocupacional, já que esta é “uma área de intervenção prioritária que valoriza o local de trabalho como espaço privilegiado para a prevenção primária dos riscos ocupacionais, a proteção e promoção da saúde e o acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores” (DGS, 2011, p.1).

De uma forma geral, pretende-se que este estudo, apesar das limitações contribua para despertar o interesse de outros autores nesta matéria, a fim de darem continuidade à investigação científica, assim como salientar a importância destes profissionais sujeitos a fortes adversidades que põem em risco a sua saúde mental.

Pensamos que seja pertinente a necessidade de se intervir ao nível da prevenção do desgaste profissional, sugerindo estratégias de coping, que se centrem na resolução dos problemas e não no seu evitamento e negação, sendo esta uma forma de ajudar estes profissionais a atingir quer a realização pessoal quer profissional.

Conclusão

As forças de segurança representam uma profissão de ajuda muito exigente, sendo que são confrontados muitas vezes com situações limite que, por vezes, envolvem danos graves, tanto pessoais como materiais, onde as suas capacidades a nível emocional são constatemente postas à prova.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que a qualidade de vida deve ter como finalidade avaliar o impacto de diversos fatores que ocorrem no universo psicológico, social e físico, de modo a serem construídos parâmetros nos estudos de custo/benefício e contribuir para a otimização de recursos disponíveis no sistema de saúde (Montazeri et al., 2008).

Tal como qualquer indivíduo, os elementos das forças de segurança vivenciam diferentes níveis de qualidade de vida, e podem exibir diferentes mecanismos de coping ao lidar com os agentes de stress no seu quotidiano.

Os resultados obtidos permitem-nos verificar que a maior parte dos participantes que compõem a amostra deste estudo apresentam valores mais elevados de qualidade de vida, assim como mais estratégias de coping adaptativas e níveis mais baixos de burnout.

Pudemos verificar através dos resultados obtidos, que os mesmos revelam que o sexo feminino apresenta mais estratégias de coping, bem como maior qualidade de vida, comparativamente ao sexo masculino, que por sua vez revela valores mais elevados de burnout.

Foi ainda possível verificar que os anos de serviço nos elementos das forças de segurança não se correlacionam com as variáveis em estudo.

Acreditamos que seria pertinente aprofundar o estudo acerca destas temáticas nestes profissionais das forças de segurança e que futuramente se apostasse mais na prevenção assim como em avaliações psicológicas periódicas de modo a identificar os fatores de risco e intervir junto desta população de forma a prevenir esta problemática, melhorando a qualidade de vida a nível pessoal, profissional e social.

Bibliografia

- Amaro, H. (2010). *Stresse e Burnout nos Profissionais de Emergência médica hospitalar*. Tese apresentada para o grau de Doutor no Ramo da Psicologia, especialidade de Psicologia da Saúde, pela Universidade do Algarve, orientada pelo professor Saúl Neves de Jesus, Faro.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author
- Bronfenbrenner, U. (1977). *Toward an experimental ecology of human development*. *American Psychologist*, Washington, DC: American Psychological Association, p. 513-531.
- Carvalho, P. & Sá, L. (2011). *Estudo da Fadiga Por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção de grau de Mestre em Cuidados paliativos, orientada pelo Professor Doutor, Luís Octávio de Sá, Porto.
- Carver, C., Weintraub, J., Sheier, M. (1989). *Assessing Coping Strategies: A theoretically Based Approach- Journoul of Personality and Social Psychology*. Vol.56, No. 2, 267-283.
- Chevalier, A., Dessery, M., Boursier, M., Grizon, M., Jayet, C., Reymond, C. ,et.al. (2011). *Working conditions and psychosocial risk factors of employees in French electricity and gas company customer support departments. International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 7-18.
- Cohidon, C. (2009). *Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 25-26, 259-261.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston, G. (2008). *Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer’s disease*. *International Journal Geriatric Psychiatry*.
- Cooper, C.L. & Marchall, J. (1978). *Understanding executive stress*. London: Macmillan.
- Cotton, D. (1990). *Stress management: an integrated approach to therapy*. In. A. Vaz Serra (ed.). *O stress na vida de todos os dias*.
- Couto, H. A. (1987). *Stress e qualidade de vida dos executivos*. Rio de Janeiro: COP.
- Delbouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores

- Etzion, D. (2003). Annual Vocaton: Duration of relief from Job stress and burnout. *Anxiety, Stress, and coping*, 16 (2), 213-226.
- Etzion, D. (1987). Burning out in management: a comparison of woman and men in matched organizational positions. *Israel Social Science Research*, 5, 147-163.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. São Francico: Jossey-Bass Inc.
- Ferreira, L. (2006). Work-related stress and wellbeing: The roles of direct action coping and palliative coping. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 293-302
- Freudenberger, H. (1983). *Staff burnout*.
- Freudenberger, H. (1975). *The Staff Burn-Out Syndrome in Alternative Institutions*. *Psychotherapy:Theory,Research and Practice*, 12 (1), 73-82.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & Delongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 50, Nº. 3, 571-579.
- Ganem, V. (2011). Relato de uma experiência de terreno de intervenção em psicodinâmica do trabalho (PDT). *Laboreal*, 7, (1), 68-75. Acedido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338949985532>.
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: Éditions La Découverte.
- Jackson, S., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: families as victims. *Journal of Occupational Behaviour*, 3, 63-77.
- Jesus, S.N. & Costa, M.L.H. (1998). Stress e Estratégias de coping de Médicos e Professores. Coimbra, Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, Novembro.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. *Springer Publishing Company*
- Lazarus, R. S. (1993). *Coping theory and research: Past, present and future*. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 189-206), New York: *Columbia University Press*.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. In W. B. Schaufeli; C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research*. United States of America, Taylor & Francis.
- Leiter, M. P. (1991). The dream denied: Professional Burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002) *Stress e Qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. Psicologia: Reflexão e Crítica*
- Lynch, J. (2007). Burnout and engagement in probationary police officers: A scoping paper. Commonwealth of Austrália, 1. Acedido em http://www.acpr.gov.au/pdf/ACPR_S1.pdf.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1985). *The Role of Sex and Family Variables in burnout*. *Sex Roles*, 12 (7/8), 837-851.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). *Job burnout*. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.
- Melo, B. T.; Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Teoria, Investigação e prática*, 2, 142-148.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2005). *Quality of life and health: a necessary debate*. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1985). Stress and coping – some current issues and controversies, 1-16. In A. Monat e Lazarus (eds.), *Stress and coping – an anthology*, Columbia University Press, 1-16.

- Moos, R., & Shaefer, J. (1987). Evaluating health care work settings: a holistic conceptual framework. *Psychology & Health*, 1, 97-122
- Moreno-jiménez, B.; Carvajal, R. R. & Redonda, E. E. (2001). *La evaluación del burnout profesional*. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 69-77.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1993). Configuración específica del estrés laboral asistencial en el profesorado de Educación Media. Centro Nacional de Investigación Educativa (CIDE). Manuscrito no publicado.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. declaração elaborada pelo grupo de trabalho da qualidade de vida da OMS. Genebra: OMS. 1994.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). *Questões acerca do Coping: A propósito do estudo do Brief Cope*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-5.
- Pimenta, G. (2004). Stress, qualidade de vida e realização profissional das professoras de enfermagem. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: Universidade do Porto.
- Pines, A. & Aronson (1988). Career burnout: Causes and cures. New York: *Free Press*.
- Pines, A. (1993). Burnout: an existencial perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis.
- Pines, A. (2002). *Teacher burnout: a psychodynamic existential perspective*. *Teachers and Teaching: theory and practice*, 8, 2, (pp.121-10).
- 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.
- Queirós, P. J. P. (1998). Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21.
- Ribeiral, C. (2004). Fatores Indutores de Stresse: Estudo comparativo entre amostras de militares da GNR a exercer funções em Zonas Rurais e Zonas Não- Rurais. Lisboa: Monografia de Psicologia Social e das Organizações

- Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protetoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In: I. Leal (Coord.). Perspetivas em psicologia da saúde (pp.231-244). Coimbra: Quarteto Editora.
- Schalock, R.L. and Verdugo, M.A. (2008). Quality of life conceptual and measurement frameworks: From concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190.
- Spirduso, W.W. (2005). Dimensões físicas do envelhecimento. Champaign: Human Kinetics
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Shaufeli, W.B.; Maslach, C. & Marek, T. (1993). Professional Burnout: Recent development in Theory and Research. Philadelphia, Taylor & Francis.
- Silva, M. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Revista de Estudos de Psicologia* 14 (3), Setembro - Dezembro/2009, 239-248 Universidade do Minho.
- Silva, C. & Firmino, H. (1988). *Stress e imunocompetência*. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 209-212.
- The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-10.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 5-28, 117-437, 473-738.
- Verdugo, M. Arias, B., Gómez, L. & Schalock (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 105-123
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L.E., and Schalock, R.L. (2008). Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya.

- Vieira, L., S. (2009). *O trabalho dá saúde?* In José Cruz, Saúl Jesus & Cristina Nunes (Coord.), Bem-estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde, (pp. 267-283). Alcochete: Textiverso
- Villalobos, G. (2004). *Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa*. Ciencia & Trabajo, 6 (14), 197-201.
- Violanti, J. (1985). Stress, coping, and alcohol use: the police connection. *Journal of Police Science and Administration*, 13 (2), 106-110.

Apêndices

Apêndice I – Pedido de Consentimento informado

Eu, Ana Catarina Tomé Fialho, encontro-me a realizar uma investigação no âmbito do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Esta investigação orientada pela Profª Doutora Marina Carvalho tem como objetivo relacionar a qualidade de vida e as estratégias de coping com o burnout nas forças de segurança.

A sua participação é voluntária e toda a informação que nos for prestada neste questionário será sempre confidencial e anónima, não sendo pedido qualquer tipo de identificação a quem participar.

Não existem respostas certas ou erradas. Pretendemos apenas a sua opinião. Da mesma forma, poderá terminar a sua participação a qualquer altura caso não se sinta confortável.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexos

Anexo I – Protocolo de Investigação

Questionário sociodemográfico

Indique o seu estado civil

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a) /União de Fato
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Divorciado(a)/Separado(a)

Idade*

Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Atividade exercida

- ☐ Serviço Operacional
- ☐ Serviço Administrativo
- ☐ Outro:

Anos de Serviço na atual função

Tempo de serviço efetivo

Trabalha habitualmente por turnos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Distância da residência para o local de trabalho (Kms)

Questionário WHOQOL BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5

Questionário Brief Cope

- 0-nunca faço isto
 1-faço isto por vezes
 2-em média é isto que faço
 3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				

Questionário MBI

COM QUE FREQUÊNCIA:	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes, ou menos, por ano	Uma vez, ou menos, por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

COM QUE
FREQUÊNCIA:
0 - 6

Afirmações:

1. _____ Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho
2. _____ Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho
3. _____ Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho