



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* E ESTILOS DE VIDA COMO
MEDIADORES ENTRE O STRESSE E O *BURNOUT* NOS
BOMBEIROS DO DISTRITO DE SETÚBAL**

**Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, especialidade de
Psicologia da Saúde**

Ana Cristina Bilau Moura

FARO, 2007

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* E ESTILOS DE VIDA COMO
MEDIADORES ENTRE O STRESSE E O *BURNOUT* NOS
BOMBEIROS DO DISTRITO DE SETÚBAL**

**Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, especialidade de
Psicologia da Saúde**

Ana Cristina Bilau Moura

Faro, 2007

NOME: ANA CRISTINA BILAU MOURA

DEPARTAMENTO: FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ CARLOS PESTANA DOS SANTOS CRUZ

DATA: 30 DE NOVEMBRO DE 2007

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: ESTRATÉGIAS DE *COPING* E ESTILOS DE VIDA COMO MEDIADORES ENTRE O STRESSE E O *BURNOUT* NOS BOMBEIROS DO DISTRITO DE SETÚBAL

JURI

Presidente: Doutora **Maria Cristina de Oliveira Nunes**, Professora Auxiliar de Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Vogais: Doutor **José Luís Pais Ribeiro**, Professor Associado com agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto;

Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

RESUMO

A presente investigação teve como objectivo verificar se os bombeiros apresentam níveis de *burnout* superiores aos outros profissionais de ajuda e que factores contribuíam para as suas variações. Procuramos entender em que medida as variáveis externas e as variáveis moderadoras influenciavam os níveis de *burnout* e a avaliação subjectiva dos bombeiros em relação à sua saúde física, assim como perceber se variáveis mediadoras, nomeadamente as estratégias de *coping* e os estilos de vida, influenciavam nos níveis de *burnout* e a avaliação subjectiva da saúde física.

Concluiu-se que os bombeiros do Distrito de Setúbal apresentam níveis de *burnout* superiores aos de outros profissionais de ajuda portugueses, que variáveis secundárias apresentaram uma influência pouco marcante nos níveis de *burnout*, contrariamente à vulnerabilidade ao stress que é um factor muito influente nos níveis de *burnout*. Conclui-se ainda que o trabalho por turnos, o acudir a situações de emergência não tiveram impacto significativo nos níveis de *burnout*, assim como a exposição ao contacto com desfechos fatais. Este estudo permitiu ainda concluir que a estratégia de *coping* de confronto revelou ser particularmente eficaz na prevenção do desenvolvimento no *burnout* e no aumento do sentimento de realização pessoal dos bombeiros. Constatou-se que o apoio social demonstrou ter uma influência significativa em relação aos níveis

de *burnout* e que os estilos de vida, embora não mostrem ter influência significativa nas variações do *burnout*, apresentam uma influência significativa face à avaliação subjectiva da saúde.

Palavras-chave: bombeiros, stresse, *burnout*, *coping*, estilos de vida

TITLE OF THE THESIS: STRATEGIES OF COPING AND LIFESTYLES AS MEDIATORS BETWEEN STRESSE AND BURNOUT IN THE FIREMEN OF THE DISTRICT OF SETÚBAL

ABSTRACT

The present investigation as the objective to verify if firemen present levels of burnout superior to other professionals of help and what factors contribute to their variations. We tried to understand in what measure the external variables and moderators variables influenced the burnout levels and the firemen's subjective evaluation in relation to their physical health, as well to handerstand if mediators varied, namely the coping strategies and the lifestyles, influenced in burnout levels and the subjective evaluation of the physical health.

It was conclude that the firemen of the District of Setúbal present levels of superior burnout to the of other Portuguese professionals of help, that secondary variable presented little influence in the burnout levels, contrarily to the vulnerability to stress that is a very influential factor in the burnout levels. It is ended although the alternately shift work, helping on emergency situations didn't have significant impact in the burnout levels, as well the contact with fatal endings. This study allowed to conclude that confrontation coping revealed to be particularly effective in the prevention of the

development in burnout and in the increase of personal accomplishment of firemen's. It was verified that social support demonstrated to have a significant influence in burnout levels and that the lifestyles, although they don't show to have significant influence in the variations of the burnout, present an significant influence to the evaluation of subjective health.

Key-words: : firemen, stresse, *burnout*, *coping*, lifestyles

AGRADECIMENTOS

Este espaço destina-se a manifestar a minha gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram com a sua ajuda para a realização desta dissertação, especialmente àqueles que estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis e que com o seu apoio, compreensão e carinho me ajudaram a ultrapassá-los.

Quero em primeiro lugar agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor José Pestana Cruz, pela sua disponibilidade, pelas críticas sempre construtivas e oportunas, assim como pelo seu apoio e confiança, mesmo quando tudo parecia difícil.

Os meus agradecimentos vão ainda para o Comandante da Corporação dos Bombeiros Voluntários de Alcácer do Sal, Sr. Valdemar Gonçalves, pela sua disponibilidade, interesse e empenho pessoal na concretização desta investigação.

Agradeço ainda aos vários membros da Direcção da Corporação dos Bombeiros Voluntários de Alcácer do Sal, em especial ao Sr. António Balona, pelo respeito, confiança, pelos sucessivos incentivos e pela palavra amiga, sempre disponível na hora certa ao longo de todos estes anos.

À corporação de Bombeiros Voluntários de Alcácer do Sal, à qual manifesto publicamente o meu apreço e respeito, pela disponibilidade na colaboração deste trabalho e porque sem eles este trabalho não seria possível.

Quero também agradecer aos Bombeiros Voluntários de Santo André e aos Bombeiros Voluntários de Cercal, incluindo Direcção, respectivos Comandantes e Bombeiros, em geral, pela disponibilidade em colaborar neste estudo.

Desejo ainda manifestar o meu mais sincero agradecimento aos meus pais, Esmeralda e Valdemar, pelo apoio incondicional, pela confiança absoluta que sempre depositaram em mim e sobretudo por compreenderem as minhas (muitas) ausências, mesmo estando presente.

Finalmente e porque os últimos são sempre os primeiros, quero agradecer ao Hugo, por tudo aquilo que representa para mim ...

A todos vocês, o meu Muito Obrigada

ÍNDICE

Capítulo I – INTRODUÇÃO.....	11
Capítulo II - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
O conceito de stresse e a sua evolução histórica.....	15
Consequências da exposição prolongada a agentes stressores.....	21
O stresse laboral ou ocupacional.....	23
Evolução histórica do burnout e definição do conceito.....	26
Factores moderadores e mediadores associados ao stresse e ao burnout	33
Capítulo III - METODOLOGIA	
Tipo de estudo	54
Objectivos e questões de investigação.....	54
Amostra e procedimentos.....	56

Inventário e descrição das características dos instrumentos utilizados.....	59
Tratamento estatístico dos dados	67
Capítulo IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
Capítulo V –CONCLUSÕES.....	99
REFERÊNCIAS BLIBLIOBRÁFICAS.....	103

ANEXOS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características gerais da amostra	57
Tabela 2. Níveis de <i>burnout</i> dos bombeiros do Distrito de Setúbal	68
Tabela 3. Resultados comparados dos níveis de <i>burnout</i> em várias profissões de ajuda	68
Tabela 4. Resultados comparados dos níveis de <i>burnout</i> por sexo	69
Tabela 5. Variações do <i>Burnout</i> em função da idade (One way Anova)	71
Tabela 6. Médias e desvios padrão dos resultados às dimensões do <i>burnout</i> por estado civil	71
Tabela 7. Variações do <i>burnout</i> em função do estado civil (Kruskal-Wallis)	72
Tabela 8. Médias e desvios padrão dos resultados às dimensões do <i>burnout</i> em função das habilitações académicas dos bombeiros	72
Tabela 9. Diferenças nos níveis do <i>burnout</i> em função das habilitações académicas (Kruskal-Wallis)	72
Tabela 10. Influência do tempo de serviço nos níveis de <i>burnout</i> (One way Anova)	73
Tabela 11. Médias e desvios padrão dos resultados às dimensões do <i>burnout</i> em função do tipo de vínculo profissional	74
Tabela 12. Influência de tipo de vínculo profissional nas dimensões do burnout (Kruskal-	74

Wallis)	
Tabela 13. Influência da frequência das chamadas de emergência nos níveis de <i>burnout</i> (One way Anova)	75
Tabela 14. Análise estatística (one way Anova) da influência da frequência com que as chamadas de emergência implicavam mortes ou feridos graves nos níveis de <i>burnout</i>	76
Tabela 15. Análise descritiva dos resultados à Escala 23 QVS	78
Tabela 16. Resultados da Regressão Linear entre os resultados totais à Escala 23QVS e os níveis das três dimensões do <i>Burnout</i>	78
Tabela 17. Resultados da regressão linear múltipla entre os resultados aos factores da 23QVS e a Exaustão Emocional	79
Tabela 18. Resultados da regressão linear múltipla entre os resultados aos factores da 23QVS e a Despersonalização.	80
Tabela 19. Resultados da regressão linear múltipla entre os resultados aos factores da 23QVS e a Realização Pessoal	80
Tabela 20. Influência do trabalho por turnos na variação dos níveis de <i>Burnout</i> (T Student)	83
Tabela 21. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função da qualidade do ambiente familiar percebido	83
Tabela 22. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função da qualidade do trabalho de equipa percebido	83
Tabela 23. Variação dos níveis de burnout em função das condições físicas do quartel (One way Anova)	85
Tabela 24. Variação dos níveis de <i>burnout</i> em função da qualidade do material de trabalho disponível (One way Anova)	85
Tabela 25. Variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função do apoio social percebido (One way Anova).	86
Tabela 26. Variações dos níveis de <i>Burnout</i> em função das práticas religiosas (One way Anova).	87
Tabela 27. Análise descritiva dos resultados à Escala C.J.S. de Latack	88
Tabela 28. Resultados da Regressão Linear entre os resultados à Escala CJS de Latack globalmente considerados e as dimensões do <i>burnout</i>	89
Tabela 29 - Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os resultados aos factores da CJS	89

de Latack individualmente considerados e os níveis de Exaustão Emocional	
Tabela 30. Resultados da Regressão Linear entre os resultados aos factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de Despersonalização	91
Tabela 31. Resultados da Regressão Linear entre os resultados aos factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de Realização Pessoal	92
Tabela 32. Análise descritiva dos resultados ao Questionário de Estilos de Vida (QEV)	93
Tabela 33 - Resultados da Regressão Linear entre os resultados ao QEV e as diferentes dimensões do <i>burnout</i>	93
Tabela 34. Influência do número de situações de emergência na avaliação da saúde dos bombeiros (One way Anova).	94
Tabela 35. Influência do número de chamadas em que ocorreram mortos ou feridos graves nos níveis de saúde e nas queixas físicas (one way Anova)	94
Tabela 36. Resultados da análise estatística Anova (one way) obtida entre os factores da 23 QVS individualmente considerados e os níveis de saúde e queixas físicas	95
Tabela 37. Resultados da análise estatística Anova (one way) entre os factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de saúde e as queixas físicas	96
Tabela 38. Resultados da análise estatística Anova (one way) entre o QEV e os níveis de saúde e as queixas físicas	96
Tabela 39. Influência dos resultados às dimensões do <i>burnout</i> na avaliação subjectiva da saúde apresentada pelos bombeiros	97
Tabela 40. Influência dos resultados às dimensões do <i>burnout</i> no número de queixas físicas apresentado pelos bombeiros	97

CAPÍTULO I _ INTRODUÇÃO

O *burnout* é um fenómeno actual, mais frequentemente estudado em profissões de ajuda, como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e professores.

Estes profissionais, pelo facto de lidarem de forma intensa com outros seres humanos e com os seus problemas como objecto de trabalho, estão sujeitos a uma grande tensão emocional e a um excessivo esforço de envolvimento pessoal, característico do trato contínuo e exaustivo com outras pessoas. Os profissionais que desempenham este tipo de tarefas, que implicam elevado grau de envolvimento emocional, apresentam, em geral, não só uma maior vulnerabilidade ao *stress* como maiores níveis de *burnout*.

A profissão de bombeiro é uma das profissões de ajuda mais exigentes. Considerada uma profissão de risco pela natureza das suas funções, os bombeiros são confrontados, na sua prática diária, com situações limite, muitas vezes envolvendo graves danos pessoais e materiais, em função das quais os recursos emocionais disponíveis são postos à prova de forma dramática. Estas situações, pela sua frequência são eventualmente indutoras de elevados níveis de *stress* e, quando continuadas, de *burnout*. Sabe-se, por outro lado, que estes fenómenos psicológicos têm um impacto

negativo a vários níveis do funcionamento pessoal implicando tanto a eficácia dos serviços prestados, como a saúde física e psicológica desses profissionais.

Faria, Ferreira e Murcho (2006) referem que “os bombeiros são actualmente a maior e mais activa comunidade de cidadãos unidos por um ideal” (pp. 67), trabalhando de dia e de noite, muitas vezes de forma voluntária, em missões que têm como objectivo a protecção de pessoas, dos bens e do ambiente, prevenindo situações que as ponham em perigo ou minimizando as suas consequências.

Face às inúmeras situações em que se torna necessária a intervenção dos bombeiros, as missões de protecção e socorro que lhes são confiadas impõem não só uma formação multidisciplinar mas também implicam preparação para a intervenção nas mais diversas situações. Destas destacam-se as missões de socorro às vítimas de acidentes rodoviários, as urgências pré-hospitalares, o combate a incêndios (florestais, urbanos e industriais), a intervenção em cheias e inundações, assim como outras situações de emergência em que vidas ou bens estejam em perigo.

Observações ocasionais resultantes de contactos directos com estes profissionais permitem perceber que tanto a natureza do trabalho que realizam, como muitas vezes a escassez de meios disponíveis e os intensos níveis de dramatismo envolvidos nas suas actividades quotidianas, não têm contrapartida no reforço positivo por parte de terceiros.

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) os sujeitos com mais propensão para desenvolver *burnout* são os mais dedicados e empenhados, os que se envolvem de forma mais intensa no seu trabalho e são mais idealistas e motivados. Esta descrição parece encaixar de forma perfeita nos bombeiros, como profissionais de ajuda, independentemente das variações individuais.

Apesar disso existem relativamente poucos trabalhos científicos que se tenham proposto estudar o *stress* e o *burnout* nestes profissionais. Em Portugal as investigações efectuadas com bombeiros, até ao momento, são muito escassas, salientando-se o facto da comunidade científica não ter ainda dedicado a atenção merecida a estes profissionais.

Assim sendo, pela escassez de trabalhos existentes na área e dada a relevância das missões que desempenham e natureza das situações com que se deparam os bombeiros, cremos ser de extrema importância, tanto a nível social como científico, debruçarmo-nos sobre esta população, efectuando uma análise científica mais aprofundada, sobretudo no que diz respeito aos fenómenos de *stress* e ao *burnout*, dado o impacto social que provocam e os prejuízos associados.

A partir da observação efectuada no terreno e do contacto privilegiado com estes profissionais de ajuda e dada a complexidade da profissão surgem algumas questões que esta investigação pretende ver respondidas. Nesta perspectiva, a presente investigação procurará responder às seguintes questões:

a) Quando comparados com outros profissionais de ajuda, os bombeiros apresentam níveis de *burnout* relativamente superiores?

b) De que forma a vulnerabilidade individual ao *stress* induz níveis crescentes de *burnout* nestes profissionais?

c) Em que medida as variáveis secundárias ou externas, como as características sócio-demográficas, condições de trabalho, nível e tipo de integração nas equipas laborais e cultura organizacional, se associam à existência de *burnout*?

d) Em que medida o número de exposições a situações envolvendo dramas humanos tende a fazer aumentar, correlativamente, os níveis de *burnout* dos bombeiros portugueses?

e) Em que medida é que as estratégias de *coping* utilizadas pelos bombeiros influenciam os níveis de *burnout*?

f) De que forma é que os estilos de vida adoptados facilitam ou inibem o desenvolvimento de *burnout* entre estes profissionais?

g) Até que ponto níveis crescentes de *burnout* induzem um aumento das queixas relacionadas com a saúde física desses profissionais?

No geral, a presente investigação tem como propósito contribuir para um conhecimento mais aprofundado acerca destes profissionais de ajuda, tentando entender qual o impacto que o

burnout provoca nas suas vidas, assim como compreender quais os factores que contribuem para o emergir do *burnout*, bem como os prejuízos a ele associados.

Como objectivos específicos, pretende-se com este estudo perceber qual a influência das variáveis moderadoras: condições de trabalho, cultura organizacional, número de exposições a situações de *stress* laboral e vulnerabilidade individual ao *stress* no desenvolvimento de *burnout* e em que medida as estratégias de *coping* e os estilos de vida, enquanto variáveis mediadoras, potenciam ou inibem essa influência em relação ao desenvolvimento de *burnout*.

O presente trabalho desenrola-se ao longo de 5 capítulos. No capítulo 1, introduziu-se o trabalho, procurando mostrar a relevância científica e social do estudo e a sua originalidade, face a outros estudos do mesmo género. No capítulo 2, designado por Enquadramento Conceptual, será feita uma análise dos principais conceitos relevantes para este trabalho e inventariados os estudos anteriores que lhe serviram de baliza e referência. No capítulo 3, designado por Metodologia, serão descritos o tipo de estudo realizado, as regras e procedimentos adoptados, incluindo os critérios de selecção dos sujeitos que integraram a amostra, as questões de investigação e as hipóteses formuladas à partida para o estudo e os instrumentos de recolha de dados utilizados. No capítulo 4, designado por Apresentação e Discussão dos resultados, serão expostos os resultados da presente investigação e discutidas as suas repercussões à luz da lógica da própria investigação, mas também tendo em consideração os resultados de outros trabalhos semelhantes com populações idênticas ou correlacionadas. Finalmente, no capítulo 5, designado por Conclusões, serão expostas as conclusões gerais resultantes do estudo, chamar-se-á a atenção para as suas limitações e far-se-ão tirar-se-ão ilações em relação a investigações futuras. Este capítulo termina com algumas sugestões para a implementação de medidas práticas que possam contribuir para a diminuição dos níveis de *burnout* entre os bombeiros portugueses.

CAPÍTULO II _ ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O Stresse e o Burnout

Neste capítulo será efectuada uma revisão da literatura existente acerca da temática do *stresse* (e *stresse* ocupacional) e do *burnout*. Para além da definição destes conceitos, far-se-á um levantamento dos estudos que têm vindo a ser desenvolvidos nesta área e abordar-se-ão alguns modelos teóricos, que sustentarão e servirão de base para a análise e interpretação da presente investigação.

O conceito de stresse e sua evolução histórica

No decorrer do século passado surgiram várias definições do conceito de *stresse*, diferentes concepções de acordo com os diversos modelos utilizados, bem como em função da ênfase dada aos factores fisiológicos, psicológicos e da própria relação entre o sujeito e o meio ambiente envolvente.

O modelo de luta ou fuga foi um dos primeiros modelos do *stresse* que surgiu. Cannon (1932), autor deste modelo, definia *stresse* como uma resposta, predominantemente fisiológica, a stressores externos. De acordo com esta teoria, seriam as alterações fisiológicas de que o sujeito era alvo (devido ao aumento dos níveis de excitação/actividade provocados pelas ameaças externas) as responsáveis pelas reacções de luta ou de fuga do indivíduo (Ogden, 2004).

Posteriormente, Selye (1956) define *stresse* como uma resposta não específica do organismo a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio e introduz a noção de doença relacionada com o *stresse* em termos da *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA), que compreende três fases: a *fase de alarme*, a *fase de resistência* e a *fase de exaustão*. A primeira ocorre imediatamente a seguir à exposição do sujeito a

um estímulo ou a uma situação stressora a que o organismo não está adaptado, havendo um aumento da actividade. Após as reacções descritas anteriormente, segue-se uma nova fase defensiva, denominada de *fase de resistência*, onde existe uma completa adaptação ao agente agressor, observando-se a diminuição ou o desaparecimento da sintomatologia e havendo a diminuição da resistência a outros estímulos. Finalmente, a *fase de exaustão*, na qual o sujeito deixa de conseguir mostrar mais resistência, por repetidamente ser exposto a situações stressantes (Cunha, Rego & Cabral-Cardoso, 2003; Ogden, 2004; Frasilho, 2005; Hespanhol, 2005; Jardim & Pereira, 2006). Constatamos, pois, que em ambos os modelos descritos anteriormente o indivíduo é visto como um sujeito passivo, respondendo apenas de forma automática (estímulo-resposta) ao mundo externo.

A *teoria dos acontecimentos de vida* surge em 1967, proposta por Holmes e Rahe, numa tentativa de estudar o *stress* e as mudanças a ele associadas como resposta às experiências de vida. Posteriormente, Lazarus e Folkman (1984, citados por Gatti, Leão, Silva & Puggina, 2004) conceptualizam o *stress* de acordo com a *teoria da avaliação cognitiva*, definindo-o como um acontecimento proveniente do ambiente interno ou externo, que excede as fontes de adaptação de um indivíduo ou de um sistema social. O *stress* é assim entendido como uma relação entre o indivíduo e o acontecimento, na qual se encontram presentes características tanto do sujeito como do meio ambiente.

Os mesmos autores abordam também a noção de *stress* psicológico, referindo que este diz respeito a “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada por esta como excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar” (1984, citados por Jardim & Pereira, 2006, p. 26). São mencionados três tipos de *stress* psicológico: a *perda* ou *dano*, relacionado com a perda/dano que já se produziu; a *ameaça*, associado com o dano/perda que não se verificou ainda mas que é provável/possível num futuro próximo; e, finalmente, o *desafio*, que diz respeito à sensação de que será possível superar com entusiasmo, persistência e confiança as dificuldades que surgem (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1999). Igualmente Magnusson (1986, citado por Gatti

e tal., 2004), tendo por base a teoria interaccionista, associa o aparelho psíquico ao stress e à influência do meio ambiente sobre o sujeito. Nesta linha de raciocínio, os estímulos externos podem provocar determinadas reacções nas pessoas, modificando os seus comportamentos ou gerando ansiedade.

Em 1986 foi desenvolvido por Fisher um outro modelo explicativo do stress. O autor relaciona este conceito com o da perda de controlo, explicando posteriormente que o *stress* resulta da oscilação entre as exigências e as capacidades. Assim, sempre que existe um baixo controlo pessoal, pode desenvolver-se stress ou exacerbar o *stress* já existente (Fisher, 1994). A mesma opinião é, aliás, partilhada por Sequeira (2003), que refere que a falta de controlo sobre as situações e o desfasamento entre os objectivos e os limitados recursos podem ser factores desencadeadores de *stress*. Para o autor, o grau de *stress* provocado por determinado acontecimento está amplamente dependente da avaliação cognitiva que o indivíduo faz da situação e do desajustamento existente entre as exigências da situação e recursos comportamentais e cognitivos que percebe estarem disponíveis.

Vaz Serra (1999) defende no seu modelo que o *stress* é gerado por todo o tipo de situações de tensão/desafio, podendo estas serem situações/acontecimentos subjectivos (pensamentos, imagens ou sensações internas) ou objectivos (acontecimentos de vida importantes, ou acontecimentos quotidianos incómodos) em relação às quais a avaliação subjectiva conclui não haver recursos pessoais adequados.

Assim, pode dizer-se que o *stress* “(...) é um processo complexo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da sua vida do dia-a-dia, susceptíveis de ameaçar ou de pôr em causa o bem estar desse organismo” (Gatchel, Baum & Krantz, 1989, citados por Pais Ribeiro, 2005, p. 273).

Em 1999, Lazarus efectuou um estudo relacionando o *stress* com a emoção e as suas implicações na saúde e conclui que, independentemente da sua terminologia ou da vulnerabilidade de cada sujeito, as problemáticas emocionais são o corolário do *stress*.

O *stress* pode ser o resultado da influência de vários factores. São exemplo o ritmo acelerado em que vivemos, a ambição excessiva, a instabilidade profissional e a luta pela manutenção do emprego, a exigência elevada e a sobrecarga profissional, a competitividade, a necessidade de nos mostrarmos eficazes, a falta de controlo das situações ou a busca incessante de novos conhecimentos (Silva, 2000; Souza, 2002; Hespanhol, 2005), mas também as estimulações negativas por parte do ambiente, como o ruído, o tráfego urbano, a poluição, etc. (Hespanhol, 2005).

Acerca das situações indutoras de *stress*, Vaz Serra (2000) afirma que os acontecimentos traumáticos, os acontecimentos significativos de vida, as situações crónicas de *stress*, as situações micro e macro indutoras de *stress*, os acontecimentos que são desejados pelo indivíduo mas que acabam por não acontecer, os traumatismos da infância, as doenças (físicas ou mentais) são, pela dificuldade que o indivíduo tem em controlar essas situações, condições que podem desencadear *stress* no indivíduo.

Para o mesmo autor, a vulnerabilidade ao *stress* varia de sujeito para sujeito. Por esse motivo, algumas pessoas descompensam ao mínimo estímulo aversivo e outras resistam a um elevado número de desagradáveis situações. Para o autor “...o facto de um indivíduo se sentir ou não em *stress* é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas. Estar ou não em stress depende do indivíduo sentir ou, simplesmente acreditar, que não possui ou que não tem aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas pela situação” (p. 261).

As características internas do sujeito condicionam então a propensão para desenvolver stress. Para Sequeira (2003) fazem parte dos factores inerentes ao próprio indivíduo a *instrumentalidade*, a *emocionalidade* e a *base biológica*. A primeira indica a forma como o sujeito define perceptivamente as situações problemáticas e os problemas com que se confronta. Esta instrumentalidade “depende em grande medida da atitude e forma como se encaram as situações, de segurança e auto-confiança

e auto-estima e dos valores que norteiam o comportamento. Estão aqui contidos o sentido de responsabilidade, a paciência, a ambição e o perfeccionismo” (Sequeira, 2003, p. 114).

A *emocionalidade* diz respeito a uma característica do comportamento que pode favorecer o aumento da intensidade do stress para um determinado estímulo numa determinada situação e a *base biológica* recorda que certos desequilíbrios de natureza química, psicológica ou mesmo alimentar, que podem originar desequilíbrios ao nível do cérebro e que se manifestam por sentimentos e atitudes desagradáveis e inadaptadas (Sequeira, 2003).

A par dos factores inerentes ao próprio sujeito e interagindo dinamicamente entre si encontram-se os factores contextuais exteriores ao sujeito, sendo imensos os exemplos que podem ser referenciados como geradores de *stress*: o contexto de trabalho (conflitos de papéis, problemas com as chefias, falta de perspectiva de evolução na carreira, falta de gosto pelo que se faz, falta de tempo, etc.), o contexto financeiro/económico, situação familiar, espiritual, etc.. (Sequeira, 2003).

Como sabemos não é possível viver completamente liberto de *stress*. Este pode ser necessário para que possamos ter a energia necessária para reagir às situações quotidianas. O *stress* pode ser positivo, na medida em que ajuda a motivar para atingir os objectivos desejáveis, conferindo prazer aos indivíduos e sendo uma fonte de incentivo de realização pessoal e profissional (Vaz Serra, 2000; Hargreaves, 2001; Jesus, 1998; Jesus, 2002; Jardim & Pereira, 2006). Porém, na nossa sociedade existe de forma generalizada a ideia, amplamente divulgada, de que o *stress* pode produzir nos indivíduos graves problemas de saúde física e mental, assumindo implicitamente do *stress* uma visão negativa. No entanto, tal como refere Martins (2004) “o *stress* é um fenómeno adaptativo dos seres humanos que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas actividades e para um desempenho eficaz em muitas esferas da vida” (p. 258).

O *stress* deve, pois, ser considerado como um fenómeno comum e familiar, tornando-se nocivo sempre que seja excessivo e difícil de controlar. Existem vários autores que abordam esta dupla valorização do *stress* através do uso de conceitos diferentes dos habituais, nomeadamente *eustress* e *distress*, em que o primeiro se refere a situações/experiências positivas, em que o *stress* tem

resultados e consequências também elas positivas, dado que produzem a estimulação e a activação adequadas para que os indivíduos alcancem resultados satisfatórios (e adaptativos) nas suas actividades, com um mínimo de custos pessoais. Por outro lado, o *distress* reporta-se a situações/experiências pessoais desagradáveis e com prováveis consequências negativas para a saúde e para o bem-estar psicológico (Selye, 1974, citado por Pais Ribeiro, 2005; Selye, 1979, citado por Martins, 2004; Frasquilho, 2005; Hespanhol, 2005).

Consequências da exposição prolongada a agentes stressores

As situações de *stress* podem ser perpetuadas no tempo, não dando lugar à sua resolução, podendo assim ocorrer situações de doença física e/ou psíquica. De acordo com Vaz Serra (1999), as investigações efectuadas a partir dos anos 60 têm revelado a possibilidade de ocorrência de *stress* associado à doença física. Esta pode então surgir não só quando se verifica uma predisposição para tal, seja congénita, hereditária ou aprendida, como pode ocorrer também da interacção desta com a resposta ao *stress* sentido pelo indivíduo. Rowh (1989) afirma que quando as manifestações físicas de emoções fortes são continuadas podem transformar-se em problemas crónicos, que podem ter como resultado uma quebra de saúde.

Villalobos (1999) refere que as alterações provocadas pela exposição do sujeito ao *stress* podem ser do tipo agudo ou crónico, de acordo com a duração e com a intensidade desses mesmos agentes stressores. Nas situações crónicas, por exemplo, podem desenvolver-se gastrites, colites nervosas, enxaquecas, depressão, insónia, hipertensão arterial, enfarte do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, disfunção sexual, disfunção familiar, disfunção laboral, psicoses, condutas anti-sociais e adições (toxicoddependências, alcoolismo, tabagismo, etc.). Foi também associada ao *stress* a tendência para a sinistralidade em todos os contextos (casa, estrada, trabalho).

Em estudos efectuados com profissionais da emergência médica verificou-se que após situações stressoras os sujeitos continuavam a apresentar alterações dos seus parâmetros vitais por longos períodos de tempo. Nestes estudos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, dado que os indivíduos do sexo feminino revelavam uma normalização dos parâmetros vitais mais rápida (Amaral & Pereira, 2004). Investigações realizadas com profissionais de saúde mental, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, técnicos de serviço social e terapeutas ocupacionais, concluíram que os sintomas que estes

profissionais apresentam mais frequentemente são as cefaleias, as insónias e as gripes e as constipações, podendo associar-se ao *stress* crónico e ao *burnout* (Varoli & Souza, 2004).

Vaz Serra (1999) defende que são três os modos pelos quais a doença é induzida pelo *stress*: a) *activação vegetativa e endócrima provocada pelo stress*; b) *alterações dos comportamentos e hábitos*; c) *atribuições efectuadas pelo sujeito e a forma como lida com a doença*. No que se refere às alterações dos comportamentos e hábitos, também designados de estilos de vida, sabemos que os comportamentos de consumo, como o de tabaco, café, álcool ou outros podem ser o resultado da forma como cada indivíduo actua para reduzir o *stress* que sente (Vaz Serra, 1999).

No que respeita à doença psíquica propriamente dita, só em 1980 o *stress* foi considerado não só como um factor precipitante, mas também de agravamento e de manutenção de doença psiquiátrica, visto abarcar como situações indutoras de *stress* os problemas psicossociais e ambientais, como nos mostra o DSM-IV (Manual Estatística de Diagnóstico das Doenças Mentais).

Vaz Serra (1999) refere que alguns estudos têm demonstrado a existência duma relação próxima entre as situações indutoras de *stress* e o aparecimento de distúrbios de pânico, distúrbios esses que, por sua vez, se relacionam com o *stress* pós-traumático.

Hargreaves (2001) sistematiza as reacções provocadas pelo *stress* e refere que o sujeito pode evidenciar sinais tanto a nível físico, como emocional, mental e comportamental.

Ao *nível físico*, as dores de cabeça tornam-se frequentes e com intensidade aumentada, surge a tensão muscular (afectando sobretudo cabeça, pescoço, ombros e costas), as palpitações, a taquicardia, a hiperventilação, problemas gástricos como náuseas e vómitos, os espasmos musculares, pés e mãos frias e húmidos e a pele começa a ficar seca, irritada e com borbulhas, assim como o sistema imunológico apresenta fragilidades.

Em *termos emocionais*, os sinais apontam para a irritabilidade e a perda fácil de paciência, a depressão e o sentimento de tristeza em geral (que afecta o modo como o indivíduo encara a vida) e a perda de confiança e de auto-estima, como resultado da sensação de descontrolo quando as exigências recaem sobre o sujeito e ultrapassam a sua capacidade de as suportar.

A *nível mental* a memória é afectada, existe falta de concentração e indecisão (mesmo em assuntos triviais).

A *nível comportamental* surgem os distúrbios do sono (insónias ou aumento da necessidade de dormir), o aumento dos consumos de tabaco e/ou de álcool, drogas e medicamentos, a redução da actividade sexual (que pode simultaneamente provocar o afastamento de uma relação que fornecia apoio ao sujeito) e o afastamento dos amigos e da família ou das relações de trabalho.

Como podemos perceber, a exposição do sujeito ao *stress*, seja mais ou menos prolongada no tempo, pode provocar alterações na saúde, que serão mais ou menos gravosas de acordo com a capacidade de resistência de cada indivíduo, a qual é determinada pela *fronteira* que as suas linhas de defesa efectua face aos stressores que as afectam (Neuman, 1982). Neste sentido, há que considerar as afirmações de Jesus (2000) que sugerem que o *stress* influencia de sobremaneira o bem-estar dos indivíduos.

O stress laboral ou ocupacional

Os estudos acerca do stress laboral têm vindo a aumentar consideravelmente nas duas últimas décadas, com especial enfoque nas profissões de ajuda.

O *stress* laboral (ocupacional) diz respeito a um tipo particular de stress (curiosamente, o mais frequente na nossa sociedade), que é definido como um estado psicológico complexo que deriva da percepção cognitiva da (in)adaptação do indivíduo às exigências do meio de trabalho (Cox, 1985, citado por Fonseca e Sousa, 1998) e que interfere com o estado de saúde, podendo vir a provocar problemas a este nível (Fonseca & Sousa, 1998; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003).

Murta e Troccóli (2004), assim como Hespanhol (2005) afirmam que quanto maior for o grau de exigência e menor o controlo, maior será a probabilidade de ocorrência de stress bem como de outros prejuízos para a saúde do profissional, sendo o stress laboral responsável por inúmeras

doenças, concretamente: *burnout*, doença coronária, desordens da coluna, do ombro e do pescoço, doenças músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho e absentismo, para além dos problemas gástricos, das cefaleias, das perturbações do sono, da perda de concentração e da irritabilidade.

Importa todavia referir que se por um lado, a precariedade de emprego, o excesso de trabalho, a inexistente progressão na carreira, os colegas de trabalho ou superiores hierárquicos conflituosos, etc. são aspectos que podem fragilizar o sujeito, tendo implicações negativas na sua vida, o trabalho constitui, em geral, uma fonte de realização e satisfação pessoais, além de proporcionar mais qualidade de vida. A esse respeito Vaz Serra (1999) afirma que o trabalho tanto pode ser uma actividade positiva para o sujeito como, por outro lado, funcionar como uma fonte de stresse, desgastando-o progressivamente.

As investigações acerca do stresse laboral têm recaído mais frequentemente em três dimensões distintas: os stressores organizacionais/agentes de stresse de *per si*, as respostas dos sujeitos a esses mesmos agentes stressores e as inúmeras variáveis inerentes ao processo stressor-resposta (Pascoal & Tamayo, 2004). Na opinião de Jex (1998, citado por Pascoal & Tamayo, 2004) estes stressores relacionam-se com o conflito de papéis e com a ambiguidade de papéis. Cooper & Marshall (1982, citados por Cruz, Gomes & Melo, 2000) referem que, para além do conflito e da ambiguidade de papéis, há ainda que considerar o grau de responsabilidade.

O conflito de papéis tende a surgir quando um indivíduo desempenha funções que não estão de acordo com aquilo que pensa ser a sua função ou quando executa tarefas que, na realidade, não quer realizar. Beehr (1995) relata a existência de correlações negativas entre o conflito de papéis e a satisfação com a remuneração, a satisfação no trabalho, as relações com os colegas de trabalho e os supervisores e o desempenho. Já em 1982, Cooper & Marshall tinham concluído haver maior tensão e um decréscimo na satisfação dos profissionais que experimentavam maiores níveis de conflito.

A ambiguidade de papéis ocorre quando o profissional não dispõe de informação adequada acerca do seu papel no trabalho, havendo uma falta de clareza acerca dos objectivos relacionados

com as funções a desempenhar, assim como em relação às responsabilidades e às expectativas dos seus colegas. De carácter individual ou organizacional, a ambiguidade de papéis pode desencadear no indivíduo baixa auto-estima, fraca auto-confiança, reduzida satisfação com o trabalho, sentimentos de ameaça ao bem estar físico e/ou mental, insatisfação com a vida e desejo de deixar o trabalho.

Hespanhol (2005) refere que Cooper, baseando-se no modelo interactivo do *stress*, aplica esta perspectiva actual de *stress* ao contexto do trabalho e elabora o *modelo de stress ocupacional*, onde são descritos três aspectos conceptuais do *stress* ocupacional: as causas potenciais de *stress*, os moderadores de resposta ao *stress* e as manifestações do *stress*. As causas potenciais do *stress* podem ser de origem organizacional (podendo ou não existir no contexto laboral) ou extra-organizacional (relação casa/trabalho) e, conjuntamente com as características idiossincráticas de cada sujeito, enquanto moderadores de resposta, podem desenvolver manifestações, como sintomas ou doenças relacionadas com o *stress* (Hespanhol, 2005).

No seu modelo do *stress* ocupacional o autor agrupa as causas do *stress* laboral em cinco categorias: 1) as *intrínsecas ao trabalho* (condições físicas do trabalho e os requisitos das tarefas no trabalho); 2) o *papel da organização* (inclui os conflitos de papéis, a ambiguidade dos mesmos, os conflitos de limites e o grau de responsabilidade); 3) *a progressão na carreira* (promoção excessiva/insuficiente, falta de segurança no trabalho/medo de perder o lugar no trabalho e o estatuto na carreira profissional, relacionado com a frustração das ambições individuais na carreira); 4) as *afinidades no trabalho* (inadequados relacionamentos entre chefias, subordinados e colegas e dificuldades em delegar responsabilidades); 5) e, finalmente, *a estrutura e o clima organizacional* (não participação nas tomadas de decisão, falta de consulta e comunicação efectivas, políticas da organização, restrições de comportamento injustificadas, sentimento de falta de integração na organização e estilos de liderança).

Hespanhol (2005) sublinha que cada profissão tem as suas potenciais causas de *stress* e que o *stress* ocupacional não deve ser analisado isoladamente do *stress* de outros factores quotidianos do

sujeito. Existem acontecimentos vitais que podem afectar não só o desempenho do indivíduo mas também a sua eficiência e a adaptação no trabalho, nomeadamente aspectos associados à família, crises familiares, conflitos entre as solicitações da família e da organização, conflitos existenciais e/ou sociais, dificuldades financeiras, divórcio, morte do cônjuge, etc.. Nesta perspectiva, da mesma forma que o stress ocupacional se pode transpor para a vida familiar, assim os acontecimentos vitais do sujeito ou as mudanças que ocorrem na sua vida podem transbordar para o ambiente laboral.

Evolução histórica do burnout e definição do conceito

Hespanhol (2005) refere que “o *stress* ocupacional extremo pode provocar *burnout*” (pp. 160). Martinez (1997), Parreira & Sousa (2000) e La Peña et al. (2002) concordam que o *burnout* resulta da exposição continuada, crónica, do trabalhador ao *stress* ocupacional. O conceito de *burnout* foi descrito pela primeira vez em 1974 por Freudenberger, como forma de descrever um estado particular de exaustão emocional, no local de trabalho, de ocorrência frequente em profissionais de ajuda na área da saúde mental. Este síndrome caracterizava-se por uma perda gradual de emoções, de motivação e empenho e era acompanhado de sintomatologia física e mental (Silva, 2000; Borges et al. 2002, Queiroz, 2005; Hespanhol, 2005).

De acordo com Freudenberger, citado por Borges et al. em 1996, esses profissionais chegam a determinado momento em que falham, sentem-se exaustos ou emocionalmente esgotados devido a um envolvimento excessivo no trabalho, chegando mesmo a ser ineficazes no desempenho adequado das suas actividades laborais. Observa-se então uma atitude de desilusão perante o seu trabalho, bem como irritação e sentimentos de frustração; são também desenvolvidas atitudes de suspeição tornando-se pessoas rígidas e inflexíveis bloqueando o seu próprio progresso e inibindo as mudanças construtivas. Estes profissionais agem de forma depressiva, tornam-se cínicos e sentem-se sobrecarregados não só pelos problemas dos outros como também pelas exigências

excessivas à sua energia, à sua resistência e aos seus recursos. Na opinião do mesmo autor, os indivíduos mais propensos a desenvolverem *burnout* são aqueles que são mais empenhados e dedicados, aqueles que sentem (em demasia) a pressão do trabalho, o profissional que sente que ninguém, além de si próprio, é capaz de fazer o seu trabalho de forma tão eficaz e aquele cuja vida fora deste contexto laboral é insatisfatória.

Desde meados dos anos 70 que então diversos trabalhos foram desenvolvidos, descrevendo o fenómeno de *burnout* como característico das profissões de ajuda. O interesse por esta síndrome cresceu vertiginosamente e inicialmente os estudos concentraram-se sobretudo em profissões mais individuais, como psiquiatras, psicoterapeutas, professores, trabalhadores sociais e enfermeiros.

Hespanhol (2005) refere que o *burnout* afecta sobretudo indivíduos que trabalham com pessoas, em serviços onde os empregados contactem um tempo considerável com os utentes, como nos serviços de saúde, sociais, da justiça ou da educação. Até ao momento, e apesar de todas as investigações já efectuadas sobre o tema, não existe uma definição unânime sobre este síndrome. Contudo, é consensual considerar-se que ela surge no indivíduo como uma resposta ao *stress* ocupacional tratando-se, portanto, de uma experiência subjectiva interna que reúne sentimentos e atitudes e que tem conotações negativas para o sujeito, uma vez que implica alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas, com consequências nocivas tanto para a pessoa que a vivência como para a organização em que trabalha (Silva, 2000).

As investigações efectuadas acerca desta temática têm sido inúmeras e podem ser divididas em dois grandes momentos: numa primeira fase, situada entre meados da década de 70 e início dos anos 80, os estudos efectuados acerca desta síndrome eram de natureza mais qualitativa e/ou descritiva e diziam respeito à sintomatologia e aos efeitos do *burnout*, sobretudo na saúde mental e num segundo momento, desde os anos 80 até à actualidade, as investigações que se têm vindo a desenvolver têm uma natureza mais qualitativa e mensurável, utilizando-se diversas escalas entretanto construídas para esse efeito (Queirós, 2005).

Ainda que se reconheça a Freudenberger o uso pioneiro do termo - através de um estudo episódico e centrado apenas nos aspectos clínicos e descritivos do termo – foi Cristina Maslach quem converteu o *burnout* num paradigma de investigação. Aliás, segundo Castro, Paredes e Vitória (2004, citado por Queirós, 2005), Maslach foi pioneira em ambos os períodos, continuando ainda hoje na investigação relacionada com este síndrome, que caracteriza como uma resposta à tensão emocional constante, por se lidar com outros seres humanos como objecto de trabalho, de forma intensa (particularmente quando estes têm problemas).

Silva (2000) refere que o *burnout* se associa preferencialmente aos profissionais cujo núcleo central de trabalho consiste em oferecer serviços humanos directos e de grande relevância para indivíduos que os solicitam, sendo característico dos indivíduos que trabalham com pessoas e uma consequência da tensão emocional crónica e do excessivo esforço que supõe o trato contínuo e exaustivo com outras pessoas.

Em 1981, Maslach em colaboração com Jackson, desenvolveu um instrumento de medida destinada a *medir* o *burnout*, denominado MBI (*Maslach Burnout Inventory*) e suas versões posteriores. Parreira e Sousa (2000) e Queirós (2005), referem que outros autores desenvolveram igualmente outros instrumentos nesta altura, do qual se destaca a título de exemplo, o MB (*Burnout Measure*), de Pines e Aronson (1988). Queirós (2005) afirma que a partir dos anos 80 a maioria das investigações efectuadas nesta área estão relacionadas com os serviços de saúde, mas também com os serviços sociais e educativos, alargando-se o âmbito de investigação nos anos 90 aos clérigos, informáticos, polícias, militares e gestores e, na actualidade, a todas as profissões em geral.

Mckenna (2000) diz que as causas do *burnout* são múltiplas e variadas, abrangendo não só factores organizacionais, como também as expectativas ou ambições irrealistas. Gil Monte e Peiró (1997, citado por Borges et al. 2002) atribuem a síndrome de *burnout* a dois tipos de factores: os *desencadeadores* e os *facilitadores*. Os factores desencadeadores dizem respeito ao ambiente físico de trabalho e aos conteúdos do posto de trabalho - aos níveis de ruído, vibrações e iluminação, trabalho por turnos, riscos e perigos percebidos, sobrecarga percebida, conforto percebido e à

previsibilidade percebida das tarefas e/ou do seu controlo. Respeitam ainda ao desempenho de papéis, ao relacionamento interpessoal, à progressão na carreira, à adopção de novas tecnologias e aspectos relacionados com a própria estrutura organizacional, nomeadamente em relação ao processo de tomada de decisão.

Dubrin (2003) classifica as causas do *burnout* em seis áreas: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo sobre o mesmo, a falta de recompensa (baixo salário/ausência de reconhecimento), falta ou quebra da comunidade do trabalho (ausência de ligação/relação entre as pessoas), falta de tratamento justo (ausência de afirmação do próprio valor ou aplicação de regras de forma desigual, sobretudo em relação à avaliação do desempenho profissional e promoção) e, finalmente, conflitos de valores entre as exigências do cargo e o código ético do indivíduo.

O *burnout* pode definir-se como um estado de exaustão física, emocional e mental resultante dos efeitos do stress ocupacional continuado e crónico, em personalidades com predisposição e em ambientes laborais também eles predisponentes. Causado frequentemente por longos períodos de envolvimento e contacto com situações emocionalmente desgastantes e exigentes, como é o caso das profissões de ajuda, manifesta-se em três dimensões/fases indissociáveis e progressivamente evolutivas: *exaustão emocional*, *despersonalização* e *défi ce da realização pessoal* (Maslach & Jackson, 1997; Maslach & Jackson, 1986, citados por Pueyo, 2000). Para Delbrouck (2006) o *burnout* pode levar à depressão, engloba e excede o *stress* profissional e retira sentido ao trabalho. Trata-se de uma doença específica da relação de ajuda, revela mal-estar existencial singular e social e coloca o sentido da vida em questão.

Guido (2003) refere que o *burnout*, descrito por Maslach como o *stress* crónico que é vivenciado pelo profissional no ambiente de trabalho (emocional e interpessoal), é considerado um síndrome por não haver claramente uma distinção entre as suas diferentes etapas, podendo ser caracterizado como uma má adaptação psicológica, fisiológica e com reacções comportamentais inadequadas.

Maslach e Jackson, (1997) descreveram a dimensão *Exaustão Emocional* como sendo a primeira das três fases do processo de *burnout*, caracterizando-se pelo sentimento de esgotamento emocional

e físico, acompanhado de sensações de incapacidade e de impotência para o desenvolvimento de actividades e para recuperar após a sua realização, sensações de cansaço ao acordar e de perda de energia para enfrentar outros projectos ou pessoas. A pessoa sente que não pode dar mais de si mesma afectivamente, pois os seus recursos emocionais encontram-se esgotados.

Delbrouck (2006) defende que o indivíduo, interiormente, sentirá essa exaustão sob a forma de uma efectiva fadiga no trabalho (que pouco ou nada melhora com o repouso), uma sensação de vazio e uma dificuldade em lidar com as emoções dos outros, a tal ponto que se torna cada vez mais difícil trabalhar com determinadas pessoas. Na exaustão emocional podem observar-se explosões emocionais, como crises de nervos ou fúria e dificuldades de concentração. A emoção pode ser negada e desviada para comportamentos de controlo, pelo que a exaustão pode assumir a aparência de frieza, de distanciamento face ao outro.

A fase da *despersonalização* caracteriza-se pela atitude fria e distante para com as pessoas destinatárias do seu trabalho, uma resposta insensível e apática, observando-se uma minimização do envolvimento do sujeito no aspecto laboral e a perda de ideais. Nesta fase as pessoas são alvo de sentimentos e atitudes negativas, são vistas de forma desumanizada, negativamente rotuladas devido a um “endurecimento” afectivo do sujeito, notando-se uma quebra significativa na empatia e no respeito pelo outro. Esta etapa, consequência directa da primeira fase, é resultante da tentativa do indivíduo se proteger da exaustão e da falta de realização pessoal (as duas outras dimensões desta síndrome), a qual pode provocar sérios danos no bem-estar do sujeito e na qualidade do seu trabalho (Maslach & Jackson, 1997).

A dimensão défice da *Realização Pessoal* não é mais do que uma consequência directa das duas etapas anteriores, sendo vivenciada pelo indivíduo de forma dolorosa. Caracteriza-se por sentimentos de inadequação e ineficácia relativamente ao sentido que outrora se atribuía à profissão, sensação de já não se fazer um bom trabalho, perda de confiança nas suas próprias capacidades e competências, diminuição acentuada da auto-estima, auto-desvalorização, culpabilidade e desmotivação (Maslach & Jackson, 1997; Silva, 2000; Delbrouck, 2006). As

consequências são variadas e variáveis, passando pelo absentismo com ou sem justificação, fuga ao trabalho, projecto de mudar de profissão ou, pelo contrário, a hiperactividade, onde o indivíduo aumenta o tempo do seu trabalho mas a sua rentabilidade e a sua eficiência decrescem (Delbrouck, 2006).

Schaufeli e Buunk (1996) referem que as manifestações do síndrome de *burnout* se podem agrupar em seis grandes categorias.

Ao nível das *manifestações mentais*, numa primeira fase podem ocorrer sintomas afectivos relacionados com a depressão (sentimentos de tristeza, falta de apoio, perda de esperança e sentido da vida) mas também sentimentos de falhanço, de insuficiência, impotência e de perda de auto-estima; numa segunda fase, surgem sintomas de agressividade e de ansiedade dando lugar à hipersensibilidade, à perda da tolerância, à frustração, acompanhada de irritabilidade, de atitudes hostis e desconfiadas contra todos os que rodeiam o profissional, sejam eles pacientes/utentes, colegas de trabalho ou até mesmo superiores hierárquicos.

Surgem também *sintomas cognitivos* (dificuldades em tomar decisões, esquecimentos, dificuldades de concentração) e *sensório-motores* (tensão muscular, tiques nervosos, incapacidade de relaxar).

As *manifestações físicas* mais comuns são as cefaleias, dores musculares, lombalgias, náuseas, distúrbios do sono, disfunções sexuais, a polipneia, fadiga crónica e o desenvolvimento de distúrbios psicossomáticos como úlceras, perturbações gastrointestinais, a patologia coronária e as prolongadas e recorrentes gripes e constipações.

Em relação às *manifestações comportamentais*, observa-se um aumento do nível de excitação, acompanhado de um aumento do consumo de substâncias como o álcool, o café ou mesmo as drogas ilícitas.

A *nível social* podem surgir problemas interpessoais no trabalho com os clientes ou pacientes mas também com os colegas, as chefias, os subordinados e relacionam-se com a tendência para o isolamento no que respeita aos contactos sociais, embora a nível familiar também possam nota-se repercussões, através de conflitos com os filhos e/ou com o cônjuge.

No que se refere às *manifestações de atitude*, observa-se um distanciamento emocional dos clientes/pacientes, desenvolve-se uma atitude hipercrítica e destrutiva para com os colegas, subalternos e chefias e em termos de *manifestações organizacionais*, geralmente surge a intenção de abandonar a organização onde se trabalha e o absentismo, a somar aos erros profissionais, à desatenção nas tarefas, ao comportamento negligente e aos acidentes pessoais de trabalho.

Como temos vindo a referir, o *burnout* tem sido frequentemente associado aos profissionais de ajuda e por essa razão têm vindo a ser desenvolvidos diversos estudos, sobretudo com médicos e enfermeiros e outros profissionais, cuja função implica uma relação de ajuda. Na presente investigação reportamo-nos aos profissionais de ajuda num sentido mais abrangente, abarcando não só os profissionais de saúde mas também os profissionais do ensino, no fundo, todos aqueles cuja função implica *estar com o outro* e lidar com as suas emoções e atitudes.

Devido à escassez de estudos que tenham tido os bombeiros como objecto, bem com outros profissionais de emergência, utilizaremos, neste trabalho, referências a investigações efectuadas com outros profissionais de ajuda, designadamente médicos, enfermeiros, professores e profissionais da área social, por nos parecer que o “material de trabalho” é semelhante.

Buunk & Schaufeli (1993, citado por Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) concordam que o papel dos enfermeiros possa acarretar uma carga grande de incertezas. A sensação de pouco ou muito envolvimento com os doentes, pode criar dúvidas relativamente ao modo de lidar com os problemas destes (pedidos de ajuda ou expressões de ansiedade), conduzindo a uma sensação de insegurança acerca dos cuidados que prestam. É nesta perspectiva, que Cherniss (1980) se refere à competência como a maior fonte de stresse que leva ao *burnout* nas profissões de ajuda, sobretudo em início de carreira. A falta de controlo, importante sobretudo para os indivíduos com elevada auto-estima, é outro dos aspectos que se destaca. Os sujeitos com elevada auto-estima esperam controlar e sentir a sua auto-eficácia, face ao ambiente de trabalho (Buunk & Schaufeli, 1993, citado por Schaufeli e tal. 1993).

Os autores, afirmam ainda que o envolvimento e a autonomia dos profissionais se relacionam com a despersonalização e com a realização profissional, sendo que quanto maior for a autonomia e o envolvimento menor será a despersonalização e maior a probabilidade de realização profissional. Maslach e Jackson (1981) também já haviam referido que a autonomia era preditora de realização pessoal.

Em 1994, Veitas et al. (1995) realizaram uma investigação no serviço de cuidados paliativos no Instituto de Oncologia Francisco Gentil, no Porto, e confirmaram que a morte não é bem aceite pelos profissionais, uma vez que estes estão vocacionados para prolongar a vida (Parreira & Sousa, 2000). Os resultados obtidos poder-se-ão, eventualmente, estender aos profissionais de emergência, onde os bombeiros se incluem, na medida em que também eles têm como missão o salvamento de vidas. Noutra investigação, Parreira (1998) comprovou que os enfermeiros que exercem as suas funções em serviços de maior contacto com doentes terminais e com índices elevados de mortalidade, apresentavam níveis de *burnout* mais altos.

Factores moderadores e mediadores associados ao stresse e ao burnout

Como sabemos, as vicissitudes existentes no ambiente não são intrinsecamente causadoras de stresse, mas antes potencialmente geradoras do mesmo. Existem inúmeros factores pessoais que tornam o indivíduo mais susceptível/vulnerável ao stresse, nomeadamente os *factores psicológicos* (traços de personalidade e características comportamentais) como a introversão/extroversão, a estabilidade emocional ou neuroticismo, o comportamento tipo A; os *factores físicos* (bem-estar físico, saúde, hábitos alimentares, exercício físico, trabalho, sono, padrões de relaxamento); os *factores associados às diferentes fases da vida do indivíduo* (família, profissão), os *factores demográficos e profissionais* (idade, género, raça, educação, estatuto sócio-económico); e as *ocupações e vocações*. Como se observa, a resposta individual ao stresse depende de uma complexa rede de aspectos.

Como se observa, o stresse e o *burnout*, para além da natureza das situações que os provoca, desenvolve-se em função de um conjunto importante de factores, factores esses que exercem uma influência difusa sobre as pessoas que a eles estão sujeitos. Estes factores são denominados factores moderadores e dizem respeito, como atrás se mencionou, a variáveis como a personalidade, o sexo e a idade, o tempo de serviço, a quantidade de trabalho e as condições do mesmo, a cultura organizacional, etc..

Por outro lado, existe um outro conjunto de factores, designados de mediadores, que podem potenciar ou proteger os sujeitos do stresse e do burnout. São exemplo de factores mediadores o trabalho por turnos, a percepção de redes efectivas de suporte social, a qualidade do ambiente familiar percebida, o relacionamento interpessoal e a qualidade do trabalho em equipa, as práticas religiosas, os estilos de vida, as estratégias de *coping* utilizadas, entre tantos outros.

Analisando a influência da personalidade enquanto factor moderador face ao stresse, Lautert, Chaves e Moura (1999) concordam com a importante contribuição dos aspectos individuais na ocorrência do stresse laboral, nomeadamente o papel da ansiedade e da personalidade Tipo A e, de acordo com Vaz Serra (2000), também a relevância das estratégias de *coping* utilizadas. Ainda no que concerne à personalidade e a sua influência sobre o burnout, os Lautert, Chaves e Moura (1999) referem que se observa uma maior propensão para esta síndrome entre os sujeitos empáticos, sensíveis, humanos e idealistas, mas também naqueles que apresentam um *locus* de controlo externo, sentimentos de auto-eficácia e centralidade do trabalho. Cebriá et al. (2001, citados por Casas, Repullo & Lourenzo, 2002) efectuaram um estudo sobre traços de personalidade e burnout e encontraram associações positivas entre a ansiedade e a instabilidade emocional e os elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização.

Mendes (1996, citada por Vaz Serra, 1999), num estudo levado a cabo com 147 enfermeiros de psiquiatria, comprovou a existência de uma correlação negativa significativa entre o *burnout* e a satisfação no trabalho, na qual os sujeitos que revelavam *burnout* não só tinham um *locus* de controlo

externo, como se deprimiam com facilidade. Este estudo permitiu perceber que o *locus* de controlo externo se associa com uma menor realização e motivação com vista ao sucesso.

Ainda no que se refere às respostas individuais ao stresse, há que salientar que na relação sujeito-ambiente, o meio envolvente pode, dependendo do indivíduo em questão, ser percebido (ou não) como um agente stressor. A estratégia de *coping* utilizada pelo sujeito tem aqui um papel determinante na medida em que se for adequada ao agente stressor pode fazer com que os sintomas de stresse não se evidenciem; ao contrário, caso a estratégia de *coping* utilizada não seja a mais adaptada, tanto os sintomas de stresse como o mal-estar físico e/ou psicológico podem fazer-se notar. Nesta perspectiva, dentro da avaliação cognitiva que se efectua, existem três factores essenciais a considerar: 1) *a forma como cada indivíduo avalia a situação com que se depara*; 2) *a percepção ou não de ter controlo sobre a situação*; 3) e finalmente, *o apoio ou suporte social a que pode ter acesso* (Vaz Serra, 1999).

Quanto às variáveis externas, o género e a idade são também importantes factores moderadores no que respeita ao desenvolvimento de stresse e de *burnout*. Queiroz e Saco (2003) relacionam a idade (superior aos 45 anos), o género e as características de personalidade com o desenvolvimento do burnout em enfermeiros. Jesus (2001, 2004) considera que existem outros factores associados a este fenómeno, nomeadamente factores de mal-estar profissional e pessoal.

Também Martinez (1997) ao estudar o *burnout* nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que trabalham em centros de saúde e hospitais, encontrou associações entre vários factores, nomeadamente entre o nível de *burnout* e o género, onde os níveis de *burnout* se apresentam mais elevados nas mulheres, sendo elas também a apresentar maiores níveis de exaustão emocional.

A idade parece relacionar-se também com a exaustão emocional (os mais idosos apresentam-se como indivíduos mais exaustos) e com a realização pessoal (os sujeitos mais velhos revelam menores índices realização pessoal).

Foram também encontradas associações entre o estado civil e a realização pessoal, sendo que os indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos apresentam valores mais elevados nesta dimensão do *burnout* (Martinez, 1997).

O mesmo autor encontrou ainda uma relação significativa entre a antiguidade na profissão e a realização pessoal, sendo que os sujeitos com mais tempo de profissão revelam níveis inferiores de realização pessoal.

Os resultados desta investigação provaram ainda haver associação entre a quantidade de trabalhadores por local de trabalho e a dimensão exaustão emocional e a falta de realização pessoal, superiores nos locais onde existem mais recursos humanos.

A quantidade de doentes parece também influir nos níveis da exaustão emocional (esta aumenta à medida que o número de doentes se eleva) e nos níveis de realização pessoal (quanto maior o número de doentes, menores os níveis de realização pessoal).

Nesta investigação constatou-se ainda que os profissionais que desempenham funções em hospitais têm níveis superiores de *burnout*, assim como as suas dimensões individualmente consideradas, comparativamente aos que trabalham em centros de saúde e que são os enfermeiros que revelam níveis superiores de burnout, comparativamente aos médicos.

Hernández (2003) estudou o burnout em médicos e enfermeiros que desempenhavam funções nos cuidados de saúde primários e nos cuidados diferenciados (ou secundários). Constatou haver associação entre o género e o *burnout* (as mulheres revelam índices superiores de *burnout* e apresentam níveis superiores em cada uma das dimensões do *burnout*), verificou ainda que são os médicos e os indivíduos que prestam serviço nos cuidados de saúde primários que apresentam valores superiores quanto ao burnout.

Segundo Michie, Ridout & Johnston (1996), para o sexo feminino, o duplo papel das responsabilidades familiares e profissionais parece ser uma potencial fonte de stresse. Pelo contrário, no estudo de McIntye, McIntyre e Silvério (1999) as enfermeiras com filhos apresentaram até menos níveis de stresse e relações mais cordiais com os pacientes.

Valdivia e Mèndez (2003) realizaram um estudo com médicos e enfermeiros e, embora não tivessem encontrado níveis elevados de burnout nestes profissionais, observaram a existência de correlações positivas entre esta síndrome e: a profissão de médico; o sexo masculino; a antiguidade no serviço; a vinculo laboral institucional precário; o estado civil solteiro ou divorciado/separado; a insatisfação laboral; e o facto de possuírem uma ocupação laboral fora do hospital.

Noutro estudo elaborado por Correia (1999) acerca do *burnout* em profissionais dos CAT's – Centros de Atendimento a Toxicodependentes, com uma amostra de 88 indivíduos (médicos e enfermeiros), concluiu-se que estes profissionais apresentavam elevados níveis de exaustão emocional, assim como valores medianos de despersonalização e altos níveis de realização profissional. Este estudo permitiu ainda concluir que os indivíduos do sexo masculino eram os que apresentavam valores mais altos de exaustão emocional e, no que se refere à idade, aqueles que se situavam abaixo dos 25 anos de idade, revelavam níveis mais altos de exaustão emocional. O tempo de exercício da função também revelou ser um indicador importante, tendo-se concluído que quanto menor a experiência profissional, mais exaustão e que, pelo contrário, quanto mais experiência, maiores são os níveis de despersonalização. Finalmente, acerca dos factores organizacionais, verificou-se que a pressão, o envolvimento e a autonomia, parecem associar-se ao *burnout*, salientando-se o facto da pressão ter sido a variável mais significativa (Correia, 1999) e ser a que influencia de forma positiva a exaustão emocional (Prince & Spence, 1994; Savicki & Cooley, 1994).

Em relação aos factores mediadores, mais concretamente no que se refere ao trabalho por turnos, Martins e Martins (1999) referem que este pode ser a causa do aparecimento de distúrbios nos enfermeiros, tanto ao nível da alteração dos ritmos biológicos, como da alteração do sono, como ainda da dessincronização da vida social e familiar, todos eles mediados por factores individuais e situacionais, como a idade, o género, o estado civil, o nível sócio-económico, a personalidade, as condições de trabalho, onde o *coping* tem um papel mediador.

Koller et al. (1990) e Costa (1996) também referem que às alterações do sono e dos hábitos alimentares se pode acrescentar no plano social as dificuldades em manter a interação com a família, preservando os contactos sociais e a prática de actividades nos tempos livres.

Ainda Kandolin (1993, citado por Martins, 2004), num estudo realizado em profissionais de saúde que praticam trabalho por turnos, detectou correlações entre as três dimensões do *burnout* e este tipo de modalidade laboral.

No Hospital Distrital de Faro foi realizada uma investigação sobre o *burnout* em enfermeiros, onde participaram 510 indivíduos. Fez-se a comparação entre um grupo com horário fixo e um grupo com trabalho por turnos e verificou-se que os níveis de *burnout* eram 80% superiores nos profissionais que trabalhavam por turnos, comparativamente àqueles que tinham horário fixo (20%). Outra das conclusões extraídas desta investigação, prende-se com o facto dos profissionais que escolheram o serviço onde desempenham funções apresentarem níveis inferiores de *burnout*, comparativamente àqueles que não escolheram (Junior et al. 2002).

A família e a forma como são percebidas as relações estabelecidas entre os seus vários membros parece ser um importante factor de promoção ou, pelo contrário, de protecção face ao desenvolvimento do stresse e do *burnout*. Em 2004, numa investigação acerca do *burnout* no trabalho e na relação conjugal, efectuada com 965 enfermeiros portugueses, concluiu-se que em cada quatro enfermeiros um apresenta *burnout* no trabalho e que, em relação ao relacionamento afectivo com o seu cônjuge, 4 a 10% apresentam exaustão emocional, física e mental nesta relação, a par dos 35% que viviam em equilíbrio instável e dos 54,96% que revelavam uma boa relação conjugal.

Esta investigação concluiu ainda que os profissionais que trabalham por turnos demonstram menos eficácia profissional do que os colegas com horário fixo; e, mais uma vez, que a idade influencia os níveis de *burnout* no trabalho, já que os jovens profissionais parecem encontrar-se mais exaustos emocional e fisicamente, embora sejam menos cínicos, dos que os profissionais mais velhos, nos quais a exaustão é menor mas o cinismo é superior. Verificou-se ainda um decréscimo

na eficácia destes profissionais de enfermagem quando não existe envolvimento ou coesão grupal, ou quando existe confusão de papéis e de orientações (Queirós, 2005).

O relacionamento interpessoal é outro dos factores que assume particular relevância em relação à protecção ou promoção do stresse e do *burnout*. Numa profissão humanitária como a de bombeiro, as relações interpessoais assumem um papel primordial, até porque para que estes profissionais possam prestar cuidados é fundamental que estabeleçam relações interpessoais eficazes, não só com os utentes mas também com a equipa multidisciplinar com quem trabalham.

As investigações efectuadas com profissionais de saúde em geral que têm procurado identificar os factores de stresse e mal estar nestes profissionais, evidenciam a importância que as relações interpessoais assumem nas profissões de ajuda e a forma como os profissionais percebem este tipo de relação como um benefício ou malefício para o bem estar pessoal e profissional.

De acordo com Jesus (2001), dos 22 enfermeiros participantes no seu estudo, 100% referiram a dificuldade nos relacionamentos interpessoais como uma das principais fontes de mal-estar/stresse a nível profissional.

Queirós (2003) procurou identificar as causas de mal-estar/stresse nos profissionais de enfermagem e concluiu que dos 181 participantes, 35% referiram o relacionamento interpessoal no seio da equipa multidisciplinar como fonte de stresse e mal-estar na sua vida profissional.

Jesus (2004), referindo-se à profissão docente (que à semelhança da profissão de bombeiro é uma profissão humanista, onde as relações interpessoais assumem igualmente grande relevância) salienta que a satisfação ou insatisfação destes profissionais depende directamente do sucesso ou insucesso que adquirem nas suas relações interpessoais com alunos, colegas e encarregados de educação.

As relações interpessoais estabelecidas no trabalho com os superiores hierárquicos, com os subordinados e com os colegas de trabalho em geral são relevantes para a promoção ou protecção do stresse e *burnout* no sujeito, na medida em que estes tanto podem constituir uma fonte de suporte/apoio como uma potencial fonte de stresse. Os colegas de trabalho, por exemplo, pelo

facto de passarem tantas horas juntos no local onde desempenham as suas funções podem, evidentemente, constituir uma fonte de apoio social ou, por outro lado, conduzir a uma fonte de tensão. Aliás, quase unanimemente os autores defendem que num grupo de trabalho as boas relações são uma condição determinante na saúde do indivíduo e da organização em si (Cooper & Marshall, 1982, citados por Cruz e tal. 2000; Vaz Serra, 1999).

O local de trabalho é outro aspecto que pode funcionar como um factor redutor do stresse e do *burnout*, pela grande influência que tem sobre o trabalhador. Em estudos realizados por Cooper e Marshal (1978), constatou-se que um melhor ambiente social e psicológico na organização encoraja a comunicação e a confiança, de maneira a que a pessoa possa abordar as suas incapacidades, obtendo a ajuda de que necessita.

Também o próprio clima organizacional pode ter influência no desenvolvimento de stresse nos trabalhadores. McIntye e tal. (1999), num estudo efectuado a 62 enfermeiros do norte de Portugal, afirmam que as quatro fontes de stresse ocupacional de origem organizacional são a sobrecarga de trabalho, as más condições físicas e técnicas, a carência de recursos humanos e um excessivo número de doentes. Esta opinião é em parte partilhada por Cruz e tal. (2000), que para além das más condições físicas de trabalho, relatam os meios ou recursos disponíveis, o excesso de horas de trabalho e as tarefas com elevado grau de dificuldade como factores importantes na saúde do profissional.

Ainda em relação aos factores organizacionais, verificou-se que a pressão, o envolvimento e a autonomia, parecem associar-se ao *burnout*, salientando-se o facto da pressão ter sido a variável mais significativa (Correia, 1999) e ser a que influencia de forma positiva a exaustão emocional (Prince & Spence, 1994; Savicki & Cooley, 1994).

A instabilidade/insegurança no trabalho parece igualmente corresponder a uma potencial fonte de stresse e, a este respeito, provou-se que a fraca satisfação no emprego, o fraco rendimento e produção no trabalho se associam ao stresse do planeamento da carreira (Ivancevich & Matteson, 1980).

Por outro lado, um outro aspecto que pode contribuir para o desencadear de stresse laboral e que ocorre, por exemplo, nos profissionais de enfermagem, relaciona-se com o investimento relacional nos pacientes. Nestes casos, o enfermeiro espera uma espécie de gratidão como recompensa, em troca da empatia, da atenção e do carinho que dedicaram ao paciente (Buunk & Schaufeli, 1993, citados por Schaufeli e tal. 1993).

Gatti e tal. (2004) postula que o tipo de trabalho dos enfermeiros é dos mais stressantes, sendo que a intensidade do stresse varia de acordo com o trabalho desempenhado bem como o serviço onde se desempenham as funções. Alguns estudos efectuados com profissionais de saúde, nomeadamente com enfermeiros, revelam que estes são muitas vezes confrontados com as suas próprias limitações na tentativa de impedir o avanço das doenças ou de promover a cura dos doentes com quem trabalham. Associado a este sentimento de impotência, surge muitas vezes o sentimento de frustração, considerado, só por si, um stressor potencial. Estes sentimentos, associados a outros riscos e complicações, nomeadamente ansiedade e stresse, são passíveis de influenciar o bem-estar destes profissionais, assim como o seu desempenho e a qualidade dos serviços que prestam (Ferreira, 1999; Souza, Campos, Silva & Souza, 2002). Aliás, de uma maneira geral, pensamos que esta condição é exportável para outros profissionais de ajuda, nos quais se incluem os bombeiros.

Continuando a nossa análise acerca dos factores mediadores, há que considerar que desde a década de 60 que se tem vindo progressivamente a reconhecer que, ainda que o stresse seja um aspecto inevitável da vida humana, são as estratégias de *coping* que fazem a grande diferença. Assim sendo, tão importante como definir e caracterizar o stresse, é conhecer e compreender as estratégias de *coping* de que cada indivíduo dispõe. Grande parte dos estudos são unânimes em afirmar que um indivíduo com estratégias de *coping* adequadas sente que possuiu um bom controlo sobre as situações com que se vai deparando. As estratégias ou mecanismos que utiliza permitem não só o confronto com os problemas e a sua activa resolução, como reduzem os estados de tensão e permitem que a vida quotidiana não seja perturbada por acontecimentos stressantes. Estes

indivíduos não se deixam, por norma, responsabilizar pelas consequências menos boas dos acontecimentos.

Coping pode ser definido como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir situações específicas, externas ou internas, que são percebidas como colocando à prova ou sobrecarregando os recursos de um indivíduo” (Lazarus, 1993, citado por Pereira e Jardim, 2006, pp. 28). Os estilos de *coping* dependem fundamentalmente dos recursos percebidos como disponíveis e das dificuldades que o indivíduo possa ter em operacionalizá-los dentro do contexto de determinada interação. Santos, Pais Ribeiro & Guimarães (2003) concordam com a difícil tradução do conceito de *coping*, no entanto, definem-no como um “conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação, independentemente do seu resultado” (pp. 441).

Para Jesus (1998) o *coping* pode ser de tipo *Instrumental* (centrado na resolução do problema) ou *Paliativo* (visa aliviar ou minimizar as consequências de um acontecimento que não pode ser alterado), sendo considerado adequado quando resolve a situação e inadequado quando a mantém. Para Folkman e Lazarus (citados por Vaz Serra, 1999) as estratégias de *coping* podem ser *orientadas para a resolução de problemas*, em que o sujeito conduz os seus esforços no sentido da resolução da situação indutora de stresse ou *orientada para o controlo das emoções*, em que o indivíduo tenta diminuir o estado de tensão emocional através de mecanismos redutores dos estados de tensão.

Os esforços realizados pelo indivíduo, embora de natureza variada nem sempre implicam a resolução do problema já que a eficácia não só depende dos recursos específicos, pessoais e sociais do próprio indivíduo, dependendo também da própria situação indutora de stresse (Serra, 1987; Serafino, 1997; Serra, 1999, citados por Santos *et al.*, 2003). Os recursos, como diz Vaz Serra (1999), são relativos a aspectos muito diversos, como a experiência pessoal, a maneira de ser, a capacidade económica e quanto maior o número de recursos disponíveis menos relevantes e inquietantes se tornam as situações.

O stresse e a resposta a uma nova situação são mediados por dois processos: o *coping* e a avaliação cognitiva (Ribeiro, 1998, Vaz Serra, 1999; Lazarus, 1999). Ambos influem na adaptação

do indivíduo, na medida em que visam a diminuição da probabilidade de situações stressantes provocarem prejuízos, assim como visam também a redução das reacções emocionais negativas e, neste sentido, *copng* e avaliação cognitiva podem ser entendidos como mediadores de resposta emocional (Martins, s/d,; Santos e Castro, 1998, citados por Costa e Leal, 2006; Vinay, Esparbés-Pistres e Tap, 2000, citados por citado por Costa e Leal, 2006).

A avaliação cognitiva inclui uma *avaliação primária*, onde o indivíduo avalia se a transacção é ou não significativa para o seu bem-estar, podendo esta ser positiva, irrelevante ou negativa (stressante), sendo que neste último caso deverão envolver situações ou de dano/perda, ou de ameaça ou de desafio; inclui também uma *avaliação secundária*, na qual o sujeito avalia se algo poderá ser feito no sentido de ultrapassar o prejuízo, examinando não só os recursos de natureza fisiológica, psicológica, social e material, como também as opções de disponíveis (por exemplo, procura de informações relevantes, modificação ou aceitação da situação, etc.) (Folkman *et al.*, 1986). Vasco (1985) relaciona os conceitos de avaliação cognitiva e significado, sendo que o segundo é o resultado do primeiro e são ambos são responsáveis pela vasta diversidade de diferenças individuais em respostas emocionais a situações semelhantes (citado por Costa e Leal, 2006).

Há que ter em consideração que uma estratégia específica pode ser adaptativa numa dada situação e noutra não funcionar. Costa e Leal (2006), citando Repetti (1991), mencionam que o retraimento social, por exemplo, é uma estratégia de *copng* facilitadora da adaptação a curto prazo, que pode ajudar a regular as respostas emocionais apoiando a restauração do estado afectivo. As *estratégias de evitamento* (como a negação, o afastamento e a fuga ao problema), apesar de numa primeira fase de confronto com a situação stressora parecerem eficazes, podem, no entanto, tornar-se num factor de risco se utilizadas de forma crónica (Stroebe & Stroebe, 1999; Holahan, Moos & Schaefer, 1996, citados por Costa & Leal, 2006).

Jesus (1998) e Vaz Serra (1999) acreditam que, numa situação de stresse pouco intensa, os sujeitos utilizam a estratégia de resolução de problemas e que, quando o stresse é mais evidente, os

esforços vão no sentido de diminuir os estados de tensão emocional. Para além das estratégias de confronto, evitamento ou escape, Jesus & Costa (1998) referem outra categoria do *coping*, denominada de gestão dos sintomas, que diz respeito às estratégias que integram as actividades de lazer ou de ocupação dos tempos livres. No caso dos professores, como alerta Jesus (1998), estas estratégias não têm associação particular ou directa com os problemas de vida dos profissionais mas antes com a ocupação dos tempos livres, podendo contribuir para uma melhor gestão dos sintomas associados ao mal-estar. Ver televisão, dormir, comer, estar com amigos, praticar desporto ou fazer relaxamento são apenas alguns dos exemplos do que pode ser posto em prática.

Também Coleman (1993, citado por Santos *et al.*, 2003) partilha da opinião de que “o lazer pode beneficiar os mecanismos para lidar com uma situação indutora de stresse” (p. 441), podendo produzir mecanismos de *coping* que permitam lidar melhor com os acontecimentos desencadeadores de stresse (Coleman & Iso-Ahola, 1993, citados por Santos *et al.* 2003).

Os estudos actualmente têm uma abordagem desenvolvimental, uma abordagem que procura compreender o processo de *coping* não só relacionado com situações de doença (Cleto, 1998), ou apenas associado às características de personalidade (Kobasa, 1979). As estratégias de *coping* para episódios de stresse, incluem aspectos do *self* (estratégias de resolução de problemas, auto-estima positiva, etc.) e do meio social (por exemplo, a disponibilidade de uma estrutura de suporte social) que podem facilitar ou tornar possível o sucesso da adaptação à vida stressante (Compas, 1987).

Não obstante, em situações limite, em que os recursos de *coping* não são suficientes para lidar com o stresse ocupacional, pode surgir o *burnout*. Tem-se observado, aliás, que alguns indivíduos em situação de *burnout*, apesar de mal sucedidos, se continuam a envolver nas situações, persistindo, teimando em resolvê-las, sem se aperceberem de que, para melhor prevenir o agravamento dos sintomas, deveriam ficar afectivamente mais desligados do trabalho. Para os profissionais de ajuda é fundamental encontrar um equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal/privada, procurando realizar-se em ambas as vertentes.

Falar com alguém acerca do seu problema ou fugir dele de forma real ou imaginária através, por exemplo, da realização de actividades prazerosas, como idas ao cinema, ouvir música, assistir a uma espectáculo, são apenas duas formas individuais de lidar com o stresse. Porém, existem outros sujeitos que utilizam formas mais subtis de fuga ou de evitamento e dedicam-se mais às suas actividades profissionais ou à concretização de actividades que lhe prendem a atenção esquecendo, deste modo, o problema que os desgasta. Existe também quem procure fugir no tempo e nos espaço viajando, ou quem tente actuar directamente na emoção, bebendo álcool, fumando, automedicando-se, alimentando-se excessivamente ou relaxando (Vaz Serra, 1999).

Mitchell, Cronkite e Moos (1983, citados por Vaz Serra, 1999) afirmam que as pessoas que tendencialmente usam as estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas ficam menos deprimidas do que as restantes. Vaz Serra (1999) também se reporta a um estudo efectuado por Bhagat e outros, em 1991, acerca dos efeitos do stresse ocupacional, onde conclui que, em relação às dificuldades do trabalho, as estratégias focadas no problema evitavam que as pessoas se viessem a sentir doentes e reduziam os efeitos dos stresse organizacional, enquanto que as estratégias focadas na emoção, promoviam períodos de maior despersonalização. Outros estudos, apontam para a relação entre o *coping* e a ansiedade, explicando que a ansiedade estimulante pode associar-se a níveis mais elevados de *coping* centrado na tarefa, sendo considerado mais adaptativo, ao passo que a ansiedade mais debilitante, se encontra associada a níveis mais elevados de *coping* centrado no evitamento, sendo considerada mais disfuncional (Prisco & Fontaine, 1999).

Num estudo realizado com 23 casais, Handy (1978) concluiu que quando a família tem um padrão de casamento que se adequa às circunstâncias do trabalho e das ambições da vida e ao mesmo tempo às prioridades do indivíduo, a família é uma base de auxílio e não de transtorno. Evans e Bartolomé (1984, citados por Vaz Serra, 1999) consideram que o trabalho tem uma influência maior sobre a família do que o contrário.

Jesus e Costa (1998) consideram que os sujeitos com uma relação familiar estável, com boas relações sociais e integrados no meio em que residem, são menos vulneráveis a sintomas de *distresse*.

Noutras investigações acerca do apoio social como recurso do *coping*, os resultados apontam para a existência de uma relação directa entre o apoio social e o ajustamento, entre a interacção com os acontecimentos de vida e o apoio social e a sua relação com o bem-estar (Compas, 1987). Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados por Cooper e Marchal (1978), onde um melhor ambiente social e psicológico da organização encoraja a comunicação e a confiança para que a pessoa possa abordar as suas incapacidades, obtendo a ajuda de que precisa.

Ainda em relação aos mecanismos de *coping*, diversos trabalhos têm demonstrado haver associação entre as estratégias de evitamento ou escape e o *burnout* (Etzion & Pines, 1986; Reig & Caruana, 1990). Mais concretamente, Rotman (1988) associa este tipo de mecanismo à exaustão emocional e à despersonalização.

Num estudo realizado com técnicos de saúde mental, efectuado por Thornton (1992), constatou-se que os sujeitos com estratégias de escape/evitamento, perante os problemas, demonstravam ser os que desenvolviam mais facilmente sintomas de exaustão emocional, despersonalização e de falta de realização pessoal (Vaz Serra, 1999).

Mendes (1996), num estudo realizado com 147 enfermeiros de psiquiatria comprovou a existência de uma correlação negativa significativa entre o *burnout* e a satisfação no trabalho, na qual os sujeitos que revelavam *burnout* não só tinham um *locus* de controlo externo, como deprimiam com maior facilidade. Segundo a autora, esta investigação comprova que o *locus* de controlo externo se associa a uma menor realização e motivação com vista ao sucesso (Vaz Serra, 1999).

Prisco e Fontaine (1999) ao relacionar a ansiedade com o *coping* e o género, concluiu que as mulheres, tal como os homens (embora estes com valores maiores), utilizam estratégias de *coping* centradas na resolução do problema.

Cleto (1998) afirma ainda que as mulheres desenvolvem estratégias de *coping* centradas na emoção e procuram apoio social em quase todas as situações, mais do que os sujeitos do sexo masculino.

Por outro lado, numa investigação com 150 enfermeiras, escolhidas aleatoriamente, Cheslowitz (1989) observou níveis inferiores de *burnout* nas que usavam estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, que revelavam possuir uma percepção positiva, nas que procuravam o apoio social e nas que utilizavam estratégias de controlo.

McIntyre e tal. (1999), efectuaram também estudos com enfermeiras acerca dos seus recursos de *coping* e constataram que as estratégias mais usadas eram o apoio social, a liberdade financeira, a monitorização do stresse, a sociabilidade e a confiança. Por outro lado, os recursos menos utilizados foram a forma física, o controlo e a resolução de problemas, curiosamente, os mais frequentemente usados por enfermeiros de outros países.

Nos profissionais de saúde a estratégia de *coping* mais adequada é aquela que é orientada para a resolução de problemas, ao invés de estratégias de evitamento ou de lamentação. Na verdade, estes profissionais, devido às características da sua profissão (onde por vezes é necessário agir com rapidez, sobretudo nas emergências), utilizam mais frequentemente estratégias de resolução de problemas e estratégias de controlo (Jesus & Costa, 1998).

Mediador é também o papel que os *estilos de vida* podem ter no desenvolvimento de stresse e *burnout*, promovendo-os ou prevenindo-os. O conceito estilo de vida é definido como algo que expressa o modelo de vida de uma pessoa, em relação às actividades, aos seus interesses e opiniões, tratando-se de uma imagem do indivíduo em interacção com o seu meio (Kotler, 1997, citado por Finotti, 2004). Já Lalonde (1974, citado por Ribeiro, 1998) afirma que se trata de um conjunto de decisões pessoais que afectam a vida do indivíduo e sobre as quais ele consegue ter algum controlo.

Dias et al. (2003, citados por Finotti, 2004) definem estilo de vida como “(...) o factor que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades e no comportamento em geral (...). O estilo de vida reflecte o que as pessoas pensam de si mesmas e o que valorizam” (p. 13).

Em 1988 a OMS deu um importante contributo no impulsionamento do estudo acerca dos *estilos de vida* (que define como um conjunto de padrões comportamentais, muito relacionados entre

si, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores) e colocou definitivamente o indivíduo e a sua relação com o meio ambiente no centro desta temática (Ribeiro, 1998).

Dentro da temática dos estilos de vida alguns hábitos podem constituir-se como mediadores entre a exposição aos factores de stresse e as suas consequências para a saúde física e mental. Esses mediadores podem actuar tanto como factores de protecção como potenciar ainda mais os efeitos nefastos do stresse sobre a saúde individual. Estão entre os primeiros o exercício físico regular, o envolvimento com os pares, o desenvolvimento de laços e vínculos familiares calorosos, as práticas religiosas, viver em locais com clima ameno, consumir bens culturais regularmente, desenvolver laços de pertença com grupos e comunidades (Cruz, 2007). Em relação aos segundos foram referidos o consumo de tabaco, álcool, drogas, automedicação, inactividade, consumo exagerado de televisão, consumo exagerado de videojogos ou de Internet, hábitos de jogo, etc. (Cruz, 2007).

Pacheco e Jesus (2006) defendem que no estilo de vida de cada sujeito, é importante a adopção de comportamentos de saúde para que se aumentem as hipóteses de atingir um bom estado de saúde.

Actualmente, um dos domínios da psicologia assenta no estudo dos factores de stresse e nas estratégias empregues para os resolver, recorrendo a estilos de vida saudáveis (Ribeiro, 1998; Jesus, Pacheco & Santos, 2003; Ogden, 2004). Vaz Serra (2000), citando Flannery (1989) refere que existem determinadas atitudes e comportamentos desejáveis que constituem verdadeiras opções de vida, podendo atenuar os efeitos do stresse sobre o sujeito e sendo passíveis de qualquer um deles poder ser praticado ou aprendido.

Para Jessor (1982, citado por Matos et al. 1996), os comportamentos orientados para a saúde e os estilos de vida na idade adulta são, em grande medida, o resultado do desenvolvimento durante a adolescência.

Na visão de Ruiz Olabuénaga (1998) os estilos de vida são fundamentalmente uma diversidade de tipos de comportamentos que surgem por detrás de um modelo unificado de atitudes,

multidimensionais, dificilmente perceptíveis, quase individuais e em permanente transformação e cuja dinâmica não obedece a nenhuma lógica social, económica ou política externa, podendo inclusivamente mudá-la (Comas et al. 2003).

O exercício físico moderado, realizado de forma regular, a par de uma alimentação saudável e equilibrada, é um importante factor de promoção da saúde individual. Actualmente, as recomendações passam pela prática de exercício moderado e visam não só melhorar a aptidão funcional como também evitar a doença (Ogden, 2004).

Em termos físicos, o exercício pode trazer benefícios na redução das hipóteses de contrair doenças, melhora o humor e o funcionamento mental e ajuda a manter a independência pessoal na velhice (Ogden, 2004). Em termos psicológicos, existe correlação entre a prática de exercício físico e os níveis de depressão, assim como no que diz respeito à diminuição dos níveis de ansiedade, ao afastar a atenção do sujeito daquilo que o torna ansioso (Ogden, 2004). King e colaboradores (1992, citados por Ogden, 2004), assim como Plante e Rodin (1990) afirmam que o exercício físico pode aumentar o bem-estar psicológico do indivíduo, melhorando também a sua auto-estima e a sua auto-confiança, que se reflecte em sentimentos de auto-realização e auto-eficácia.

A prática de exercício físico também tem sido vista como um factor mediador em relação à resposta ao stresse, não só porque pode modificar (através da distração ou da diversão) a avaliação de uma situação potencialmente stressora como também pode funcionar como uma potencial estratégia de *coping*, que pode ser activada de cada vez que uma situação for considerada stressante (Ogden, 2004).

Ribeiro (1998), referindo-se a uma investigação realizada por Brown e Siegel (1988) com 364 estudantes do sexo feminino, afirma que o impacto negativo das situações geradoras de stresse sobre a saúde decrescia quando se evidenciava um aumento do exercício físico.

A prática do exercício físico relaciona-se igualmente com melhorias ao nível do sono. Morin et al. (1999, citados por Haber, 2003), quando compararam a eficácia do exercício físico com a

medicação, concluíram que a terapia assente nos comportamentos de relaxamento e exercício físico era mais eficaz comparativamente ao uso de drogas.

O exercício físico pode, conjuntamente com o relaxamento, ajudar no controlo do stress, da mesma forma que o apoio de amigos e/ou familiares, uma vez que estes poderão ser, para além de confidentes, uma fonte de motivação (Fisher, 1989, Pereira, 1997, citados por Jardim & Pereira, 2006). A actividade física, o desporto e as actividades de lazer promovem a saúde física e mental dos indivíduos. O desporto, se praticado como actividade de grupo, pode promover o apoio social, promovendo o bem-estar do indivíduo (Dubert, 1982).

Por outro lado, a prevenção de doenças passa necessariamente também pela revisão (e, por vezes, correcção) dos nossos hábitos alimentares e dos comportamentos que fazem parte do estilo de vida que praticamos. O comportamento alimentar e a nutrição podem assumir uma dupla vertente, ora de factores de risco, ora de factores promotores da saúde e protectores de inúmeras doenças (Ribeiro, 1998). Uma alimentação saudável, equilibrada e variada pode ajudar a nossa saúde, evitando o excesso de peso e a obesidade e contrariando os efeitos da vida sedentária que cada vez mais se pratica. A nossa dieta deve ser variada o mais possível, equilibrada, doseada e adequada às necessidades individuais de cada um, respeitando sempre a sazonalidade dos alimentos (Ferreira, 2004). Três a quatro refeições diárias, tomadas calmamente, ajudam a relaxar e acrescenta que uma alimentação equilibrada ajudar o organismo a lidar melhor com a tensão (Soares, 2004).

Em relação às bebidas alcoólicas, sabe-se que no nosso país o consumo tem sido tradicionalmente muito elevado e tem trazido óbvias repercussões (directas e indirectas) na saúde pública embora, por razões culturais, económicas e políticas a intervenção nesta área tenha vindo a ser sucessivamente adiada para um nível não prioritário (Carvalho, 2003). Em ambos os sexos o álcool está associado a inúmeras doenças e, naturalmente, quanto maior o nível de consumo maiores serão os danos para a saúde do indivíduo (Breda, 2003).

Nos últimos anos, vários estudos têm evidenciado a relação entre o cancro da mama e o consumo de álcool, assim como associação entre o álcool e as doenças coronárias (ainda que se

saliente que o seu consumo até 50 gramas/dia reduza em 25 a 50 % o risco desta doença). Em todas as faixas etárias e em ambos os géneros se evidencia uma relação negativa entre o consumo de álcool e as doenças coronárias, relação que é mais forte em sujeitos mais velhos. Mas existem outros efeitos negativos conhecidos relativos ao consumo de álcool (que aumentam conforme aumenta também o consumo destas bebidas), nomeadamente nas amizades e relações sociais, na saúde e no bem-estar, na felicidade, na vida familiar e laboral, nos estudos, nas oportunidades de emprego, risco de acidentes, de suicídio, violência intencional contra si ou contra os outros, à violência familiar, crimes violentos e outros comportamentos criminais (Breda, 2003).

O Inquérito Nacional de Saúde, desenvolvido em 1998 e 1999, onde participaram 48 606 indivíduos, deu a conhecer que os homens consomem mais do que as mulheres e em ambos os casos o consumo cresce com a idade até aos 45 anos, havendo depois um decréscimo relativamente ao consumo (Ferreira & Lourenço, 2003).

Na Finlândia, em investigações efectuadas com os profissionais de saúde, mais concretamente num estudo realizado por Juntunen et al. (1988, citado por Vaz Serra, 1999) com 2671 médicos, concluiu-se que o consumo de bebidas alcoólicas era superior ao consumo da população em geral.

Vaz Serra (1999) refere que, no caso dos enfermeiros, se regista um envolvimento com consumo de álcool, drogas ilícitas ou psicofármacos quando ocorrem situações stressantes. Plant, Plant e Foster (1992, citados por Vaz Serra, 1999) concluíram, no seu estudo com 600 enfermeiros da Escócia, haver associação entre o stresse e o consumo de álcool e, no caso das mulheres, esta relação estende-se ao consumo de drogas ilícitas.

Também Hingley e Cooper (1986, citados por Sutherland & Cooper, 1990) concluíram, noutra investigação efectuada, que em 52% de uma amostra de enfermeiras com cargos de chefia, como forma de se relaxar, consumiam álcool de modo regular.

O consumo de tabaco é um também dos comportamentos que influenciam a saúde e que ao longo dos anos mais tem sido alvo de diversos estudos. Sabe-se que nos países desenvolvidos, o

tabaco é hoje a primeira causa evitável de doença e de morte. Actualmente morrem cerca de 4,9 milhões de pessoas em todo o mundo, resultante deste consumo (Nunes, 2003).

No que diz respeito à população Portuguesa, sabe-se que dos países da União Europeia, Portugal continua a ser o país com menor prevalência de fumadores. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999), 68% dos indivíduos que participaram na amostra referiram nunca ter fumado (47% são homens e 57% são mulheres), 13% referiu ser ex-fumador (22% são homens e 4% são mulheres) e 19% diz ser actualmente fumador (30% são homens e 9% são mulheres) (Rodrigues, 2003).

Ribeiro (1998) afirma que no nosso país a percentagem de pessoas que fumam não ultrapassa os 30% e que a percentagem de homens é superior à das mulheres. Rodrigues (2003), por outro lado, faz referência a que em 2001 tenha ocorrido uma redução no número de cigarros vendidos. Porém, refere também que o consumo de tabaco nas mulheres portuguesas tem vindo a aumentar, sendo que em 1987 as mulheres com idade superior a 15 anos apresentavam valores de 5%, em 1996 o valor subiu para 6,5% e em 1999 o valor cresceu ainda mais para 7,9%.

No que diz respeito à temática do sono e através de dados fornecidos pelo laboratório do sono do Hospital de Santa Maria, sabe-se que em Portugal 30% dos portugueses sofre de insónia moderada a severa, sendo que a sua privação aumenta a incidência de determinadas doenças (hipertensão, diabetes, obesidade) e potencia a ocorrência de acidentes (rodoviários e domésticos), dado que aumenta a fadiga e, conseqüentemente, diminui a capacidade de concentração (Paiva, 2005). Os profissionais que trabalham por turnos, como por exemplo os bombeiros, os médicos e enfermeiros, têm uma probabilidade acrescida de virem a desenvolver problemas de sono. Não obstante, estes também podem advir de causas pessoais ou serem causados por alguma doença, podendo tratar-se de um problema persistente ou apenas uma dificuldade transitória.

Aliado ao problema das insónias, surge a consumo de hipnóticos (indutores do sono) e Portugal é o segundo país da União Europeia na prescrição destes fármacos (Farmácia Saúde, 2004). Por outro lado, sabe-se também que, no nosso país, o consumo de medicação por iniciativa

própria (auto-medicação) é uma prática comum e preocupante, do ponto de vista da saúde pública. Em 2003, num estudo da Associação Europeia da Indústria da Automedicação, concluiu-se que quase um quarto dos portugueses (25%) compra regularmente medicação sem prescrição médica e que os medicamentos mais consumidos são os antibióticos, os tranquilizantes, os analgésicos e os antipiréticos (Lucena, 2005).

No que se refere a estudos efectuados com profissionais de ajuda, Vaz Serra (1999) citando um estudo desenvolvido por Valliant et al (1970) acerca do comportamento dos médicos, 20 após terem sido estudantes universitários e comparando-os com outras profissões, constatou a existência de uma maior prevalência do uso de tranquilizantes e de comprimidos para dormir. Ainda nesta linha de raciocínio, quando Matos et al (1999) estudaram o *burnout* em profissionais de saúde, se concluiu que em 10% dos médicos e 25% de enfermeiros e outros profissionais de saúde se registavam consumos de analgésicos; outra das constatações relaciona-se com facto de 5,5% dos médicos ser consumidor de tranquilizantes, a par de 7,3% dos enfermeiros e outros profissionais.

Num trabalho, desenvolvido por Pacheco (2005) com 357 profissionais de saúde, trabalhando em Hospitais do Algarve, este autor concluiu encontrou correlações muito significativas entre os estilos de vida adoptados por esses profissionais e os níveis de *burnout* experimentados. Hábitos como fumar, consumir álcool e consumir psicofármacos associavam a estilos de *coping* centrados no evitamento e na gestão de sintomas correlacionavam-se, de forma significativa, com maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização, e menores níveis de realização pessoal. Em contrapartida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis, como a prática de exercício físico regular, dormir o número de horas adequadas, envolver-se em relações sociais gratificantes e ter hábitos de leitura associavam-se a uma diminuição significativa dos níveis de exaustão e despersonalização e ao aumento dos níveis de realização pessoal.

CAPÍTULO III _ METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se dum estudo empírico, de natureza exploratória, transversal e correlacional, utilizando uma amostra composta por bombeiros no activo, de ambos os sexos, trabalhando em várias corporações do Distrito de Setúbal, como mais à frente se especifica.

Objectivos e questões de investigação

Os bombeiros, enquanto profissionais de ajuda, pela natureza das suas funções são, por excelência, considerados como profissão de risco. Por esta razão parecem, à partida, mais vulneráveis ao desenvolvimento de *burnout*, para além da exposição frequente a situações stressantes na sua essência, muitas vezes implicando risco de vida para si ou para terceiros.

Existem diversas investigações efectuadas com outros profissionais de ajuda que têm revelado níveis elevados de stresse e de *burnout*. A não existência, ao nosso conhecimento, de estudos semelhantes com as corporações de bombeiros sugeriu-nos a realização deste trabalho de investigação. Em virtude da sua natureza exploratória, optámos pela elaboração de questões de investigação, em lugar das hipóteses tradicionais, por nos parecer mais adequado à natureza do estudo e metodologicamente mais rigoroso. São as seguintes as nossas questões de investigação:

a) Quando comparados com outros profissionais de ajuda, os bombeiros portugueses apresentam níveis de *burnout* relativamente superiores? No caso afirmativo esses superiores níveis de mal-estar revelam-se por níveis superiores de exaustão emocional, de despersonalização, ou por níveis inferiores de realização pessoal, ou ainda por qualquer uma combinação que traduza níveis superiores de *burnout*?

b) Em que medida as variáveis secundárias ou externas, como as características sócio-demográficas, estão relacionadas com os níveis de *burnout* dos bombeiros da nossa amostra?

c) De que forma a vulnerabilidade individual ao stress induz níveis crescentes de *burnout* nestes profissionais?

d) Em que medida o número de exposições a situações envolvendo dramas humanos tende a fazer aumentar, correlativamente, os níveis de *burnout* dos bombeiros portugueses?

e) Em que medida a condição de trabalhar por turnos altera os resultados às dimensões do *burnout* dos bombeiros da nossa amostra?

f) Em que medida as variáveis mediadoras (qualidade do ambiente familiar percebido, condições laborais, incluindo o trabalho de equipa, práticas religiosas e percepção da disponibilidade de suporte social, quando necessário) influem nos níveis de *burnout* dos bombeiros?

g) Em que medida a variável mediadora estratégias de *coping* altera o sentido dos resultados nas três dimensões do *burnout*?

h) De que forma é que os estilos de vida adoptados facilitam ou inibem o desenvolvimento de *burnout* entre estes profissionais? E, em sentido inverso, em que medida a qualidade dos estilos de vida pode ser afectada pela presença de níveis de *burnout* exacerbados?

i) Até que ponto níveis crescentes de *burnout* induzem um aumento das queixas relacionadas com a saúde física desses profissionais e influenciam a avaliação subjectiva da sua qualidade de saúde?

Amostra e Procedimentos

A amostra recrutada para esta investigação compõe-se de todos os bombeiros de ambos os sexos, em situação activa, que soubessem ler e escrever com fluência, desempenhando as suas funções em corporações do distrito de Setúbal, mais concretamente nas corporações de Alcácer do Sal, Vila Nova de Santo André e Cercal. Neste sentido não se trata duma amostra de conveniência já que integrou a totalidade da população de referência.

O facto de se ter optado por corporações de bombeiros do distrito de Setúbal prende-se com o facto deste distrito ter elevados índices de ocorrências (sinistralidade rodoviária, incêndios florestais, socorro a naufragos, etc.), sobretudo nas épocas festivas (Natal, Páscoa, etc.) e balneares. O elevado número de ocorrências, sobretudo no que se refere à sinistralidade rodoviária, pode dever-se à localização dos quartéis, situados a caminho de um dos destinos de férias mais escolhidos pelos Portugueses - o Algarve.

Os sujeitos da amostra foram recrutados após pedido formal de autorização para a realização do estudo às Direcções das Corporações em que trabalham e a sua participação no estudo, embora voluntária, foi requerida pelas suas chefias, por entenderam que se tratava dum estudo relevante para o funcionamento geral das próprias corporações.

Foram assim recrutados 153 sujeitos, ficando a amostra final reduzida a 111 sujeitos, em virtude da necessidade de eliminar 42 grupos de instrumentos por estarem indevidamente preenchidos. A morbidade da amostra situou-se assim nos 27,5%, o que não nos parece excessivo face aos baixos níveis de instrução por parte de alguns dos sujeitos.

A amostra final ficou composta por 78 sujeitos de sexo masculino (70,3%) e 33 do sexo feminino (29,7%), com uma média de idades de 30,7 (11,07) tendo a mais nova 16 anos e a mais velha 65 anos.

Após leitura e explicação detalhada do consentimento informado, em que se explicava que os dados apenas seriam utilizados para efeitos de investigação e para produzir, eventualmente,

recomendações para melhorar o clima organizacional e o bem-estar dos bombeiros procedeu-se à aplicação dos instrumentos seleccionados.

Os instrumentos foram administrados durante os meses de Junho e Julho de 2007, em sessões colectivas, a que não estiveram presentes mais que 15 elementos de cada vez, para eficácia da recolha de dados, mas também devido às necessidades de manter os quartéis operacionais em todos os momentos, e com a presença da investigadora, que esteve disponível para responder a todas as questões relacionadas com a compreensão dos instrumentos.

Tabela 1. Características gerais da amostra

N=111		
Idades: Média 30,7 (11,7); Min_16, Max_65		
Variáveis	Frequência	Percentagem
Sexo		
Masculino	78	70,3
Feminino	33	29,7
Estado Civil		
Solteiro	48	43,2
Casado / União de facto	53	47,7
Divorciado/ separado	9	8,1
Viúvo	1	0,9
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	12	10,8
2º Ciclo	22	19,8
3º Ciclo	56	50,5
Ensino Secundário	18	16,2
NS/NR	3	2,7

Tabela. Características gerais da amostra (cont.)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Tempo de Trabalho na Instituição		
Menos de 1 ano	16	14,4
De 1 a 5 anos	40	36
De 6 a 10 anos	21	18,9
Mais de 10 anos	31	27,9
NS/NR	3	2,7
Tipo de Vínculo Laboral		
Contrato a prazo	24	21,6
Contratação definitiva	33	29,7
Outro	45	40,5
NS/NR	9	8,1
Trabalho por turnos		
Sim	86	77,5
Não	25	22,5

Como pode ver-se na Tabela 1, a nossa amostra é maioritariamente composta por sujeitos de sexo masculino, com uma média de idades relativamente baixa, mas com grande amplitude de idades, trabalha na Instituição há mais de 6 anos e tem um vínculo laboral pouco estável. A maioria possui, como habilitações literárias o 3º ciclo ou o ensino secundário, possuindo cerca de um terço habilitações iguais ou inferiores ao 2º ciclo (6 anos de escolaridade).

Inventário e descrição das características dos instrumentos utilizados

Os dados foram acedidos graças à utilização dos seguintes instrumentos de avaliação:

Um Questionário, construído pela autora, dividido em quatro partes:

1. A Primeira parte composta por itens destinados a apurar os dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tempo de trabalho e tipo de vínculo profissional).
2. A Segunda parte composta por um questionário de dados relacionados com as condições de trabalho, com o tipo de trabalho desenvolvido, com a qualidade dos meios disponíveis para o realizar, com a qualidade do trabalho de equipa
3. Uma Terceira parte, composta por um questionário destinado a apurar a percepção da existência de meios de suporte social disponíveis, a qualidade percebida do ambiente familiar, a participação em práticas religiosas e com a existência e número de situações de emergência
4. A Quarta parte, composta por um questionário destinado a apurar a qualidade da saúde no último ano, bem como que tipo de queixas físicas apresentaram no último ano, de entre as que são geralmente associadas ao stresse e ao *burnout*.
5. Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Cruz & Melo, 1996).
6. Coping Job Scale (Latack, 1986; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Jesus, Abreu, Santos & Paixão, 1992).
7. 23QVS (Escala de Vulnerabilidade ao Stresse de Vaz Serra, 2000).
8. Questionário de Estilos de Vida (Carvalho & Cruz, no prelo).

Questionário de dados sócio-demográficos

Construído pela autora com o objectivo de aceder aos dados sócio-demográficos dos sujeitos que integraram o estudo. Foram construídas questões destinadas a apurar a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, o tempo de trabalho na Instituição e o tipo de vínculo laboral.

Questionário sobre as condições de trabalho

Questionário construído pela autora de forma a apurar, através de escalas de tipo Likert, as condições de trabalho disponíveis, incluindo o trabalho por turnos, a qualidade percebida do trabalho de equipa, as condições físicas do quartel e a qualidade do material.

Questionário sobre as variáveis moderadoras e mediadoras

Este questionário foi igualmente construído pela autora com objectivo de avaliar as variáveis mediadoras que, em função da literatura se consideraram relevantes para a compreensão dos níveis de *burnout*. É composto por três questões de tipo Likert, graduadas de 1 a 5, de Muito Bom a Muito Mau, ou de Nunca até Sempre, ou ainda de Nunca até Frequentemente, relacionadas com a qualidade percebida do ambiente familiar, com o apoio social percebido e com as práticas religiosas e por duas questões destinadas a avaliar o número de situações de emergência atendidas no ano anterior e em quantas dessas chamadas houve feridos graves ou mortos.

Questionário sobre a saúde física

Questionário construído pela autora, para aceder à avaliação subjectiva da qualidade da saúde e tipo de queixas físicas no último ano.

MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach e Jackson, 1986; Adaptado por Cruz e Melo, 1996.

Para avaliar e validar as situações geradoras de *Burnout*, utilizou-se o Inventário de *Burnout*, que tem por base uma versão traduzida e adaptada do Malash Burnout Inventoty – MBI (Malash e Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996), composta por 22 itens, numa escala tipo *likert* de 7 pontos ou graus de resposta, que variam desde 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos os dias”).

Inicialmente o MBI foi desenvolvido para medir aspectos hipotéticos da síndrome de stresse laboral assistencial, sendo que a entrevista e os dados dos questionários serviram de base para os primeiros estudos exploratórios das atitudes e sentimentos que caracterizavam os profissionais com burnout. Num primeiro momento foram utilizados 47 itens, que avaliavam a frequência e a intensidade das opiniões com escalas tipo *likert* de 0-6 e 0-7 pontos, respectivamente. Nos estudos originais sabe-se que 605 profissionais dos serviços sociais e de saúde responderam ao instrumento experimental. Posteriormente, foram eleitos os profissionais que trabalharam com pessoas e em matérias que, por norma, revelam dificuldades. As respostas recolhidas foram então submetidas a uma análise factorial e foram definidas dez dimensões. Os resultados permitiram seleccionar os 25 elementos que melhor contribuíram para as dimensões obtidas. Após a revisão do instrumento, fez-se uma nova aplicação, desta vez a uma amostra de 420 profissionais, constatando-se que a análise factorial das respostas revelou ser muito semelhante à anterior. Procedeu-se a uma agregação das amostras (N=1025) e repetiu-se a análise para se obter uma solução ortogonal com quatro factores.

Observou-se que as dimensões eram muito semelhantes quando se comparavam separadamente as medidas de frequência e as medidas de intensidade dos sentimentos. As três primeiras dimensões tinham saturações superiores à unidade (Maslach & Jackson, 1997). Esta estrutura tridimensional foi replicada em diversas ocasiões (Maslach & Jackson, 1997), composta por 22 itens e a partir delas definiram-se as escalas ou variáveis do sujeito com *burnout*.

A *Exaustão Emocional* é um dos aspectos da síndrome de burnout. Os itens que dizem respeito a esta dimensão descrevem os sentimentos de uma pessoa emocionalmente exausta pelo próprio

trabalho. O item com maior saturação tem uma expressão evidente de sentimento: «1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho». Os itens que se reportam à *Despersonalização* dão conta de uma resposta impessoal e fria em relação aos clientes ou cuidados dos profissionais. Importa referir que, tanto nesta como na escala anterior, os profissionais com pontuações elevadas apresentam graus elevados de síndrome de stress laboral.

Em relação à *Realização Profissional*, nesta escala encontram-se itens que descrevem sentimentos de competência e de êxito no trabalho com pessoas. Neste caso e contrariamente às outras escalas, as pontuações baixas são indicadoras de um elevado índice da síndrome e os seus itens não têm associado um peso negativo. A variável pode ser considerada como o oposto do cansaço emocional e da despersonalização.

Como foi anteriormente referenciado, os 22 itens encontram-se distribuídos por 3 sub-escalas: *Exaustão Emocional*, constituída por 9 itens, respectivamente os itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20 e um resultado máximo de 54 pontos; *Despersonalização*, com 5 itens, respectivamente os itens 5, 10, 11, 15 e 22) e um resultado máximo de 30 pontos; e, finalmente, *Realização Profissional*, com 8 itens, respectivamente itens, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21 e um resultado máximo de 48 pontos.

Tanto na versão original, como em diversas investigações posteriormente efectuadas, como na adaptação e validação portuguesa do MBI conformou-se a sua estrutura tri-factorial, ou seja, a existência de três factores/dimensões do *burnout* e da análise factorial efectuada concluiu-se que os itens explicam 43.4% da variância total.

O valor de *alpha de Cronbach* para a dimensão *exaustão emocional* obtido foi de .80, o valor referente à dimensão *despersonalização* foi de .71, de .70 para a dimensão *realização profissional* e para o total da escala de .75.

Na adaptação portuguesa do MBI, na dimensão *exaustão emocional*, valores acima de 2.6 são indicadores de elevados níveis de *burnout*, assim como de 1.8 para a dimensão *despersonalização*,

enquanto que na dimensão *realização pessoal*, valores acima de 3.5 indicam níveis de realização profissional satisfatórios.

23 QVS (Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse, de A. Vaz Serra, 2000)

Constituído por 23 itens, trata-se de uma escala tipo *likert* de 5 pontos, que varia entre os valores zero (0) a quatro (4). Esta escala apresenta uma boa consistência interna, sendo o coeficiente *alpha de Cronbach* de .824 e uma elevada correlação iten-total (>.20), reflectindo uma boa homogeneidade. O valor .816 foi o valor obtido através da correlação teste/reteste, valor altamente significativo para $p < .000$, indicando uma boa estabilidade temporal. A análise factorial explica 57% da variância total e resume 7 factores: factor 1 – *perfeccionismo e intolerância à frustração* (itens 5, 10, 16, 18, 19 e 23); factor 2 – *inibição e dependência funcional* (itens 1, 2, 9, 12 e 22); factor 3 – *carência de apoio social* (itens 3 e 6); factor 4 – *condições de vida adversas* (itens 4 e 21); factor 5 – *dramatização da existência* (itens 5, 8 e 20); factor 6 – *subjugação* (itens 11, 13, 14 e 15); e, finalmente, factor 7 – *deprivação do afecto e rejeição* (itens 7, 13 e 17).

Esta escala apresenta uma correlação positiva e altamente significativa com o grau de neuroticismo (medido pelo EPI) e com a psicopatologia (avaliada através da versão portuguesa do *brief symptom inventory*). Paralelamente, apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com o *inventário de resolução de problemas* (IRP), que se destina a avaliar estratégias de *coping*. O valor 43 constitui um ponto de corte, acima do qual o sujeito se encontra vulnerável ao stresse.

Coping Job Scale (Latak, 1986), adaptação de Jesus, Abreu, Santos e Paixão (1992)

Esta escala foi seleccionada, tendo em consideração os inúmeros estudos que consideram as estratégias de *coping* como um mediador decisivo entre as situações laborais stressantes e o

desenvolvimento de *burnout*, para avaliar o grau em que o sujeito utiliza determinadas estratégias de *coping* para lidar com o stress ocupacional/laboral. É importante referir que este instrumento não visa avaliar a eficácia das estratégias de coping na resolução de problemas.

Trata-se de uma escala tipo *likert* de 5 pontos, constituída por 52 itens que avaliam as estratégias de *coping*, variando entre os valores 1 (“Quase nunca faço isto”) e 5 (“Quase sempre faço isto”). É composta por três sub-escalas, nomeadamente a sub-escala do *controlo*, com 17 itens (desde o item 1 ao item 17); a sub-escala de *escape*, com 11 itens (desde o item 18 ao item 28) e a sub-escala de *gestão de sintomas*, com 24 itens (desde o item 29 ao item 52). Como já anteriormente se referiu, estes itens pretendem avaliar o grau com que as pessoas utilizam determinadas estratégias de *coping* e não a eficácia das mesmas na resolução dos problemas.

No estudo que desenvolveu, Latack (1986) constatou que as pessoas utilizam sobretudo estratégias de controlo em situações de conflito e de sobrecarga. A estratégia de controlo associa-se também a um menor grau de ansiedade, bem como a uma menor vontade de deixar a profissão e a um maior grau de satisfação profissional e suporte social. Por outro lado, as estratégias de escape e de gestão de sintomas, estão relacionadas com sintomas psicossomáticos e com situações de ambiguidade (Jesus & Pereira, 1994).

Sabemos que as estratégias de *coping* podem dizer respeito a pensamentos particulares e comportamentos utilizados pelo indivíduo para lidar com as estratégias do meio, sendo importantes para o seu bem-estar. Latack (1984), tendo por base a distinção entre *coping* focado no problema ou na emoção, propõe três categorias de *coping*: a) *acção*, focada na situação de stress; b) *reavaliação cognitiva*, centrada nas cognições acerca da situação; c) *gestão dos problemas*, centrada nos sintomas de stress ou estados psicofisiológicos. Tendo em linha de conta que existe uma correlação elevada entre as escalas de acção e de reavaliação cognitiva, Latack (1986) optou por conceptualizar as categorias de *coping* do seguinte modo: a) *controlo* – constituído por acções e reavaliações cognitivas proactivas; b) *escape* – composto por acções e cognições que sugerem evitamento; c) *gestão de sintomas*

– constituído por estratégias para gerir os sintomas relacionados com o stress laboral de uma maneira geral (Jesus & Pereira, 1994).

Foi efectuada também uma versão para a adaptação portuguesa que apresenta uma boa consistência interna, sendo o valor de *alpha* de Cronbach .80 para a escala na sua totalidade de .82 para a sub-escala do *controlo*, de .71 para a sub-escala do *escape* e de .73 para a sub-escala de *gestão de sintomas*, indo ao encontro do postulado pelos autores no que se refere à fiabilidade do instrumento quanto à avaliação do *coping*.

QEV (Questionário de Estilos de Vida) de Carvalho e Cruz (no prelo)

A importância dos estilos de vida, como factor mediador entre as situações de stress profissional e os níveis de *burnout* foi já amplamente referida neste trabalho. Em consequência foi seleccionada o QEV para avaliar os estilos de vida dos profissionais que integraram o estudo.

Esta Escala, de tipo Likert, em 5 graus (de 1. Sempre a 5. Nunca) procura apurar a qualidade do estilo de vida das pessoas através de 31 questões direccionadas para aspectos como as práticas alimentares, hábitos de sono, consumo de drogas lícitas e ilícitas, prática de exercício físico, comportamentos sexuais, comportamentos de segurança, integração social e suporte social e consumos de cultura.

As pontuações variam de 31 a 155, tendo-se obtido, na população original (N=546) um *score* médio de 135,2 (18,9). Valores crescentes significam estilos de vida mais saudáveis.

A Escala apresenta uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach=0.810) e as correlações teste-reteste foram de 0.76 ($p < 0,000$). As correlações item-total variam entre 0.20 e 0.56, não melhorando a consistência interna da Escala com a retirada de nenhum item.

A análise factorial efectuada apurou 12 factores, que explicavam apenas 67% da variância total, pelo que os autores consideraram tratar-se dum instrumento unifactorial, o que se aceita devido à

sua natureza. Em estudos anteriores (Ribeiro, 2007) mostrou que os estilos de vida, tal como são avaliados por este instrumento, explicam a maior parte do bem-estar subjectivo dos estudantes do ensino superior e mostrando-se mais influentes do que as próprias características de personalidade dos participantes.

Em relação à variável *percepção da qualidade do ambiente familiar*, 2 indivíduos (1,8%) referem que este é “muito mau”, 15 (13,5%) dizem que é “nem bom, nem mau”, 53 sujeitos (47,7%) consideram que é “bom” e 41 (36,9%) pensam tratar-se de um ambiente “muito bom”.

Quanto à variável *número de chamadas de emergência no último ano* (N=106), 12 pessoas (11, 32%) responderam “menos de 5 vezes”, 20 pessoas (18,87%) responderam “de 5 a 10 vezes”, 14 pessoas (13,21%) referiram “de 11 a 20 vezes”, 11 pessoas (10,38%) mencionam “de 21 a 30 vezes”, 49 pessoas (46,23%) referem “mais de 30 vezes” e 5 pessoas (4,72%) não responderam à questão.

Na variável *situações que envolveram feridos graves ou mortos, ou em que o próprio correu risco de vida*, 49 pessoas (44,1%) responderam que “não sabe ou não responde”, 34 pessoas (30,6%) referem “menos de 5 situações”, 15 pessoas (13,5%) referem “5 a 10 situações” e 13 pessoas (11,7%) responderam “mais de 10 situações”.

Relativamente ao *trabalho por turnos*, 86 dos participantes (77,5%) responderam “sim” e 25 dos participantes (22,5%) responderam “não”.

Em relação à variável *avaliação que faz do trabalho em equipa*, 26 pessoas (23,85) responderam que é “muito bom”, 67 pessoas (61,47%) referem que “é bom”, 15 pessoas (13,76%) consideram que é “nem bom, nem mau” e 1 pessoa (0,92%) pensa que é “muito mau”.

No que concerne às *condições físicas do quartel* (N=109), 8 pessoas (7,40%) considera que “são muito boas”, 50 pessoas (45,87%) pensa que “são boas”, 33 pessoas (30, 28%) acha que as condições “são nem boas, nem más”, 15 sujeitos (13,76%) considera que “são más” e 3 pessoas (2,75%) pensa que “são muito más”.

Face à *percepção da qualidade do material colocado à disposição para trabalhar* (N=109), 73 pessoas (66,97%) respondeu que “é adequado às funções e está em boas condições”, 7 pessoas (6,42%) considera que “está em boas condições mas não é adequado às funções”, 27 pessoas (24,77%) pensa que “é adequado às funções mas já está velho” e 2 pessoas (1,83%) acham que “não é adequado às funções e não está em boas condições”.

Assim, após a recolha das diversas autorizações, foram passados nas respectivas corporações os questionários aos profissionais de emergência, recolha que decorreu entre os meses de Julho e Setembro de 2007. O protocolo era composto por um questionário de dados sócio-demográficos e profissionais, pelo Questionário de Vulnerabilidade ao Stress, de Adriano Vaz Serra (2000), por uma versão traduzida e adaptada do Malash Burnout Inventoty – MBI (Malash e Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996), pelo Coping Job Scale (C.J.S.) de Latack, numa versão portuguesa adaptada por Jesus, Abreu, Santos e Paixão, de 1992 e pelo Questionário de Estilos de Vida (QEV), de Carvalho e Cruz (2006).

Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente no programa SPSS (V.14) para Windows. Foram utilizadas estatísticas descritivas, correlacionais (Correlação de Pearson), estatísticas de inferência (Regressão Linear Simples e Múltipla) e testes paramétricos (T Student; Anova) e não paramétricos (Mann-Whitney e Wilcoxon) para testar as diferenças entre os resultados às variáveis por parte dos sujeitos da amostra agrupados em condições ou categorias.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como foi referido no capítulo anterior (Metodologia) optámos por reunir, no mesmo capítulo, a apresentação e discussão dos resultados por uma questão de comodidade de leitura. Procuraremos seguir a mesma ordem por que foram apresentadas as questões de investigação que nortearam este trabalho.

A primeira questão de investigação respeitava ao maior ou menor grau de *burnout* apresentado pela nossa amostra, em comparação com amostras provenientes de outros estudos recentes com profissionais de ajuda portugueses, tendo como pano de fundo a amostra original de Maslach e Jackson (1987). Nas Tabelas 2 e 3 podemos ver as estatísticas descritivas referentes às dimensões do *burnout* na nossa amostra e em outras amostras de referência.

Tabela 2. Níveis de *burnout* dos bombeiros do Distrito de Setúbal

N=111 Dimensões	Pontuações		Média	Desvio Padrão
	Mínimas	Máximas		
Exaustão Emocional (EE)	0	78	19,12	18,91
Despersonalização (DP)	0	28	7,43	6,46
Realização Pessoal (RP)	10	48	33,77	9,38

Tabela 3. Resultados comparados dos níveis de *burnout* em várias profissões de ajuda

Estudos com Profissionais de Saúde	EE		DP		RP	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
Amostra Original (Maslach & Jackson, 1987) N=1.104	22,19	9,53	7,12	5,22	36,53	7,34
Amostra profissionais de saúde portugueses (Pacheco, 2005) N=357	18,44	11,17	6,46	5,37	34,58	7,96
Pessoal de terra da TAP (Conceição, 2004) N=66	13,47	9,41	6,58	4,92	32,37	7,70
Técnicos de radiologia portugueses (Costa, 2007) N=221	12,17	8,31	4,54	4,55	37,88	7,89
Amostra actual (N=111)	19,12	18,91	7,43	6,46	33,77	9,38

Os resultados médios obtidos pela nossa população à dimensão Exaustão Emocional revelaram-se superiores a todas as amostras portuguesas inventariadas, mas inferiores à amostra americana original, realizada com profissionais de ajuda. Quanto à dimensão Despersonalização os resultados referentes à nossa amostra são superiores ao de todas as que tomámos como referência. Quanto à dimensão Realização Pessoal os resultados da nossa mostra apontam para níveis inferiores nesta dimensão, em comparação com todas as outras amostras, com excepção do pessoal de terra da TAP.

Este conjunto de resultados parece sugerir que os bombeiros que integraram a nossa amostra e, por extensão, os bombeiros portugueses, sofrem mais de *burnout* que outros profissionais de ajuda portugueses, o que responde à nossa primeira questão de investigação no sentido positivo e traduz bem o desconforto psicológico, relacionado com o stresse laboral, que estes profissionais apresentam.

Chamamos todavia a atenção para o elevado desvio padrão dos resultados à dimensão exaustão emocional, em comparação com os resultados de outras amostras, o que pode sugerir que a variabilidade dos resultados a esta dimensão estará associada a diferentes graus de envolvimento em actividades profissionais mais stressantes, o que não acontecerá em relação a outros profissionais de ajuda.

Influência das Variáveis Secundárias ou Externas nos Níveis de Burnout da Amostra

Tabela 4. Resultados comparados dos níveis de *burnout* por sexo

<i>SEXO</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
Feminino	19.67	22.43	7.03	6.66	35.30	1.24
Masculino	18.88	17.35	7.59	6.41	33.12	10.16
T Student	t=-0,198; p=0,047*		t=0,410; p= 0,994		t=-1,122; p=0 ,034*	

* Significativo

As mulheres da nossa amostra apresentam níveis de exaustão emocional significativamente superiores aos dos homens e também níveis de realização pessoal significativamente superiores. Quanto à dimensão despersonalização não se observam diferenças significativas em função dos sexos.

De acordo com o modelo de *burnout* que propomos (Maslach & Jackson, 1997) a exaustão emocional é a primeira fase do processo, a que se seguem a despersonalização e os sentimentos de falta de realização pessoal. Embora as mulheres da nossa amostra se sintam mais exaustas que os homens, é possível que encontrem formas mais eficazes que os homens de absorver e limitar os efeitos dessa exaustão. No último extremo do processo de *burnout* são já os homens a apresentarem níveis significativamente inferiores de realização pessoal.

Em relação aos estudos que temos vindo a referir, com profissionais de saúde portugueses (Pacheco, 2005), as mulheres não apresentam níveis de exaustão emocional significativamente diferentes dos homens, mas estes mostram níveis de despersonalização significativamente superiores, bem como níveis de realização pessoal significativamente inferiores.

Quanto ao estudo de Costa (2007), realizado com técnicos de radiologia, as mulheres também apresentavam níveis de exaustão emocional muito significativamente superiores aos dos homens, mas não se observavam diferenças significativas entre os sexos quanto às outras dimensões.

Os resultados dos estudos referidos parecem sugerir que, as mulheres apresentam uma tendência para serem mais sensíveis às consequências emocionais das condições de trabalho, em profissões de ajuda, mas conseguem manter mais facilmente evitar o recurso ao retraimento e frieza no contacto com os utentes e continuar a sentir-se mais realizadas profissionalmente que os homens.

Tabela 5. Variações do *Burnout* em função da idade (One way Anova)

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
F	1,373	1,014	0,522
GL	36	36	36
Sig	0,127	0,468	0,983

Como se pode ver na Tabela 5, não se observam diferenças significativas nas várias dimensões do *burnout* em função da idade dos participantes, resultados que são, aliás, partilhados por Villena, Zelada e Olcese (2003). É possível que a ausência de diferenças significativas em função da idade se deva à pouca variabilidade de idades da amostra e à sua relativa juventude (média de idades=30,17), mas também Demira, Ulusoyb e Ulusoya (2003), num estudo com 540 enfermeiras turcas, não encontraram diferenças, em função da idade, nas dimensões do *burnout*, excepto no que se refere à realização profissional, que tendia a aumentar em função do tempo de serviço, o mesmo se passando com o estudo de Costa (2007) com técnicos de radiologia.

Tabela 6. Médias e desvios padrão dos resultados às dimensões do *burnout* por estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização Pessoal</i>
N=111	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Solteiro (N=48)	20,67 (18,2)	7,40 (6,31)	31,66 (10,41)
Casado/União de facto (N=53)	17,37 (19,12)	7,51 (6,53)	34,98 (8,54)
Divorciado (N=9)	22,22 (23,6)	6,89 (7,87)	36,33 (6,21)
Viúvo (N=1)	8	9	46

Tabela 7. Variações do *burnout* em função do estado civil (Kruskal-Wallis)

	<i>Exaustão Emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização Pessoal</i>
Qui-quadrado	2,046	0,809	4,945
GL	3	3	3
Sig.	0,563	0,847	0,176

Embora os casados pareçam mais protegidos em relação ao *burnout*, já que apresentam médias inferiores à dimensão exaustão emocional, como pode ver-se na Tabela 6, são os divorciados aqueles que expressam níveis mais elevados de realização pessoal. Apesar destas variações não encontramos diferenças significativas nos resultados às várias dimensões do *burnout* em função do estado civil (Tabela 7).

Tabela 8. Médias e desvios padrão dos resultados às dimensões do *burnout* em função das habilitações académicas dos bombeiros

<i>Habilitações</i>	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização Pessoal</i>
N=107	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
1º Ciclo (N=12)	9,42 (10,64)	6 (5,9)	30,33 (9,0)
2º Ciclo (N=21)	23,95 (19,99)	9,90 (6,82)	32,59 (7,91)
3º Ciclo (N=56)	21,88 (21,19)	7,32 (7,0)	35,22 (9,45)
Ensino Secundário (N=18)	12,39 (11,03)	5,78 (4,17)	33,50 (10,25)

Tabela 9. Diferenças nos níveis do *burnout* em função das habilitações académicas (Kruskal-Wallis)

	<i>Exaustão Emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização Pessoal</i>
Qui-quadrado	7,254	4,545	4,862
GL	3	3	3
Sig.	0,064	0,208	0,182

Parece haver uma clara tendência para que os detentores de habilitações académicas mais baixas (1º ciclo) apresentem níveis inferiores de exaustão emocional e de despersonalização e, em contrapartida níveis inferiores de realização pessoal. Os detentores de ensino secundário mostram também níveis de exaustão emocional e despersonalização mais baixos, mas níveis de realização pessoal equiparados aos detentores dos 2º e 3º ciclos de estudos. É possível que estes resultados resultem do tipo de tarefas profissionais de que estão incumbidos, já que aos que detêm graus académicos superiores cabem, tendencialmente, mais postos de coordenação e de chefia e, conseqüentemente, menos exposição a situações de elevado nível de stresse. Quanto aos que exibem o grau mais baixo de habilitações eles tendem a executar funções mais de manutenção e de rotina, o que também implica menos exposição a situações de stresse.

Apesar destas diferenças, os resultados do teste estatístico utilizado para apurar se havia diferenças entre as médias dos resultados às três dimensões do *burnout* (Kruskal-Wallis) (Tabela 9) não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, estando a dimensão exaustão emocional muito perto de atingir significado estatístico.

Tabela 10. Influência do tempo de serviço nos níveis de *burnout* (One way Anova)

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	0,719	1,184	0,508
GL	3	3	3
Sig	0,543	0,320	0,678

Ao contrário do estudo que referimos anteriormente (Demira e tal. 2003), o tempo de serviço não parece interferir de forma significativa com qualquer das dimensões do *burnout* nos bombeiros que integraram o nosso estudo. Embora este resultado fosse esperado no que respeita às dimensões exaustão emocional e despersonalização, já no que respeita à realização pessoal se esperava, de acordo com vários estudos empíricos (ver Pacheco, 2006), que esta aumentasse com o tempo de

serviço, o que não se verifica na nossa amostra. Cabe todavia referir que se trata duma amostra relativamente jovem, o que talvez tenha contribuído para esbater as diferenças esperadas.

Tabela 11. Médias e desvios padrão dos resultados às dimensões do *burnout* em função do tipo de vínculo profissional

<i>Vínculo Profissional</i>	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização Pessoal</i>
N=102	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Contrato a prazo (N=24)	18,54 (23,54)	5,71 (6,3)	36,43 (6,91)
Contrato definitivo(N=33)	16,67 (13,49)	7,61 (6,40)	34,55 (9,84)
Outro (N=45)	17,91 (20,29)	7,16 (6,22)	32,04 (10,1)

Tabela 12. Influência de tipo de vínculo profissional nas dimensões do burnout (Kruskal-Wallis)

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
Qui-quadrado	2,872	2,986	2,876
GL	2	2	2
Sig.	0,238	0,225	0,237

Também em relação a esta variável não se observam influências nos níveis de *burnout* da nossa população, em qualquer das suas dimensões.

Embora os vínculos de trabalho precários possam conduzir a uma menor integração na cultura organizacional, sendo uma variável reconhecida por Albaladejo et al. (2004) como uma das mais influentes nas variações dos níveis de *burnout* em enfermeiros dum grande Hospital de Madrid, essa influência não se faz sentir na nos resultados da nossa amostra.

Respondendo à nossa segunda questão de investigação pudemos constatar que as variáveis secundárias ou externas apresentaram uma influência pouco marcante nos níveis de *burnout* da nossa amostra. Na verdade apenas o sexo, em relação às dimensões exaustão emocional e realização

pessoal, mostrou ter uma influência significativa sobre o *burnout*. Não se justifica por isso, na nossa opinião, fazer recomendações específicas para a redução do *burnout* dos bombeiros em função deste conjunto de variáveis.

Influência das Variáveis Moderadoras (número de chamadas de emergência, número de situações em que houve feridos graves, vulnerabilidade ao stresse) nos Níveis de Burnout da Amostra

Vamos agora analisar a influência das variáveis moderadoras nas variações dos níveis de *burnout* da nossa população, começando por um dos factores que nos pareceu poder apresentar uma influência significativa nessas variações: a frequência com que os bombeiros foram chamados, no último ano, a atender chamadas de emergência, na medida em que se supôs que elas funcionavam como fonte de stresse laboral.

Tabela 13. Influência da frequência das chamadas de emergência nos níveis de *burnout* (One way Anova)

<i>Chamadas de Emergência</i>	<i>Freq</i>	<i>Percentagem</i>	
Menos de 5 situações	12	11,3	
De 5 a 10 situações	20	18,9	
De 11 a 20 situações	14	13,2	
De 21 a 30 Situações	11	10,4	
Mais de 30 Situações	49	46,2	
Total	106	100	

N=106	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	0,747	1,228	0,323
GL	4	4	4
p	0,563	0,304	0,862

Quarenta e nove (46,2%) dos bombeiros foram chamados a intervir em mais de 30 chamadas de emergência no último ano, contra apenas 12 que estiveram presentes em menos de 5 situações. Observa-se uma grande variabilidade dentro desta população em relação ao número de chamadas de emergência atendidas o que sugere que, embora todos os membros da nossa amostra fossem bombeiros no activo, estariam eventualmente em diferentes graus de prontidão, havendo alguns mais direccionados para trabalhos de rotina como transporte de doentes e outros mais vocacionados para intervir em emergências.

Todavia, ao contrário do esperado, a frequência com que os bombeiros que integraram a nossa amostra foram chamados a atender situações de emergência não teve qualquer impacto significativo nos níveis de *burnout*, em quaisquer das suas dimensões (Tabela 13)

Tabela 14. Análise estatística (one way Anova) da influência da frequência com que as chamadas de emergência implicavam mortes ou feridos graves nos níveis de *burnout*

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	1,021	1,410	1,822
GL	3	3	3
p	0,387	0,244	0,148

O número médio de chamadas de emergência a que os nossos bombeiros tiveram de acudir e em que se verificou a existência de mortos ou feridos graves foi de 2,9 (1,31). Este número médio parece relativamente baixo e, talvez por isso, esta variável não mostrou influência significativa sobre os níveis de *burnout* dos bombeiros que integraram a nossa amostra, o que contraria os resultados esperados (Tabela 14). Na verdade, tendo em atenção que as chamadas de emergência foram por nós consideradas, à partida, como a variável mais influente na determinação dos níveis de *burnout* dos bombeiros e que a concomitante exposição ao contacto com desfechos fatais (mortes ou feridos graves) constituiria um acréscimo de stresse profissional susceptível de influenciar essas

variações do *burnout*, consideramos estes resultados inesperados e, como tal, respondem à nossa questão de investigação número 4 de forma negativa.

Uma explicação possível prende-se com a influência de outras variáveis mediadoras, como os traços de personalidade, ou mediadoras, como a cultura organizacional, a percepção de suporte social disponível e as estratégias de *coping*. Neste sentido, os factores mais influentes na eclosão e manutenção da síndrome de *burnout*, como propõem vários autores (Maslach & Jackson, 1997; Maslach e tal. 2001; Albaladejo et al., 2004), não são tanto os níveis de exposição a factores de stresse profissional, mas sobretudo o modo como essas vivências pessoais são absorvidas, em função das características pessoais dos sujeitos, das estratégias de *coping* adoptadas e da cultura organizacional das Instituições em que elas têm lugar. Não querendo antecipar os resultados das análises posteriores adiantamos desde já que estas interpretações parecem correctas à luz desses resultados.

Influência da Vulnerabilidade ao stresse nos Níveis de Burnout da Amostra (23 QVS)

Vaz Serra (2000) considerou que a vulnerabilidade pessoal ao stresse é um dos factores mais influentes no modo como as pessoas reagem às experiências stressantes e contriui uma Escala (23 QVS) destinada a avaliar essa vulnerabilidade. Considerou que valores globais superiores a 43 indicavam uma anormal vulnerabilidade ao stresse quotidiano e que essa vulnerabilidade se expressava através de sete factores: 1. Perfeccionismo e intolerância à frsutração; 2. Inibição e dependência funcional; 3. Carência de apoio social; 4. Condições de vida adversas; 5. Dramatização da existência; 6. Subjugação; 7. Depreciação de afecto e rejeição.

Na nossa população os resultados médios ao conjunto da Escala 23QVS (M=50,18; DP=9,45), como pode observar-se na Tabela 15, ultrapassavam o limiar referido pelo autor da Escala, o que sugeria, desde logo, uma tendência clara para esta população ser mais vulnerável ao stresse, o que se

confirmou quando comparámos os resultados ao *burnout* da nossa amostra com populações de referência.

Tabela 15. Análise descritiva dos resultados à Escala 23 QVS

Factores	<i>N</i> =111	<i>Resultados</i>		<i>Desvio</i>	
		Mínimos	Máximos	<i>Média</i>	<i>Padrão</i>
F1	Perfeccionismo e intolerância à frustração	2	24	14	4,46
F2	Inibição e dependência funcional	2	18	8,96	2,80
F3	Carência de apoio social	0	8	5,25	1,90
F4	Condições de vida adversas	0	8	4,48	1,38
F5	Dramatização da existência	4	12	7,44	1,79
F6	Subjugação	1	15	8,32	2,57
F7	Deprivação de afecto e rejeição	1	12	6,47	1,94
Total		23	75	50,18	9,45

Tabela 16. Resultados da Regressão Linear entre os resultados totais à Escala 23QVS e os níveis das três dimensões do *Burnout*

<i>Dimensões</i>	<i>F</i>	<i>GI</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	4,274	7	0,000**
Despersonalização	2,207	7	0,040*
Realização Pessoal	1,372	7	0,225

* Significativo; ** Muito Significativo

Como pode ver-se na Tabela 16, a vulnerabilidade ao stresse, globalmente considerada, mostra ter uma influência muito significativa sobre os níveis de exaustão emocional e uma influência significativa nos níveis de despersonalização, mas não nos níveis de realização pessoal.

No intuito de percebermos de que forma, individualmente considerados, os factores da 23 QVS influenciavam as três dimensões do *burnout* realizámos uma regressão linear múltipla em que tomámos como variável dependente cada uma das dimensões do *burnout* individualmente e, como variáveis independentes os sete factores da Escala 23 QVS (Tabelas 17, 18 e 19).

Tabela 17. Resultados da regressão linear múltipla entre os resultados aos factores da 23QVS e a Exaustão Emocional

<i>Exaustão Emocional</i>			
Factores da 23QVS	Beta	t	p
F1. Perfeccionismo e intolerância à frustração	0.116	0.042	0.300
F2. Inibição e dependência funcional	0.226	2.150	0.034*
F3. Carência de apoio social	-0.287	2.961	0.004**
F4. Condições de vida adversas	-0.144	-1.482	0.142
F5. Dramatização da existência	0.003	0.035	0.972
F6. Subjugação	0.074	0.634	0.528
F7. Deprivação de afecto e rejeição	0.111	1.091	0.278

Como pode ler-se na Tabela 17 os factores Inibição e Dependência Funcional mostraram ter uma influência significativa nos níveis de exaustão emocional dos sujeitos da amostra, mas o factor mais influente, de forma muito significativa, foi a Carência de Apoio Social. A relativa incapacidade para agir sobre os acontecimentos, bem como a percepção de não poder dispor de apoio social efectivo, quando necessário, mostraram ser assim os únicos factores de vulnerabilidade com influência significativa nos níveis de exaustão emocional.

Parece assim que a capacidade pessoal para agir de forma autónoma e para perceber o curso dos acontecimentos como dependente do próprio reduz o impacto dos acontecimentos stressantes sobre a formação da primeira etapa da síndrome de *burnout*. Todavia, a percepção da existência de suporte social efectivo, quando necessário, mostrou ser ainda mais influente no desenvolvimento de sentimentos de exaustão emocional.

Estes resultados confirmam os alcançados por Cebriá et al. (2001, citados por Casas, Repullo & Lourenzo, 2002) e reforçam as teorizações de Prag (2003).

Tabela 18. Resultados da regressão linear múltipla entre os resultados aos factores da 23QVS e a Despersonalização.

<i>Despersonalização</i>			
Factores da 23 QVS	Beta	t	p
F1. Perfeccionismo e intolerância à frustração	-0.071	-0.600	0.550
F2. Inibição e dependência funcional	0.186	1.669	0.098
F3. Carência de apoio social	-0.103	-1.007	0.316
F4. Condições de vida adversa	-0.095	-0.936	0.352
F5. Dramatização da existência	0.082	0.800	0.426
F6. Subjugação	0.210	1.716	0.089
F7. Deprivação de afecto e rejeição	0.090	0.839	0.404

Como pode ver-se na Tabela 18 nenhum dos factores da 23QVS mostrou capacidade para influenciar, de forma significativa, os resultados à dimensão despersonalização. Este resultado parece sugerir que a passagem da exaustão emocional para a despersonalização não é moderada pelas características pessoais dos sujeitos, mas antes uma forma, utilizada de forma comum, para as pessoas que experimentam níveis exacerbados de exaustão emocional se defenderem das suas consequências, retirando o afecto investido nos utentes, como propõem Maslach e tal. (2001).

Tabela 19. Resultados da regressão linear múltipla entre os resultados aos factores da 23QVS e a Realização Pessoal

<i>Realização Pessoal</i>			
Factores da 23 QVS	Beta	t	p
F1. Perfeccionismo e intolerância à frustração	0.996	0.123	0.321
F2. Inibição e dependência funcional	-2.201	-0.257	0.030*
F3. Carência de apoio social	1.037	0.112	0.302
F4. Condições de vida adversa	0.719	0.075	0.474
F5. Dramatização da existência	-0.003	0.000	0.998
F6. Subjugação	-0.465	-0.059	0.643
F7. Deprivação de afecto e rejeição	-0.517	-0.057	0.606

Como pode ver-se pela Tabela 19, o único factor da 23 QVS que determina variações significativas nos níveis de realização pessoal é o Factor 2: Inibição e dependência funcional, no sentido inverso, i.e., quanto maior for a tendência para a pessoa adoptar estratégias de dependência em relação a terceiros, menor é o seu sentimento de realização pessoal.

Este conjunto de resultados confirma os encontrados por Cano-García, Padilla-Muñoz e Carrasco-Ortiz (2005) obtidos com uma amostra de professores sevilhanos. Os professores mais extrovertidos e com menores níveis de neuroticismo apresentavam uma forte tendência para apresentarem níveis superiores de realização pessoal e menores níveis de exaustão emocional.

Globalmente considerada, a vulnerabilidade ao stresse mostrou ser um factor muito influente nas variações dos níveis de *burnout* desta população, o que permite responder positivamente à nossa questão de investigação número 3.

Influência das Variáveis Mediadoras (qualidade do ambiente familiar percebido, cultura organizacional, trabalho por turnos, apoio social percebido, práticas religiosas, estratégias de coping e estilos de vida) nos Níveis de Burnout da Amostra

É reconhecido por quase todos os autores, que se debruçaram sobre as consequências do stresse laboral (para uma resenha ver Vaz Serra, 2002) e sobre as variáveis influentes no *burnout* (para uma resenha ver Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), a influência mediadora entre a exposição continuada ao stresse laboral e o desenvolvimento de *burnout*. Entre essas variáveis foram destacadas o trabalho por turnos, o tipo de cultura organizacional, as condições específicas de trabalho, o suporte social percebido, a qualidade do ambiente familiar percebido e a frequência das práticas religiosas, entre outras.

Atendendo às características específicas da nossa população, em muitos aspectos diferente das populações mais estudadas em relação ao *burnout*, construímos uma parte do nosso questionário destinada a avaliar estas variáveis, através de questões fechadas de tipo Likert. É o resultado da

influência dessas variáveis nos níveis de *burnout* dos bombeiros da nossa amostra, que vamos agora expor.

Tabela 20. Influência do trabalho por turnos na variação dos níveis de *Burnout* (T Student)

<i>Trabalho por Turnos</i>	<i>EE</i>		<i>DP</i>		<i>RP</i>	
	Med	DP	Med	DP	Med	DP
SIM (N=85)	20,54	19,293	7,76	6,780	34,09	9,684
NÃO (N=25)	14,28	17,043	6,28	5,184	32,68	8,325
T Student	T=1, 463; p=0,305		T=1, 010; p=0,071		T=0,661; p=0,541	

O trabalho por turnos na nossa amostra parece não interferir com nenhuma das dimensões do *burnout*. Porém, os resultados encontrados não estão em conformidade com a literatura consultada, na medida em que a maioria dos estudos reflecte a influência desta modalidade laboral no bem-estar dos trabalhadores e, de modo geral, na sua vida.

Nesta linha de raciocínio, podemos reportar-nos aos estudos efectuados por Júnior et al. (2002), que dão conta que os enfermeiros que trabalham por turnos revelam níveis maiores de *burnout* comparativamente àqueles com horário fixo. Também Kandolin (1993, citado por Martins, 2004), num estudo realizado em profissionais de saúde que praticam trabalho por turnos, detectou correlações entre as três dimensões do *burnout* e este tipo de modalidade laboral.

Ainda Queirós (2005), que defende que os profissionais que trabalham por turnos demonstram menos eficácia profissional do que os colegas com horário fixo. Martins e Martins (1999) referem que o trabalho por turnos pode ser a causa do aparecimento de distúrbios nos enfermeiros, tanto ao nível da alteração dos ritmos biológicos, como da alteração do sono, como ainda da dessincronização da vida social e familiar. Koller et al. (1990) e Costa (1996) também referem que às alterações do sono e dos hábitos alimentares se pode acrescentar no plano social as dificuldades em manter a interacção com a família, preservando os contactos sociais e a prática de actividades nos tempos livres.

Os resultados expostos respondem à nossa questão de investigação número 5 no sentido negativo sugerindo que, nesta população, o trabalho por turnos não é um factor influente nas variações dos resultados a nenhuma das dimensões do *burnout*.

Tabela 21. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função da qualidade do ambiente familiar percebido

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	0,734	1,832	0,874
GL	3	3	3
P	0,534	0,146	0,457

Como se pode constatar na Tabela 21, nesta população a qualidade percebida do ambiente familiar não interfere de forma significativa com nenhuma das dimensões do *burnout*.

Ainda que a expressão “ambiente familiar” não traduza apenas a relação conjugal, considerámos importante abordar a investigação desenvolvida por Queirós (2005) acerca do *burnout* no trabalho e na relação conjugal, que constatou que 4 a 10% dos participantes apresentavam exaustão emocional, física e mental na relação conjugal, a par dos 35% que viviam em equilíbrio instável e dos 54,96% que revelavam uma boa relação com o seu cônjuge. Também Handy (1978), num estudo com 23 casais, constatou que quando a família tem um padrão de casamento que se adequa às circunstâncias do trabalho, às ambições da vida e ao mesmo tempo às prioridades do indivíduo, a família é uma base de ajuda e não de estorvo (Vaz Serra, 1999).

Tabela 22. Análise estatística Anova (one way) das variações dos níveis de *Burnout* em função da qualidade do trabalho de equipa percebido

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	1,501	0,469	0,361
GL	3	3	3
P	0,219	0,705	0,781

Na nossa amostra a qualidade do trabalho de equipa não parece influenciar de forma significativa nenhuma das dimensões do *burnout*. Como é do conhecimento do senso comum, o trabalho em equipa encontra-se intimamente associado ao relacionamento interpessoal entre os vários membros do mesmo grupo de trabalho. A maioria dos autores defende, que num grupo de trabalho as boas relações são condição determinante na saúde do indivíduo e da organização em si (Cooper & Marshall, 1982, citados por Cruz e tal. 2000; Vaz Serra, 1999). Em estudos realizados por Cooper e Marshal (1978), constatou-se que um melhor ambiente social e psicológico na organização encoraja a comunicação e a confiança, de maneira a que a pessoa possa abordar as suas incapacidades, obtendo a ajuda de que necessita.

Por outro lado, a dificuldade no que diz respeito ao relacionamento interpessoal tem vindo, aliás, a ser apontada em diversas investigações como uma das principais causas de stresse no trabalho e, conseqüentemente, de *burnout* nos trabalhadores. Jesus (2001), efectuou uma investigação onde constatou que dos 22 enfermeiros participantes, 100% referiram a dificuldade nos relacionamentos interpessoais como uma das principais fontes de mal-estar/stresse a nível profissional. Queirós (2003) procurou identificar as causas de mal-estar/stresse nos profissionais de enfermagem e concluiu que dos 181 participantes, 35% referiram o relacionamento interpessoal no seio da equipa multidisciplinar como fonte de stresse e mal-estar na sua vida profissional.

Face aos resultados obtidos com a nossa população colocámos a nós próprios interrogações acerca das razões pelas quais esta variável não tinha uma influência significativa mediadora sobre os níveis de *burnout* dos bombeiros. A resposta a esta questão não é fácil e não parece contida no conjunto de resultados desta investigação, pelo que só poderá ser respondida, de forma adequada através de futuras investigações.

Tabela 23. Variação dos níveis de burnout em função das condições físicas do quartel (One way Anova)

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	1,079	1,392	,599
GL	4	4	4
P	0,371	0,242	0,664

De acordo com a nossa amostra, as condições físicas do quartel não demonstram ter influência com nenhuma das dimensões do *burnout*. Estes resultados não são partilhados por McIntye e tal. (1999), que afirmam que as quatro fontes de stresse ocupacional de origem organizacional são a sobrecarga de trabalho, as más condições físicas e técnicas, a carência de recursos humanos e um excessivo número de doentes. Em paralelo, Benavides et al (2001) e Silva e Marziale (2003) citam as condições de trabalho como justificação para o absentismo laboral em enfermagem.

Na nossa amostra a média dos resultados à avaliação das condições físicas do quartel foi de 2,9 (em 4 possíveis), o que significa que estas condições foram consideradas como nem sendo boas, nem sendo más, muito embora uma percentagem ligeiramente superior a metade (53,2 %) dos bombeiros da amostra as considerasse boas ou muito boas e apenas 16,2% as considerasse como más ou muito más. Talvez esta qualidade relativa tenha contribuído para esbater a influência mediadora sobre os níveis de *burnout*.

Tabela 24. Variação dos níveis de *burnout* em função da qualidade do material de trabalho disponível (One way Anova)

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	0,649	1,016	0,442
GL	3	3	3
P	0,586	0,389	0,723

As condições do material colocado à disposição dos bombeiros para trabalhar parece igualmente não ter influência significativa nos resultados às dimensões do *burnout* (Tabela 24).

Tabela 25. Variações dos níveis de *Burnout* em função do apoio social percebido (One way Anova).

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	3,223	1,811	1,857
GL	4	4	4
P	0,015*	0,132	0,124

* Significativo

Como se observa (Tabela 25), o apoio social percebido interfere de forma significativa com a Exaustão Emocional. No entanto, os valores não demonstram ser estatisticamente significativos para as dimensões despersonalização e realização pessoal.

A importância do apoio social também ficou comprovada num estudo realizado com tripulantes de ambulâncias e paramédicos. Neste estudo, o apoio familiar (sentido nas conversas mantidas) e as manifestações de afecto (abraçar os filhos ou o cônjuge, por exemplo) demonstraram ser muito importantes para estes profissionais. O suporte organizacional também foi apontado por estes profissionais como um importante factor de apoio, sobretudo no que diz respeito à partilha de experiências traumáticas entre colegas, mas também na procura de auxílio/amparo emocional. Ainda em relação ao suporte organizacional, foi também mencionado por estes profissionais a relevância do apoio formal oferecido pela Instituição, nomeadamente através dos serviços de um psicólogo, embora tenha sido referido que este apoio era fornecido maioritariamente em situações de maiores dimensão (situações de catástrofe, por exemplo) e não nas situações rotineiras de emergência que, apesar de rotineiras, podem ter reflexos gravíssimos a longo prazo (Regehr, Goldberg & Hughes, J., 2002).

A relevância do apoio social tem vindo a ser suportada por diversas investigações. Compas (1987) e Antunes e Fontaine (1996), defendem que as redes de suporte social são importantes para o indivíduo, encontrando-se relacionadas com o seu bem-estar, com o sucesso e com a forma como lida com os acontecimentos de vida.

Cooper e Marshall (1982, citados por Cruz e tal. 2000) e Vaz Serra (1999) também realçam a importância que os colegas de trabalho podem ter nos que diz respeito ao apoio social que fornecem ao indivíduo, não negligenciando o facto de estes também poderem ser, pelo contrário, potenciais fontes de stress. Jesus e Costa (1998) defendem também que os sujeitos com uma boa relação social, integrados no meio em que residem, a par de uma relação familiar estável, são menos vulneráveis ao *distress* e, conseqüentemente, ao *burnout*.

Tabela 26. Variações dos níveis de *Burnout* em função das práticas religiosas (One way Anova).

	<i>Exaustão emocional</i>	<i>Despersonalização</i>	<i>Realização pessoal</i>
F	1,001	2,029	0,651
GL	3	3	3
P	0,396	0,115	0,584

A frequência com que os bombeiros adoptam práticas religiosas (Tabela 26) não demonstra ter uma influência estatisticamente significativa no que se refere ao desenvolvimento do *burnout* nestes profissionais. Sendo a nossa amostra constituída por indivíduos residentes no Alentejo podemos, eventualmente, associar estes resultados ao facto de que nesta região, a par da maioria das regiões mais a sul do país, a religião não apresentar tanto peso como sabemos ter nas regiões mais a norte do país.

Apesar dos estudos acerca da influência da religião no *burnout* serem muito vagos e contraditórios, consideramos relevante mencionar o estudo de Ross (1990, citado por Ano & Vasconcelles, 2005) acerca da relação entre o stress e a religião, com 401 indivíduos, onde constatou que os sujeitos não religiosos apresentavam valores de *distress* mais baixos comparativamente àqueles que assumiam ter crença de Deus.

O conjunto destes resultados permitiu perceber que apenas o apoio social percebido demonstrou ter uma influência negativa significativa (quanto mais apoio menos exaustão emocional) e apenas sobre esta dimensão do *burnout*.

Estes resultados respondem à nossa questão de investigação número 5, no sentido negativo, isto é, apenas o suporte social apresenta uma influência significativa sobre os níveis de *burnout*. Neste sentido e ao contrário do que esperávamos, as variáveis mediadoras mais frequentemente estudadas, em relação ao *burnout*, não mostraram, entre os bombeiros da amostra, influência significativa, nem desempenhar um factor de protecção, como em relação a outros indicadores de mal-estar psicológico.

Por ser a variável mediadora mais estudada e geralmente considerada mais influente, dedicámos ao estudo das estratégias de *coping* um cuidado especial, avaliando-as através dum instrumento frequentemente utilizado na avaliação do *burnout*. Referimo-nos à Escala de Estilos de *Coping* de Latack, especialmente concebida para avaliar os estilos de *coping* em contexto laboral.

Tabela 27. Análise descritiva dos resultados à Escala C.J.S. de Latack

<i>Sub-escala</i>	<i>Percentagens</i>		<i>Desvío</i>	
	<i>Mínimas</i>	<i>Máximas</i>	<i>Média</i>	<i>Padrão</i>
Confronto (N = 108)	46	82	62, 63	8, 26
Escape (N = 108)	16	51	34, 83	6, 80
Gestão de sintomas (N = 108)	32	99	64, 21	12, 30

Como se pode perceber pela análise da tabela, a estratégia de *coping* mais utilizada por esta população é a Gestão de Sintomas, logo seguida pelo Confronto e, em último lugar, pelo Escape. Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados no estudo de Pacheco (2006), onde a gestão de sintomas é a estratégia de *coping* mais utilizada pelos profissionais de saúde, seguida do confronto e, finalmente do escape.

Os resultados obtidos em ambos os estudos, no que se refere à gestão de sintomas enquanto estratégia mais utilizada, parecem-nos de alguma forma compreensíveis já que ambas as profissões

lidam com o mal-estar e o sofrimento das pessoas e estes profissionais podem procurar desenvolver em si competências para melhor lidarem com estas situações.

Tabela 28. Resultados da Regressão Linear entre os resultados à Escala CJS de Latack globalmente considerados e as dimensões do *burnout*

	<i>F</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	4,251	3	0,007**
Despersonalização	3,696	3	0,014*
Realização Pessoal	4,518	3	0,005**

* Significativa; ** Muito Significativa

Como se pode observar pela análise da tabela, no seu conjunto, as estratégias de *coping* têm uma influência muito significativa na variância da Exaustão Emocional e da Realização Pessoal e uma variância significativa em relação à dimensão Despersonalização.

Com o objectivo de percebermos de que modo as dimensões do *coping*, individualmente consideradas, influenciavam as dimensões do *burnout* realizámos uma regressão linear múltipla, em que tomámos por variável dependente cada uma das dimensões do *burnout* individualmente e como variáveis independentes os três factores do *coping* (Tabelas 29, 30 e 31).

Tabela 29 - Resultados da Regressão Linear Múltipla entre os resultados aos factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de Exaustão Emocional

<i>Exaustão Emocional</i>			
Coping	Beta	t	p
Confronto	-0,354	-3,420	0,001**
Escape	0,113	1,033	0,304
Gestão Sintomas	0,156	1,449	0,151

** Muito Significativa

Individualmente considerados, observa-se que a estratégia de confronto parece ter um efeito muito significativo sobre a variância da Exaustão Emocional (Tabela 29). Essa relação é inversa e indica que quanto menor for a utilização da estratégia de confronto maiores serão os níveis de exaustão emocional. Dito de outra forma, nesta população pode a estratégia de confronto funcionar como um factor protector relativamente à exaustão emocional.

Estes resultados vão de encontro não só com as conclusões de Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003), que referem que a exaustão emocional está inversamente associada à estratégia de confronto, como reflectem as conclusões de Ceslowitz (1989), onde se observou que os profissionais de saúde que usavam estratégias de confronto tinham menos *burnout*.

O confronto permite aos sujeitos enfrentarem as situações causadoras de stresse dando-lhe a percepção dessas situações serem contingentes, isto é, de estar nas suas mãos a forma de as resolver, ou pelo menos acreditarem que o podem conseguir de lidarem com elas de forma activa no sentido da resolução dos problemas.

De acordo com DeLongis e Preece (2000), este tipo de estratégias podem gerar também mudanças e aprendizagens, gerando soluções alternativas que, quando comparadas em termos de custo benefício, permitem abordar o problema de forma activa com vista à sua resolução. Podem ainda gerar mudanças no próprio sujeito, que descobre canais alternativos de gratificação e desenvolve novos padrões de comportamento.

A resolução do problema, ou mesmo apenas a tentativa de resolver o problema, acaba por evitar que se prolongue o estado de mal-estar desagradável, permitindo assim controlar os efeitos da exposição aos factores de stresse laboral.

Tabela 30. Resultados da Regressão Linear entre os resultados aos factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de Despersonalização

<i>Despersonalização</i>			
<i>Coping</i>	Beta	T	<i>p</i>
Confronto	-0,259	-2,499	0,014*
Escape	0,037	0,337	0,737
Gestão Sintomas	0,271	2,510	0,014*

* Significativo

Podemos perceber pela observação da tabela acima que a estratégia de confronto se relaciona de forma significativa e inversa com a dimensão despersonalização. Estes resultados podem ser explicados à luz da afirmação de Ceslowitz (1989), em os sujeitos com menos *burnout* são aqueles que utilizam estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas e/ou estratégias de confronto.

A observação da tabela permite ainda perceber que a gestão de sintomas apresenta relevância estatística significativa em relação à dimensão despersonalização. Esta relação positiva pode ser entendida se tivermos em linha de conta o raciocínio de Latack (1986), ao considerar a que a gestão de sintomas pode ser uma estratégia relevante para lidar com o stresse (Pinheiro *et al.*, 2003) e, naturalmente, com o *burnout* e se tomarmos ainda em consideração a relação existente entre a exaustão emocional e a despersonalização (Leiter, 1993, cit in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), na qual o indivíduo procura algum distanciamento emocional face ao serviço (podendo esta ser uma estratégia de gestão de sintomas).

Todavia, ao contrário da estratégia de confronto, o estilo de *coping* centrado na gestão de sintomas pode aliviar momentaneamente o mal estar associado às situações de stresse, mas contribui, no médio prazo, para aumentar as atitudes e sentimentos de despersonalização, na medida em que, não resolvendo os problemas, apenas afasta as suas consequências imediatas. A despersonalização, entendida como o desenvolvimento de atitudes de frieza, distanciamento e mesmo cinismo face aos problemas das pessoas que se pretendiam ajudar, acaba por gerar ainda

mais mal estar e facilitar o trânsito para várias formas de falta de aderência em relação aos objectivos que inicialmente levaram a pessoa a escolher aquela profissão de ajuda.

Tabela 31. Resultados da Regressão Linear entre os resultados aos factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de Realização Pessoal

<i>Realização Pessoal</i>			
<i>Coping</i>	Beta	T	p
Confronto	0,358	3,471	0,001**
Escape	0,015	0,137	0,891
Gestão Sintomas	-0,051	-0,473	0,637

** Muito Significativo

A estratégia de confronto revela também possuir relevância estatística quanto à dimensão realização pessoal. Em termos práticos, isto quer significar que a realização pessoal é tanto maior quanto mais utilizada for a estratégia de confronto. Estes resultados confirmam o que foi dito acima a propósito dos estilos de *coping* designado por confronto ou enfrentamento.

A adopção desse estilo de *coping* gera na pessoa o aumento da percepção de controle pessoal sobre a sua vida e os acontecimentos significativos que dela fazem parte, permitindo assim desenvolver a percepção de realização pessoal.

Estes resultados parecem confirmar os inúmeros estudos já citados que elegem a estratégia de confronto com os problemas como a que se revela mais eficaz, mais saudável e também aquela que permite às pessoas sentirem-se mais felizes e realizadas.

No seu conjunto os resultados relativos à influência dos estilos de *coping* nos níveis de *burnout* responde à nossa questão de investigação número 7 no sentido positivo, isto os estilos de *coping* demonstraram ter uma influência significativa ou muito significativa no desenvolvimento de *burnout* dos bombeiros da nossa amostra.

Em geral os estilos de vida têm demonstrado terem uma influência significativa sobre o bem-estar e a felicidade das pessoas (Gonzalez & Pais-Ribeiro, 2004). Estilos de vida mais saudáveis contribuem não só para a ausência de doenças, mas também para um sentimento geral de bem-estar (Carvalho & Cruz, no prelo). Nesse sentido procurámos avaliar a influência dos estilos de vida mais ou menos saudáveis nos níveis de *burnout* da nossa amostra.

Tabela 32. Análise descritiva dos resultados ao Questionário de Estilos de Vida (QEV)

N=111	<i>Resultados</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	Mínimos	Máximos		
Total QEV	75	118	98	9,29
População de Referência (N=514)	100	169	134,82	12,01

Os resultados médios, no que se refere aos estilos de vida dos bombeiros, são claramente inferiores à população de referência (Carvalho & Cruz, no prelo), o que sugere que os bombeiros que integraram a amostra têm estilos de vida pouco saudáveis.

Tabela 33 - Resultados da Regressão Linear entre os resultados ao QEV e as diferentes dimensões do *burnout*

	<i>F</i>	<i>GI</i>	<i>p</i>
Exaustão Emocional	0,045	1	0,832
Despersonalização	0,903	1	0,344
Realização Pessoal	1,458	1	0,230

Como se pode observar, na nossa amostra os resultados não demonstram ter influência estatística em relação às dimensões do *burnout* nos bombeiros.

Estilos de vida mais ou menos saudáveis parecem não estar relacionados com o *burnout*. Estes resultados, quando comparados com os do único estudo que conhecemos que estudou as relações entre os estilos de vida e o *burnout*, muito embora estes últimos tenham sido obtidos com outro instrumento e considerados como variável dependente, não confirmam os resultados então obtidos,

que sugeriam uma forte relação entre as duas variáveis (Pacheco, 2006). O estudo de Pacheco (2006) conclui que o estilo de vida: a) está relacionado de forma significativa com a exaustão emocional nos profissionais de saúde; b) com a realização pessoal dos médicos; C) e com os níveis de despersonalização dos enfermeiros.

Influência de Algumas Variáveis Moderadoras e Mediadoras na Avaliação Subjectiva da Saúde e nas Queixas Físicas dos Bombeiros

Considerámos o número de doenças e a avaliação subjectiva da qualidade da saúde dos bombeiros como variáveis dependentes e procurámos saber até que ponto eram influenciadas pelas variáveis moderadoras consideradas (número de chamadas de emergência, número de chamadas em que tinham ocorrido feridos graves ou mortos e vulnerabilidade ao stresse) e as variáveis mediadoras principais (estratégias de *coping* e estilos de vida).

Tabela 34. Influência do número de situações de emergência na avaliação da saúde dos bombeiros (One way Anova).

	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Saúde	1,323	4	0,771
Queixas Físicas	0,451	4	0,267

A Tabela 34 mostra que a variação das variáveis dependentes, avaliação subjectiva da saúde e queixas físicas, não são influenciadas pela exposição a um número superior ou inferior de situações de emergência.

Tabela 35. Influência do número de chamadas em que ocorreram mortos ou feridos graves nos níveis de saúde e nas queixas físicas (one way Anova)

	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Saúde	1,323	4	0,771
Queixas Físicas	0,451	4	0,267

O mesmo se passando em relação ao número de chamadas em que houve mortos ou feridos graves. Estes resultados sugerem que a exposição a situações de stresse, por muito frequente, não tem repercussões imediatas no mal estar físico dos bombeiros, o que, de acordo com a literatura referida anteriormente, que esse mal estar tem de ser mediado por outras variáveis e depende mais das características pessoais de personalidade do que dos níveis de exposição às situações stressantes.

Tabela 36. Resultados da análise estatística Anova (one way) obtida entre os factores da 23 QVS individualmente considerados e os níveis de saúde e queixas físicas

	<i>Saúde</i>			<i>Queixas Físicas</i>		
	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
F1	1,434	20	0,127	1,746	20	0,980
F2	1,201	14	0,288	0,855	14	0,609
F3	1,861	8	0,074	1,734	7	0,111
F4	1,385	8	0,212	1,157	8	0,334
F5	0,722	8	0,671	0,974	8	0,461
F6	1,293	13	0,230	2,649	13	0,004**
F7	2,476	11	0,009**	0,822	11	0,618

** Muito significativo

Os resultados da Tabela acima podem confirmar de alguma forma o que acabámos de dizer, mostrando-se a tendência para as pessoas se sentirem deprivadas de afecto e rejeitadas (Factor 7) um factor mais influente que o número das exposições a situações de stresse, em relação à avaliação subjectiva que os bombeiros fazem da sua saúde física. Estes resultados sugerem também, como muitos estudos demonstraram (Ogden, 2004), que a saúde física é interferida, em grande parte, por questões psicológicas.

Quanto ao número de queixas de saúde apresentadas os resultados sugerem que o Factor 6 (Subjugação) apresenta uma influência muito significativa nessa variável, o que sugere que as

peças mais dependentes tendem a obter atenção e afecto através desse tipo de queixas, ou apresentam uma maior vulnerabilidade psicossomática.

Tabela 37. Resultados da análise estatística Anova (one way) entre os factores da CJS de Latack individualmente considerados e os níveis de saúde e as queixas físicas

		<i>Saúde</i>			<i>Queixas Físicas</i>		
		F	GL	<i>p</i>	F	GL	<i>p</i>
CJS	Confronto	1,060	32	0,407	1,174	29	0,291
	Escape	1,183	30	0,274	0,921	29	0,587
	Gestão Sintomas	1,280	43	0,184	1,108	43	0,361

A análise da Tabela 37 permite-nos perceber que nem a saúde nem as queixas físicas são influenciadas, de forma significativa por nenhum dos estilos de *coping* considerados.

Tabela 38. Resultados da análise estatística Anova (one way) entre o QEV e os níveis de saúde e as queixas físicas

	<i>Saúde</i>	<i>Queixas Físicas</i>
F	1,642	1,675
GL	34	34
<i>p</i>	0,040*	0,040*

* Significativo

A avaliação subjectiva da qualidade de saúde e o número de queixas de saúde são significativamente influenciados pelos estilos de vida dos bombeiros (Tabela 38). Estes resultados parecem estar de acordo com Ogden (2004), que defende que os estilos de vida quando não são adequados se relacionam com o stresse, podendo resultar em consequências negativas para a saúde e com os trabalhos de Gonzalez e Ribeiro (2004) e de Carvalho e Cruz (no prelo).

Os estudos de Chi (1986) também confirmam que os estilos de vida, a par do suporte social, têm influência na variação do bem-estar e, consequentemente, na saúde. Como defende Pacheco &

Jesus (2006) devemos adotar comportamentos de saúde no nosso estilo de vida, de forma a aumentar as hipóteses de atingir um bom estado de saúde.

Tabela 39. Influência dos resultados às dimensões do *burnout* na avaliação subjectiva da saúde apresentada pelos bombeiros

	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>RP</i>
<i>Beta</i>	.133	-,126	-,106
<i>T</i>	1,022	-,979	-1,060
<i>Sig.</i>	,309	,330	,292

Individualmente considerados, nenhuma das dimensões do *burnout* apresenta uma influência significativa na avaliação subjectiva da saúde dos bombeiros (Tabela 39).

Tabela 40. Influência dos resultados às dimensões do *burnout* no número de queixas físicas apresentado pelos bombeiros

	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>RP</i>
<i>Beta</i>	,265	-,201	,059
<i>T</i>	1,929	-1,483	,569
<i>Sig.</i>	,057	,141	,571

Como pode ver-se na Tabela 40, embora os resultados às dimensões do *burnout* não apresentem uma influência significativa no número de queixas físicas apresentadas pelos bombeiros, a exaustão emocional apresenta uma influência positiva e quase significativa com essas queixas, o que sugere que esta dimensão do *burnout* é aquela que mais de perto provoca alterações físicas, principalmente psicossomáticas, nos profissionais de ajuda.

Estes resultados confirmam o modelo teórico de Maslach (Maslach e tal. 2001), embora de forma não conclusiva.

No seu conjunto este conjunto de resultados responde à nossa questão de investigação número 8 de forma ambígua parecendo, mais uma vez, que a qualidade da saúde dos bombeiros está mais

relacionada mais com os estilos de vida e com algumas características psicológicas do que com o *burnout*, com ressalva para a exaustão emocional, que fracassa por pouco em atingir um nível de influência significativo.

CONCLUSÕES

A profissão de bombeiro é uma das profissões de ajuda mais exigentes. A natureza das funções que desempenham poderia mesmo colocar estes profissionais na categoria das profissões de risco, uma vez que na sua prática diária os bombeiros são confrontados com situações limite, que envolvem por vezes graves danos pessoais e materiais e onde os seus recursos emocionais disponíveis são postos permanentemente à prova.

Em traços gerais, a presente investigação teve como objectivo verificar se os bombeiros portugueses apresentam níveis de *burnout* superiores aos outros profissionais de ajuda e que factores contribuíam para as suas variações.

Foi ainda nosso propósito perceber em que medida as variáveis externas e as variáveis moderadoras influenciavam os níveis de *burnout* e a avaliação subjectiva dos bombeiros em relação à sua saúde física. Procuramos também perceber em que medida as variáveis mediadoras, em especial as estratégias de *coping* e os estilos de vida, influenciavam nos níveis de *burnout* e a avaliação subjectiva da saúde física.

O conjunto de resultados que a nossa investigação apurou permite responder às questões de investigação que colocamos inicialmente da seguinte forma:

Questão 1 – Os bombeiros do Distrito de Setúbal apresentam níveis de *burnout* superiores aos de outros profissionais de ajuda portugueses e os resultados obtidos traduzem bem o desconforto psicológico, relacionado com o stresse laboral, que estes profissionais apresentam;

Questão 2 - As variáveis secundárias apresentaram uma influência pouco marcante nos níveis de *burnout* da nossa amostra (apenas o sexo, em relação às dimensões exaustão emocional e realização pessoal, mostrou ter uma influência significativa sobre o *burnout*);

Questão 3 – A vulnerabilidade ao stresse, globalmente considerada e entendida como variável moderadora, mostrou ser um factor muito influente nas variações dos níveis de *burnout* desta

população, à custa duma influência muito significativa na dimensão exaustão emocional e significativa na dimensão despersonalização. Individualmente considerados o factor 3 *Carência de Apoio Social*, mostrou ter uma forte influência na dimensão exaustão emocional e o factor 2 *Inibição e Dependência Funcional* uma influência negativa na dimensão realização pessoal.

Questão 4 - Contrariamente ao esperado, a frequência com que os bombeiros foram chamados a atender situações de emergência não teve impacto significativo nos níveis de *burnout*, assim como a exposição ao contacto com desfechos fatais (mortes ou feridos graves), o que responde à nossa questão de investigação de forma negativa. Na verdade parece que em relação ao desenvolvimento de níveis acrescidos de *burnout* os factores moderadores (vulnerabilidade ao stress) e as estratégias de *coping* são mais influentes que o número de situações potencialmente stressantes vividas pelos bombeiros;

Questão 5 – Também o trabalho por turnos não é um factor influente nas variações dos resultados a nenhuma das dimensões do *burnout* nesta população, o que responde, pela negativa à nossa questão de investigação N° 5;

Questão 6 – O apoio social percebido demonstrou ter uma influência negativa significativa sobre a exaustão emocional, o que responde à questão de investigação número 6 de forma positiva, já que a níveis superiores de suporte social percebido correspondiam níveis inferiores de exaustão emocional;

Questão 7 -Os estilos de *coping* demonstraram ter uma influência significativa ou muito significativa nos níveis de *burnout* dos bombeiros da nossa amostra. A estratégia de confronto mostrou ser particularmente eficaz na prevenção do desenvolvimento no *burnout* e no aumento do sentimento de realização pessoal dos bombeiros;

Questão 8. Quanto aos estilos de vida não mostraram ter influência significativa nas variações do *burnout* ao contrário do que esperávamos, mas em contrapartida, demonstraram ter uma

influência significativa positiva na avaliação subjectiva da qualidade de saúde e negativa nas queixas físicas apresentadas;

Questão 9 – Esta questão de investigação deve também ser respondida pela negativa, já que o aumento dos níveis de *burnout* não se traduz directamente por um aumento das queixas físicas, nem mostra ter influência na avaliação da qualidade de saúde dos bombeiros.

Importa referenciar algumas das limitações encontradas nesta investigação, que se relacionam: a) com a dimensão da amostra, que é relativamente pequena e não permite por isso tirar conclusões mais generalistas sobre o conjunto dos bombeiros portugueses; b) com a pouca homogeneidade da amostra já que nem todos os bombeiros que integraram a amostra apresentavam o mesmo nível de prontidão, sendo muito variável o número de chamadas de emergência a que acudiram no último ano, o que teve repercussões nos resultados, já que a influência desta variável perdeu bastante consistência em função desta heterogeneidade; c) com a escassez de estudos com esta população, que permitissem comparar os nossos resultados com os de outras populações semelhantes; d) e, finalmente, com a não utilização complementar de um estudo qualitativo que permitisse, através de narrativas orais ouvir dos bombeiros, pelas suas próprias palavras o modo como encaravam a sua relação com as situações de stresse mais exigentes, aspecto que deixamos desde já como sugestão para uma futura investigação.

Pensamos ser igualmente pertinente aprofundar em investigações futuras a influência do stresse e do *burnout* destes profissionais no desempenho profissional, bem como no absentismo laboral.

Importa referir que a formação interna contínua pode funcionar como uma mais valia para estes profissionais, no sentido em que os pode ajudar a saber lidar com o stresse inerente a esta profissão.

Em paralelo, o suporte organizacional, nomeadamente através dos serviços de um psicólogo, demonstra ser um importante factor de apoio para estes profissionais, como revelaram os estudos de Regehr e tal. (2002). Este suporte formal oferecido pela Instituição não deve ser utilizado única

e exclusivamente em situações de maiores dimensão como situações de catástrofe ou outras de idêntica dimensão, mas antes ser disponibilizado em situações rotineiras de emergência que podem ter reflexos gravíssimos a longo prazo.

Referências Bibliográficas

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. F., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.
- Amaral, J., & Pereira, A. (2004). O stresse dos profissionais do INEM, in J. L., Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 707 – 711). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- American Psychiatric Association (1996). DSM – IV – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4ª edição, Lisboa: Climepsi editores.
- Beer, T. A. (1995). *Psychological stress in the workplace*. London: Routledge.
- Borges *et al.* (2002). O síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (1), 189-200.
- Cano-García, F. J., Padilla-Muñoz, E., & Carrasco-Ortiz, M. A. (2005). Personality and contextual variables in teacher burnout. *Personality and Individual Differences*, 38, 929–940.
- Carvalho, A. (2003). Bebidas alcoólicas – Problema de Saúde Pública. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.). *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 129-136
- Carvalho, S., & Cruz, J. P. (no prelo). *Coping e Estilos de vida na transição para o Ensino Superior. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Casas, A. G., Repullo, J. R., & Lourenzo, S. (2002). Estrés laboral en médio sanitario y estratégias adaptativas de afrontamiento. *Revista Calidad Asistencial*, 17 (4), 237-246.
- Cheslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-338.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.

- Cleto, P., & Costa, M. E. (1996). Estratégias de coping no início da adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 93-102.
- Comas, D., Aguinaga, J., Oriozo, F. A., Espinoza, A., & Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Fundación de ayuda contra la drogadicción, Madrid, 25-31.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, (3), 393-403.
- Conceição, A. C. (2004). *Stresse, burnout e estilos de vida em trabalhadores de terra da TAP*. Monografia de licenciatura não publicada. Faro. Universidade do Algarve.
- Cooper, C. L., & Marchall, J. (1978). *Understanding executive stress*. London: Macmillan.
- Cooper, C. L., & Marchall, J. (1982). Fontes Ocupacionais de “stress”: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, 11, (2-3), 153-170.
- Correia, A. G. (1999). O Burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes: causas e consequências. *Revista de Toxicodependências*, 3, (3), 69-79.
- Costa, A. P. (2007). Ansiedade e burnout dos técnicos de radiologia portugueses, face à prática de exames tanatalógicos. Tese de mestrado não publicada. Faro. Universidade do Algarve.
- Costa, E. S., & Leal, I. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 2, (XXIV), 189-199.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied ergonomics*, 27, 17-23.
- Cruz, J. F., Gomes, A. R., & Melo, B. (2000). *Stress e burnout nos psicólogos portugueses*. Braga. Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

- Cruz, J.P. (2007). *O Corpo e a Mente na Saúde Mental Contemporânea*, Porto Alegre (Brasil). Editora Metodista.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- DeLongis, A., & Preece, M. (2000). Coping skills, in G. Fink (ed.). *Encyclophedia of Stress, 1* (532-540). California. Academic Press.
- Demir A., Ulusoy, M., & Ulusoy M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the Professional and private lives of nurses, *International Journal of Nursing Studies, 40*, 807–827.
- DuBrin, A. J. (2003). *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig.
- Faria, M., Ferreira, M., & Murcho, N. (2006). O bem estar em bombeiros. In J.L., Pais Ribeiro (Ed.). *6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 67 – 73). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ferreira, A. X. (1999). A enfermagem, uma profissão exposta a diversos factores de risco. *Nursing, 12*, (139), 38-40.
- Ferreira, P. & Lourenço, O. (2003). Consumo de Álcool em Portugal – Que informação disponível. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.). *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 117-127.
- Ferreira, V. (2004). Alimentação Saudável – A Dieta Mediterrânica. In *Saúde a sul*, Maio, P.6.
- Fisher, S. (1994). *Stress in academic life – Tgbe Mental Assembly Line*. Buckingham, The Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Finotti, M. A. (2004). Estilos de vida: Uma Contribuição ao Estudo de Segmetação do Mercado [versão electrónica]. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongisi, A. (1986). Appraisal, coping, Health status, and psychological symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, (3), 571-579.

- Fonseca e Sousa, J. P. (1998). *O impacto do stress ocupacional no bem-estar físico e emocional dos fisioterapeutas*. Consultado a 7 de Outubro de 2006 em Fisiopraxis: <http://www.fisiopraxis.pt/fnj/out98.htm>.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o *burnout*. *Acta Med Port*, 18, 433-444.
- Gatti, M. F. Z., Leão, E. R., Silva, M. J. P., & Puggina, A. C. G. (2004). Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipa de enfermagem. *Enfermaria global*, 5. Consultados em 08 de Outubro de 2006, em Enfermaria Global: <http://www.um.es/eglobal>
- Gonzalez, B., & Ribeiro, J. P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões da personalidade em jovens universitárias. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 107-127.
- Guido, L. (2003). *Stress e coping entre enfermeiro de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica*. Tese de Doutoramento, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Consultado em SABER –Biblioteca Digital De Teses e Dissertações – Universidade de São Paulo em 7 de Outubro de 2006: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/publico/Laura.tese.pdf>.
- Haber, D. (2003). *Health promotion and Aging – Pratical Applications for Health Professionals*, 3ª ed., New York: Springer Publishing Company.
- Hargreaves, G. (2001). *Gerir o Stress*. Lisboa: Lisboa e Livros.
- Hernandez, J. R. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primário y secundário de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, (2), 103-10.
- Hespanhol, A. (2005). *Burnout e stress ocupacional*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, (1-2) (Janeiro/Dezembro 2005).
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1980). *Stress and work*. Scott Foresman City, IL: Scott Foresman.

- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais*. Guia Prático para a mudança positiva. Edições ASA. Lisboa
- Jesus, S. N. (1998). Stress nos Professores: sintomas, factores e estratégias de coping: In José Matias Alves (Coord.) – *Professor, Stress e Indisciplina*, Dossier Rumos, 5, Porto, Porto Editora.
- Jesus, S. N., & Costa, M. L. (1998). *Stress e Estratégias de Coping de Médicos e Professores*. Coimbra, Instituto da Clínica Geral da Zona Centro, Novembro.
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S. N. (2001). Factores de Mal e de Bem-Estar em profissionais de educação e de saúde. In *Universidade do Algarve. Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Gomes Guerreiro*. Faro. Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve, 199-206.
- Jesus, S. N. (2004). Programa de formação em gestão de stress para profissionais de educação e saúde. *Psychologica*, 369-375.
- Jesus, S. N., Pacheco, J. E. P., & Santos, J. C. V. (2003). Escala de estilos de vida saudável de profissionais de saúde. *Encontro: Revista de Psicologia*, UNIA, Santo André – SP, Julho-Dezembro, 8, (8), 5-8.
- Jesus, S. N., & Pereira, A. (1994). Estudo das estratégias de “coping” utilizadas pelos professores. Actas do 5º seminário A Componente de Psicologia na Formação de Professores e Outros Agentes Educativos, Universidade de Évora, 253-268.
- Junior, A., Nunes, F., Martins, P., Costa, R. & Zorrinha, S. (2002). *O síndrome de burnout nos enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital Distrital de Faro segundo o tipo de horário de trabalho praticado*. Estudo comparativo de dois grupos. Monografia no âmbito do 3.º curso de Complemento de Formação em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem, Faro, Universidade do Algarve.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: Na inquiry into hardiness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37, 1-11.

- Koller, M., Kundi, M., Haider, M., Cervinka, R., & Friza, H. (1990). Changements survenus en cinq ans dans la vie familiale, la satisfaction et la santé de travailleurs postés. *Le Travail Humain*, 53, (2), 153-174.
- La Peña (2002). Factores relacionados com el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica*, 2 (12), 59-64.
- Latack, J. (1986). Coping with Job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.
- Lautert, L., Chaves, E. H. B., & Moura, G. M. S. S. (1999). O stress na actividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica*, 6 (6), 415-425.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lucena, I. C. (2005). *Eu sou o meu próprio médico*. In Focus-Magazin, Março, 281, 102-108.
- Matos, H. S., Veja, E. D., & Urdániz, A. P. (1999). Estudo do Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde dum hospital geral. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 125-138.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses*. Relatório do estudo da Rede Europeia. HBSC/OMS, 1-73.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, (XVII), 513-527.
- McKenna, E. (2000). *Business psychology & organizational behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Martinez, J. C. A. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome del burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (3), 293-303.
- Martins, M. C. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium – on line*, (29). Consultado em 08 de Outubro de 2006, em Instituto Politécnico de Viseu: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/33.pdf>.

- Martins, P., & Martins, A. C. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de coping – Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 529-546.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1997). *MBI, Inventário «burnout» de Maslach*. Madrid. TEA Ediciones.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.
- Michie, S., Ridout, K., & Johnstons, M. (1996). Stress in nursing and patient's satisfaction with health care. *British Journal of Nursing*, 5 (16), 1002-1006.
- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação da intervenção em stress ocupacional. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20, (1), pp. 39-47.
- Neuman, B. (1982). *The Neuman Systems Model – Application to Nursing education and practice*. Connecticut: Appleton – Century – Crofts.
- Nunes, E. (2003). Tabaco e Saúde – Aspectos económicos.. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.). *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 67-76.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Climepsi editores. Lisboa
- Pacheco, J.E. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Tese de doutoramento não publicada. Faro. Universidade do Algarve
- Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2006). Estilos de vida em profissionais de saúde. In J. L. P. Ribeiro & I. Leal, *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*, ISPA Edições, 791-796.

- Parreira, P. (1998). *Contacto com a morte e síndrome de burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Tese Mestrado).
- Parreira, P. D., & Sousa, F. C. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Revista de Investigação em Enfermagem, 1*, Fevereiro, 17-23.
- Pascoal, T. & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de stress no trabalho. *Estudos de psicologia, 9* (1), 45-53.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual do Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa. Editora RH.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: teoria e pesquisa, 19* (2), 153-158.
- Prag, P (2003). Stress, Burnout, and Social Support: A Review and Call for Research, *Air Medical Journal, 24* (4), 18-22.
- Prince, L., & Spence, S. H. (1994). Burnout symptoms amongst drug and alcohol service: gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety Stress and Coping, 7*, 67-84.
- Prisco, C., & Fontaine, A. M. (1999). Estilos de coping em situação escolar: adaptação de um instrumento. In Soares, A. P.; Araújo, S., Caires, S. (Org.s) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (VI), APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses, Braga, 814-823.
- Pueyo, R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JANO EMC, 58*(1334), 56-58.
Consultado a 7 de Outubro de 2006, em Doyma: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=9224>.
- Queirós, P. J. P. (2003). O que causa mal-estar, stress, em enfermeiros? *Revista de Investigação em Enfermagem, Agosto, 8*, 3-7.

- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Queiroz, V. R., & Saco, M. S. (2003). Factores asociados al Síndrome Burnout em Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUT del Cusco, *SITUA*, 23 (12), 11-22.
- Reig, A., & Caruana, A. (1990). Consumo de Tabaco en profesionales de la salud y su relación com el estrés ocupacional. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones*. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.
- Ribeiro, A. L., & Cruz, J. P. (no prelo). Estilos de vida e bem estar subjectivo. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Estudos6, Lisboa: ISPA:
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rodrigues, A. (2003). Comentário: Tabaco e Saúde. .. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.). *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 83-92.
- Rotman, C. (1988). A study of burnout among psychologist. Doctoral dissertation. Rutgers. The state University of New Jersey, in Dissertations Abstracts International, 48, 2772B.
- Rowh, M. (1989). *Coping with stress in college – everything students need to Know to manage the preassures of colleges life*. New York: The college board.
- Ruiz de Olabuénaga, I. (1998). *La juventud liberta. Géneros y estilos de la juventud urbana española*. Madrid: Fundación BBV.
- Santos, L.R., Pais Ribeiro, J.L., Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *Análise Psicológica*, 4, (XXI), 441-451.
- Savicki, V. & Cooley, E. J. (1994). Burnout in child protective service workers a longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 655-666.

- Schaufeli, W., & Buunk, B. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp.311-346). [s.l.]: John Wiley & Sons Ltd.
- Sequeira, J. (2003). *Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa, Monitor, 111-126.
- Carvalho, A. (2003). Bebidas alcoólicas – Problema de Saúde Pública. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.). *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 129-136.
- Shaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent development in Theory and Research*. Philadelphia, Taylor & Francis.
- Silva, F. (2000). *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador*. *PSI. Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2(1), consultado a 14 de Fevereiro de 2006 em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textuv2n15.htm>
- Souza, A., Campo, C, Silva, E., & Souza, J. (2002). *O estresse no trabalho*. Consultado a 17 de Setembro de 2005 em Fundacentro – Centro Estadual de St^a. Catarina: <http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/.pdf>.
- Souza, W.C. (2002). *O estresse ocupacional e os profissionais de saúde*. Consultado em *fisionet* em 08 de Outubro de 2006: http://fisionet.com.br/materias_id.asp?id=1029.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1990). Understanding Stress: a psychological perspective for health professionals. Chapman and Hall.
- Valdivia, R. Q., & Méndez, S. S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco, *SITUA*, 12 (23), 11-22.
- Varoli, I., & Souza, C. (2004). O sofrimento dos que tratam: *burnout* em profissionais de saúde mental. In J.L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 707 – 711). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra.

Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psicologia Clínica*, 21, (4), pp. 261 – 278.

Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS.

Psiquiatria Clínica, 21, (4), pp. 279-308.

Villalobos, J. O. (1999). Estrés y trabajo. Consultado em 26 de Outubro de 2006 em MedSpain:

http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm.