



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

FADIGA POR COMPAIXÃO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE HEMATOLOGIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Gestão

de Serviços de Enfermagem

por Liliana Cecília Lopes de Almeida

Lisboa, Abril de 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

FADIGA POR COMPAIXÃO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE HEMATOLOGIA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Gestão

de Serviços de Enfermagem

por Liliana Cecília Lopes de Almeida

sob Orientação do Professor Doutor Luís Octávio de Sá
sob Co-orientação da Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, Abril de 2014

RESUMO

Fadiga por Compaixão é um Síndrome caracterizado por uma fadiga física e emocional, resultante da compaixão que os profissionais de saúde vivenciam no seu trabalho com pessoas que estão em sofrimento, físico e/ou mental. Pouco conhecida e investigada em Portugal, a Fadiga por Compaixão é muitas vezes difundida como Síndrome de Burnout, o que pode provocar uma compreensão e um tratamento inadequados dos profissionais acometidos por ela, colocando em risco a sua saúde mental. Com a realização deste estudo pretendemos contribuir para a melhoria futura da qualidade de vida profissional nas equipas de saúde de hematologia e melhoria da qualidade dos cuidados e serviços, a nível institucional.

Apresentamos os resultados do estudo de Fadiga por Compaixão, utilizando a escala “Professional Quality of life scale” versão 5 (ProQOL 5) da autoria de Beth Stamm traduzida, validada e adaptada à população portuguesa (Carvalho e Sá, 2011), como instrumento para a avaliação do estado de exaustão dos profissionais de saúde. Com este estudo pretendemos responder à seguinte questão: “Existe Fadiga por Compaixão nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de Hematologia?”.

Através de uma amostragem intencional obtivemos uma amostra constituída por 73 profissionais de saúde de diferentes áreas do cuidar, provenientes de três serviços diferentes da especialidade de hematologia, na mesma instituição de saúde. Procedemos a uma análise fatorial e de fiabilidade dos instrumentos (ProQOL5 e GHQ28: Questionário sobre Saúde Geral de Ribeiro e Antunes, 2003 e subescalas) através de uma consistência interna. Realizámos ainda uma correlação bivariada de Pearson com o objetivo de avaliar como estas subescalas se associam entre si, verificando-se que a perceção de saúde está significativamente associada com o nível de Fadiga por Compaixão.

Quanto ao estudo da Fadiga por Compaixão verificámos que, comparando os valores médios de Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário obtidos, com os pontos de corte da referida escala, uma grande percentagem dos profissionais apresenta níveis médios a altos de Satisfação por Compaixão (80%), bem como de Burnout (82%) e de Stress Traumático Secundário (77%), sendo que 34% destes profissionais apresentam níveis elevados de Stress Traumático Secundário. Verificámos que 83% dos médicos da amostra apresentam níveis médios a altos de Fadiga por Compaixão, 58% dos quais com níveis altos. Por sua vez, 75% dos enfermeiros apresentam igualmente níveis médios a altos de Fadiga por Compaixão, 18% dos quais com níveis altos. Relativamente às assistentes operacionais, 72% da amostra apresenta níveis médios a altos de Fadiga por Compaixão, sendo que 44% apresentam níveis altos. Os enfermeiros são o grupo profissional que menos reconhece o seu desgaste profissional face ao sofrimento do doente e o que menos demonstra ter necessidade de colocar atestados, baixas médicas ou até mesmo pedir transferência para outros serviços. No entanto, são o grupo que apresenta níveis mais elevados de Burnout e Stress Traumático Secundário. As assistentes operacionais são o grupo profissional que possui níveis mais preocupantes de Fadiga por Compaixão, uma vez que apresentam níveis de Satisfação por Compaixão baixos, em relação aos restantes profissionais.

Os resultados revelam ainda que os profissionais de saúde que exercem funções em apenas um serviço de hematologia apresentam uma maior percepção de desgaste, em comparação com os profissionais que exercem funções em dois serviços ou três serviços de hematologia. Podemos constatar com este estudo que as situações que provocam maior desgaste psicológico e emocional nos profissionais de saúde são a fase terminal e o sofrimento do doente. O conjunto de resultados deste estudo permite-nos confirmar a existência de importantes níveis de Fadiga por Compaixão no contexto de hematologia.

ABSTRACT

Compassion Fatigue is a syndrome characterized by an emotional and physical exhaustion resulting from the compassion that health professionals experience in working with people who are suffering, physical and / or mental. Little known and investigated in Portugal, the Compassion Fatigue is often widespread as Burnout Syndrome, which can cause an inadequate understanding and treatment professionals affected by it, risking their mental health. With this study we aim to contribute to the improvement of quality in the work life of the health teams of hematology and of care and services quality at an institutional level.

We present the results of the Compassion Fatigue study by using the scale "Professional Quality of Life scale" version 5 (ProQOL 5) from Beth Stamm, translated, adapted and validated to the Portuguese population (Carvalho e Sá, 2011), as a tool for assessing the state of exhaustion of the health professionals. With this study we intend to answer the following question: "There is Compassion Fatigue in the health professionals carrying out functions in the hematology specialty?". By using an intentional sampling, we obtained a sample of 73 health professionals from different areas of care, coming from three different hematology specialty services, all in the same health institution. We conducted a factor and reliable analysis of the instruments (ProQOL5 and GHQ28: Questionnaire of General Health from Ribeiro e Antunes, 2003 and subscales) through an internal consistency. We also conducted a Pearson bivariate correlation in order to assess how these subscales are associated with each other, and we found that the perception of health is significantly associated with the level of Compassion Fatigue.

Regarding the Compassion Fatigue study, we noticed that, comparing the average values of Compassion Satisfaction, Burnout and Secondary Traumatic Stress obtained with the cut-off of the referred scale, a large percentage of professionals presents average to high levels of Compassion Satisfaction (80%) and Burnout (82%) and Secondary Traumatic Stress (77%), with 34% of these professionals having high levels of Secondary Traumatic Stress. We note that 83% of the doctors in the sample have average to high levels of Compassion Fatigue, 58% of which with high levels. In turn, 75% of the nurses also have average to high levels of Compassion Fatigue, 18% of which with high levels. For operating assistants, 72% of the sample had moderate to high levels of compassion fatigue, and 44% had high levels. Nurses are the professional group that less recognize their professional exhaustion resulting from the suffering of the patient and demonstrate that they need less to obtain medical certificates, medical leaves or even to be transfer to other services. However, nurses are the group that has higher levels of Burnout and Secondary Traumatic Stress. Operating assistants are the professional group with more disturbing levels of Compassion Fatigue, as they have lower levels of compassion satisfaction compared to other professionals. The results also revealed that health professionals working only in one hematology service have a higher perception of exhaustion, compared with professionals working in two or three hematology services.

We can conclude from this study that the situations that cause more psychological and emotional stress in healthcare professionals are terminally illness and the suffering of the patient. The set of results of this study allow us to confirm the existence of significant levels of Compassion Fatigue in the context of hematology

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Octávio de Sá, orientador desta dissertação, pela disponibilidade, pelos ensinamentos, incentivo e motivação.

À Professora Doutora Zaida Charepe, pela sua coorientação, incentivo e motivação sempre demonstrada durante a realização de todo o estudo.

Às enfermeiras-chefes dos Serviços de hematologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, do internamento, hospital de dia e unidade de transplantação de medula óssea, pela disponibilidade, colaboração e por possibilitaram a realização do estudo sobre Fadiga por Compaixão nos seus serviços.

Aos profissionais de saúde e colegas de hematologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria que colaboraram e possibilitaram a realização do presente estudo.

À minha mãe, pelas oportunidades académicas que sempre me proporcionou, pelo seu empenho e dedicação na minha educação e formação.

À minha irmã, pela disponibilidade e incentivo em todo o processo de realização deste estudo.

Ao Pedro Rosa por toda a disponibilidade e apoio estatístico facultado.

Ao Fábio Borges pela paciência e incentivo transmitidos ao longo de todo este processo de aprendizagem.

LISTA DE SIGLAS

AI	Ansiedade e Insónia
ACP	Análise dos Componentes Principais
BO	Burnout
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa-Norte
DG	Depressão Grave
DS	Disfunção Social
FC	Fadiga por Compaixão
GHQ28	Questionário de Saúde Geral de 28 itens
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
LH	Linfoma Hodgking
LLC	Leucemia Linfoide Crónica
LMA	Leucemia Mieloide Aguda
LNH	Linfoma Não Hodgking
MM	Mieloma Múltiplo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRoQOL5	Escala de Qualidade de Vida Profissional, versão 5
PTI	Purpura Trombocitopénica Idiopática
SC	Satisfação por Compaixão
SMD	Síndrome Mielodisplásico
SS	Sintomas Somáticos
STS	Stress Traumático Secundário

ÍNDICE

RESUMO	2
ABSTRACT	4
AGRADECIMENTOS	6
LISTA DE SIGLAS	7
ÍNDICE DE QUADROS	10
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
CAPITULO 2 – FADIGA POR COMPAIXÃO.....	17
2.1 – Definições.....	17
2.2- Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário.....	18
CAPITULO 3 – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL VERSÃO 5	22
PARTE II – METODOLOGIA	24
CAPITULO 4 – DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS.....	24
4.1 Objectivos e questão de investigação.....	24
4.3 Hipóteses	26
CAPITULO 5 – ESTUDO SOBRE FADIGA POR COMPAIXÃO EM HEMATOLOGIA.....	27
5.1 População e amostra.....	27
5.2 Procedimento de recolha de dados.....	27
5.3 Aspetos éticos do estudo	28
5.4 Instrumento de recolha de dados	28
5.5 Análise de dados.....	29
PARTE III – RESULTADOS	31
CAPITULO 6 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	31
6.1- Análise da caraterização sociodemográfica e profissional	31
6.2- Análise das dificuldades psicológicas e emocionais na prestação de cuidados	32
CAPITULO 7 – ANÁLISE FATORIAL E DE FIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS	35
7.1 Estudo das propriedades psicométricas da PРоQOL5	35
7.2 Estudo das propriedades psicométricas da GHQ28.....	38
CAPITULO 8- RESULTADOS DO ESTUDO FADIGA POR COMPAIXÃO	42
8.1- Análise segundo as variáveis independentes	42
8.2- Valores globais.....	57
CAPITULO 9- SINTESE DOS RESULTADOS	58
PARTE IV – DISCUSSÃO	61
CAPITULO 10 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
10.1 – Considerações sobre os resultados do estudo de Fadiga por Compaixão.....	61
10.2- Limitações e dificuldades	64
10.3 – Considerações Finais e Sugestões	65

CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
APÊNDICES E ANEXOS	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica	32
Quadro 2 – Caraterização profissional	32
Quadro 3 - Caraterização psicológica e emocional	33
Quadro 4 – Caracterização do desgaste psicológico e emocional a nível profissional.....	34
Quadro 5 – Caracterização das respostas dos participantes face às situações que desgastam psicológica/ e emocionalmente o seu trabalho	34
Quadro 6 – Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da ProQOL5.....	35
Quadro 7 – Fiabilidade da subescala de SC	36
Quadro 8 – Fiabilidade da subescala de BO	37
Quadro 9 – Fiabilidade da subescala de STS	37
Quadro 10 – Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da GHQ28	38
Quadro 11 – Fiabilidade da subescala de SS.....	39
Quadro 12 – Fiabilidade da subescala de AI.....	39
Quadro 13 – Fiabilidade da subescala de DS	40
Quadro 14 – Fiabilidade da subescala de DG.....	40
Quadro 15 – Resultados da amostra total na escala e subescalas	41
Quadro 16 – Pontos de corte da ProQOL5	42
Quadro 17 – Frequências dos três níveis de SC, BO e STS.....	43
Quadro 18 – Teste t para as subescalas ProQOL5 em função do sexo.....	43
Quadro 19 – Teste de Qui-quadrado de associação entre os vários níveis das dimensões da ProQOL5 em função do género.....	44
Quadro 20 – ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função da faixa etária	44
Quadro 21 – Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função da faixa etária	45
Quadro 22 – ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função do estado civil	45
Quadro 23 – Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função do estado civil	46
Quadro 24 – A NOVA para as subescalas ProQOL5 em função da profissão	46
Quadro 25 – Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função da profissão	47
Quadro 26 – ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função da profissão	48
Quadro 27 – Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função da carga horária semanal	48
Quadro 28 – ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função do tempo de exercício profissional	49

Quadro 29 – Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função do tempo de exercício profissional	49
Quadro 30 – Qui-quadrado de associação entre os níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função do local onde desempenha funções	50
Quadro 31 – Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na qualidade dos cuidados em geral em função do número serviços onde exercem funções	51
Quadro 32 – Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na qualidade do desempenho profissional em função do número serviços onde exercem funções.....	51
Quadro 33 – Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na satisfação enquanto profissional em função do número serviços onde exercem funções ...	52
Quadro 34 – Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na satisfação enquanto profissional em função do número serviços onde exercem funções ...	52
Quadro 35 – Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na vida pessoal e familiar em função do número serviços onde exercem funções	53
Quadro 36 – ANOVA para a perceção de situações com potencial desgaste em função do número de serviços onde exerce funções	53
Quadro 37 – ANOVA para as subsescalas PROQOL5 em função do número de serviços onde exerce funções	54
Quadro 38 – Teste t para as sub-escalas PROQOL5 em função da perceção de necessidade de atestados/baixas médicas	54
Quadro 39 – Teste t para as subsescalas ProQOL5 em função da perceção de necessidade de absentismo laboral	55
Quadro 40 – ANOVA para as subsescalas ProQOL5 em função da perceção de necessidade de transferência de serviço.....	56
Quadro 41 – ANOVA para GHQ28 total e respetivas subsescalas em função do número de serviços onde exerce funções	56
Quadro 42 – Matriz de correlações entre dimensões ProQOL5 e GHQ28.....	57

INTRODUÇÃO

A prática de cuidados e a satisfação dos profissionais de saúde assentam em pressupostos de compaixão e preocupação empática que, sendo essenciais na relação de ajuda com os doentes, podem ao mesmo tempo facilitar a sua exposição a determinados fatores stressantes.

A pessoa com doença hematológica enfrenta um grande desafio: sobreviver à doença com qualidade de vida. Existem formas, métodos e terapêutica que permitem à pessoa ter qualidade de vida atendendo ao prognóstico da sua doença. Numa fase aguda ou recaída da doença, a pessoa é internada múltiplas vezes e, geralmente, em grande sofrimento. Assim, os profissionais de saúde vêem-se deparados com estas situações, muitas das vezes já com relações estabelecidas de internamentos anteriores, e sentem-se incapazes, fatigados e até exaustos, por todo o sentimento de compaixão envolvido nestas experiências de cuidados. O stress vivenciado pelos profissionais de saúde pode ser evidente quando estão expostos ao sofrimento, a situações de emergência, à dor, à morte e ao luto dos doentes e seus familiares, agindo sob fatores stressantes sem consciente controlo dos mesmos. A exposição prolongada a estes fatores pode, assim, provocar nos profissionais de saúde um estado de exaustão, desgaste profissional, denominado FC. Este estado disfuncional pode colocar em causa a sua qualidade de vida profissional, bem como a sua funcionalidade noutras áreas, incluindo a pessoal, familiar e social.

Conhecendo a sua importância na qualidade de vida dos profissionais e instituições, sentimos necessidade de realizar este estudo de forma a aprofundar a problemática relativa à exaustão profissional na especialidade hematologia, associada à FC. Os principais motivos que nos levaram a investigar sobre esta temática centraram-se no modo como esta se pode manifestar nos profissionais de saúde e até que ponto a exaustão e desgaste profissional afetam a sua qualidade de vida profissional, pessoal e social, bem como nas consequências que podem trazer para a prática de cuidados e gestão de serviços, numa Instituição de Saúde.

Apresentaremos os resultados do estudo de Fadiga por Compaixão, utilizando a escala ProQOL 5 da autoria de Beth Stamm traduzida, validada e adaptada à população portuguesa (Carvalho e Sá, 2011), como instrumento para a avaliação do estado de exaustão dos profissionais de saúde. Através de uma amostragem intencional obtivemos uma amostra constituída por 73 profissionais de saúde de diferentes áreas do cuidar, provenientes de três serviços diferentes da especialidade de hematologia, na mesma instituição de saúde. Procedemos a uma análise fatorial e de fiabilidade dos instrumentos (ProQOL5 e GHQ28: Questionário sobre Saúde Geral de Ribeiro e Antunes, 2003 e subescalas) através de uma consistência interna. Realizámos ainda uma correlação bivariada de Pearson com o objetivo de avaliar como estas subescalas se associam entre si.

O documento está estruturado em quatro partes principais: a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico do estudo, onde fundamentamos a importância da FC nos profissionais de saúde, segundo vários autores, o modo de transmissão do trauma secundário e enumeramos os possíveis prejuízos pessoais, profissionais e institucionais resultantes da exposição ao STS; a segunda parte diz respeito ao enquadramento metodológico do estudo, onde justificamos a sua realização, e enumeramos os seus objetivos. Nesta parte estão descritas as opções metodológicas que tomámos relativamente à consecução deste estudo, desde a descrição das variáveis independentes à explicação dos procedimentos definidos e instrumentos selecionados para este estudo; a terceira parte diz respeito à apresentação dos resultados relativos ao tratamento dos dados obtidos a partir de uma amostra constituída por profissionais de saúde de três serviços de hematologia, dando assim resposta aos objetivos delineados. Nesta parte, realizamos uma caracterização sociodemográfica e apresentamos os resultados relativos ao estudo; a quarta e última parte deste documento, a discussão, diz respeito à análise dos resultados do estudo, integrando as dificuldades encontradas ao longo do processo, revelando também as suas limitações e possíveis sugestões.

Esperamos que este estudo contribua para um melhor conhecimento sobre a FC no seio dos profissionais de saúde e que, associado a outros estudos, nomeadamente ao estudo mais recente de FC em cuidados paliativos (Carvalho e Sá, 2011), permita perceber a real dimensão do fenómeno em Portugal. Desta forma, pretende-se possibilitar a definição de estratégias e ações que visem minimizar o seu impacto ao nível pessoal, profissional e institucional. De igual modo que contribua para a melhoria da qualidade de vida profissional nos serviços de hematologia, da qualidade dos cuidados, dos serviços oferecidos e do suporte institucional prestado a estes profissionais que muitas vezes sofrem por ajudar quem sofre.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta primeira parte do trabalho, justificamos a realização do estudo sobre FC nos profissionais de saúde de hematologia, e realizamos uma abordagem teórica sobre a mesma recorrendo ao modelo teórico proposto por Charles Figley em 1995, considerado o autor de referência para a elaboração deste trabalho.

Abordamos também os conceitos de STS, BO, SC, pois foram os principais conceitos na construção e desenvolvimento deste estudo. Referimos ainda nesta parte do documento, a escala ProQOL versão 5, já traduzida e adaptada à população portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) como instrumento para avaliar a FC.

CAPÍTULO 1 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

As doenças oncológicas são as doenças com maior incidência em Portugal e no resto do mundo, estando associadas a importantes implicações a nível físico, psicológico e social. Habitualmente, conduz a uma qualidade de vida diminuída, sendo um dos principais problemas de saúde do século XXI. Nos últimos 30 anos, uma consciência cada vez maior tem recaído sobre as repercussões emocionais e interpessoais da doença oncológica e seus tratamentos, bem como sobre o seu impacto no bem-estar dos doentes e suas famílias. (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009)

Loreto (2001) afirma que a doença oncológica sugere, uma imagem “assustadora” e, apesar dos grandes avanços técnicos e terapêuticos, continua a ser uma ameaça à sobrevivência e, como tal, um acontecimento indutor de elevados níveis de stress. A vivência deste problema não só afeta o doente, como também tem as suas repercussões sobre os profissionais de saúde que dele cuidam. Frente às exigências do quotidiano, os profissionais de saúde estão sujeitos, cada vez mais, a fatores de stress relacionados com as suas atividades profissionais, riscos que conduzem a elevados graus de ansiedade que se repercutem no seu desempenho e bem-estar. Os fatores de risco psicossociais, notórios na área da saúde, vão de encontro com elevadas expectativas dos profissionais, associadas a insuficientes qualificações dos mesmos, com a confrontação direta com a dor e morte, e também com situações de urgência.

O trabalho é uma atividade que pode ocupar grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade. Dejours (1992) afirmava que o trabalho nem sempre possibilita realização profissional. Pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão. Estudos mostram que o desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo a ausentar-se do trabalho (absentismo), resultando em licenças por auxílio-doença e a necessidade, por parte da organização, de reposição de funcionários, transferências, novas contratações, entre outras ações. A qualidade dos serviços prestados e o nível de produção são por consequência afetados, assim como a sua produtividade (Moreno, 2000; Schaufeli, 1999c).

Lago (2010) define FC pela dinâmica do trabalho de uma relação estabelecida, englobando toda e qualquer atividade ligada à prestação de cuidados. Aplica-se, porém, a um contexto bastante circunscrito, isto é, um contexto onde o processo empático e a compaixão são condição necessária para a realização da atividade profissional. Por mais que imaginemos que a formação desses profissionais os protejam do desgaste natural que envolve o contacto com o sofrimento alheio, tal proteção pode não ocorrer, não é possível, e nem é desejável que ocorra. Mostra que na verdade, frequentemente esses profissionais acabam por desenvolver as suas próprias estratégias para lidar com o “custo” de ajudar.

Apesar de essas estratégias permitirem que os profissionais continuem atuando, na maioria das vezes podem não ser estratégias saudáveis, e podem fazer com que os profissionais continuem a trabalhar sem se dar conta de como a sua saúde esta a ser afetada.

Panerai (2010), define o profissional de saúde como um cuidador em constante tensão, que vem a suportar um conjunto de angústias, de conflitos e obstáculos de cada pessoa, no seu ambiente de trabalho. Ainda para este autor, o sofrimento dos outros implica, muitas vezes, o reviver de momentos de sofrimento pessoais – o conviver com o sofrimento gera sofrimento.

Panerai (2010) considerou algumas das manifestações de FC, tais como: dificuldade de concentração; diminuição do rendimento profissional; desinteresse e desmotivação a nível pessoal e profissional; sentimento de impotência para resolver todos os problemas; exaustão; irritabilidade; sentimento de falta de apoio; deterioração das relações interpessoais; diminuição do estado de saúde geral; diminuição da compaixão pelos outros; isolamento. Estas manifestações podem por em causa a qualidade de vida profissional.

Ora, a maior parte das doenças hematológicas possui um prognóstico reservado. É imprescindível o envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar devido à grande complexidade destas doenças e às suas diferentes abordagens terapêuticas, uma vez que cada doença tem o seu tratamento específico. A equipa multidisciplinar tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde de excelência, visando sempre o conceito holístico de saúde, onde se incluem os aspetos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais do comportamento humano. A prestação direta de cuidados visa o acompanhamento especializado dos doentes/família em todas as fases da sua doença e complicações.

As patologias mais frequentes no serviço de hematologia internamento do CHLN – Hospital de Santa Maria são os LNH, LH, MM, LMA, PTI, LLC, SMD e Drepanocitose. O motivo de internamento mais comum é o estabelecimento de um diagnóstico, seguido da realização de ciclos de quimioterapia, verificado nos últimos 2 anos. O destino dos doentes internados geralmente é o domicílio na maioria dos casos (67%, n=279), seguindo-se a taxa de mortalidade de 19% (n=79), referente ao ano 2012 (Batoreu, 2012).

A IACS é igualmente um problema sério, de gravidade mensurável e de difícil erradicação, ocasionada por microrganismos patogénicos que se desenvolvem nos hospitais. Segundo OMS citado por Batoreu (2012), a maior incidência destas infeções ocorre em doentes mais vulneráveis, em que a resistência é menor, sendo portanto o alvo preferencial dos agentes infecciosos, como é o caso dos doentes Hematológicos.

São doentes imunodeprimidos, sujeitos a procedimentos invasivos e ao uso excessivo e prolongado de antibióticos, que tem como efeito adverso o aparecimento de microrganismos resistentes, provocando um aumentando da morbidade e da mortalidade.

Muitas vezes é necessária a combinação de vários tratamentos e técnicas: a quimioterapia, radioterapia, corticoterapia e administração frequente de hemoderivados e fatores de crescimento, bem como biópsias, mielogramas, quimioterapia intratecal, punções lombares, são nomeadamente os mais frequentes. O transplante de medula óssea acaba por ser a esperança e solução para a maioria dos casos de doença hematológica. Quando o prognóstico é muito reservado e já não há hipótese de existir remissão completa da doença, o objetivo passa a ser controlar a doença e os seus sintomas com o uso adequado de terapêutica paliativa. Tudo isto vai requerer muitos dias de internamento e consequentemente sofrimento por parte do doente e família (Mehta,2005).

Devemos por isso ajudar o doente a manter a sua dignidade, a entender as suas fraquezas e evitar sentimentos de frustração, mas para isso é fundamental que o profissional de saúde esteja bem com ele mesmo para poder proporcionar os melhores cuidados possíveis. É importante que os profissionais de saúde tenham condições organizacionais, físicas e psicológicas para desenvolver e trabalhar o interesse do próprio doente. Segundo vários estudos científicos, referenciados na bibliografia pesquisada, sobre BO e absentismo dos profissionais de saúde, concluem que o excesso de cansaço, o stress, o desinteresse, pode levar ainda a situações de absentismo, depressão e/ou esgotamento, aumento de atestados clínicos, e a uma maior rotatividade de profissionais num mesmo serviço.

CAPITULO 2 – FADIGA POR COMPAIXÃO

Os profissionais de saúde apresentam, normalmente, importantes níveis de compaixão e por isso estão predispostos a ajudar aqueles que sofrem. Estes profissionais, que lidam com as experiências traumáticas e que escutam as histórias de medo, dor e sofrimento dos doentes e famílias podem sentir similar medo, dor e sofrimento simplesmente porque se preocupam com o outro, porque sentem empatia. Este fenómeno de stress foi sugerido pelo Psicólogo Charles Figley (1995) quando estudou a perturbação de stress pós-traumático em veteranos de guerra e vítimas de violência doméstica. O autor concluiu nos seus estudos que os familiares destes ex-combatentes eram afetados pelas suas experiências traumáticas e que, inclusivamente, poderiam apresentar sinais e sintomas semelhantes aos vivenciados pelo próprio, fenómeno que ele designou de STS.

Figley (1995) chamou a atenção para a possibilidade de uma pessoa ser afetada secundariamente pelas experiências traumáticas de outras pessoas significativas. Assumiu que o mesmo tipo de mecanismos psicossociais, que tornam o trauma contagiante dentro das famílias, pode manifestar-se entre pessoas traumatizadas e os seus terapeutas, como acontece entre os doentes e os profissionais de saúde. Este autor deu um novo significado aos conceitos de stress por compaixão e FC, primeiramente utilizados por Joinson, em 1992 quando abordou nos seus estudos o desgaste dos enfermeiros por experiências repetidas em situações de emergência (Figley 1995).

2.1 – Definições

A FC (ou perturbação secundária de stress traumático - termo adaptado por Pereira (2003) ao português, do termo original Secondary Traumatic Stress Disorder) é definida por Figley (1995) como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social, resultante da exposição prolongada ao stress traumático secundário e a tudo o que ele evoca. Este estado é o culminar da associação de vários fatores importantes, que são: um contínuo sentimento de responsabilidade para com o doente e o seu sofrimento; uma falha no alívio do fardo dessa mesma responsabilidade e inabilidade em diminuir o STS; e a recordação de memórias traumáticas, provocadas por esse stress, geradoras de sintomas caraterísticos da perturbação de stress pós-traumático e de reações associadas como a depressão e a ansiedade generalizada.

Para Figley (1995), a FC será inevitável se, adicionalmente a estes três fatores, o profissional de saúde experimentar excessivas perturbações na sua vida, resultantes de doença, alterações no seu estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais.

Para Lago e Codo (2010), a FC é um fenómeno caraterizado por uma fadiga física e emocional, resultante da compaixão que os profissionais de saúde vivenciam no seu trabalho com pessoas que estão em sofrimento físico e/ou mental.

De uma forma geral, a FC ocorre quando o profissional não consegue lidar mais, de uma forma saudável, com os sentimentos negativos que surgem do sofrimento do doente que ele cuida, e em consequência começa a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho. Não há uma forma saudável de se evitar que o profissional se envolva pela dor daqueles que ele cuida, uma vez, que é consensual o fato de a criação de uma “blindagem emocional” também compromete o bom atendimento. Por essa razão, os autores já mencionados, são unânimes em aceitar que o Stress por Compaixão, que pode causar a FC, é uma consequência comportamental e emocional natural da tomada de conhecimento acerca do sofrimento alheio.

Lago (2010), refere que a FC é uma síndrome caracterizada por uma fadiga física e emocional resultante da compaixão que os profissionais de saúde vivenciam no exercício das suas funções, com pessoas que estão em sofrimento físico e /ou mental. A razão para a ocorrência desse fenômeno deve-se aos profissionais que, de uma forma geral, vivenciam ou escutam relatos de dor, medo e sofrimento, porque se importam com aqueles de quem atendem/cuidam. Desta forma, Lago (2010) defende que o BO difere de FC, pois trata de um síndrome que afeta os profissionais que lidam com diferentes tipos de pessoas, trata da dinâmica do trabalho, do sistema organizacional, ou seja, toda e qualquer atividade que esteja ligada à prestação de algum serviço. Já a FC refere-se a uma síndrome que atinge aqueles profissionais que lidam, não com qualquer pessoa, mas sim com pessoas em sofrimento.

Segundo Cruz (2011), a FC é o “resíduo emocional” da exposição do trabalhador com o sofrimento do outro. O profissional torna-se fatigado, exausto e stressado, devido ao constante contato com o sofrimento do outro.

2.2- Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário

Segundo Stamm (2010), a SC é o prazer da pessoa se sentir capaz de exercer corretamente o seu trabalho, é o sentir-se satisfeito pelo próprio trabalho e pela ajuda em si.

A pessoa sente-se revigorada pelo trabalho que gosta de realizar e sente vontade de manter o contato com novas tecnologias e protocolos, possui pensamentos de felicidade, sente-se bem-sucedida, está feliz com o trabalho que faz, quer continuar a fazê-lo, e acredita que pode fazer a diferença.

Segundo Costa (2002), o BO é um dos aspetos negativos do ato de cuidar de alguém, similar à FC. Muitas pessoas têm uma ideia intuitiva do que se trata o BO. Do ponto de vista científico, o BO está associado a sentimento de pena e às dificuldades em lidar com o trabalho ou exerce-lo corretamente. Estes sentimentos negativos, na generalidade dos casos vão aumentando. Por exemplo, o esforço que estamos a aplicar nos cuidados de um ou mais indivíduos não é suficiente. Podem também estar associados a uma carga de trabalho exagerada, ou a um ambiente de trabalho precário, segundo esta autora. Falar em BO é falar em desesperança, em perda da capacidade de modificar circunstâncias, é falar da impotência diante do que parece irreversível, imutável.

O STS, segundo Figley (1995), é definido como sendo resultante da toma de conhecimento da ocorrência de um evento traumático gerador de problema (s) com um ente querido, ou o stress resultante do ato de ajudar ou querer ajudar uma pessoa em sofrimento. Estão sujeitos a este stress todos os profissionais que têm na empatia a sua ferramenta fundamental de trabalho e todas as pessoas que estão em contato frequente com pessoas em sofrimento, como é o caso dos profissionais de saúde. E são principalmente estes que, por se encontrarem em permanente contato com pessoas que tenham vivenciado algum tipo de trauma, estão expostos ao sofrimento e à dor dessas pessoas, no cotidiano. Essa relação de cuidado pode pôr em risco a saúde do profissional, que acaba, de uma maneira ou de outra, por vivenciar os sentimentos, as emoções, e portanto o trauma, o problema ou o sofrimento do outro. Quanto mais empáticos os profissionais de saúde são, maior é o risco de interiorizarem o trauma dos seus doentes.

Desta forma, segundo Figley (1995), trabalhar com pessoas que de alguma forma vivenciaram uma experiência traumática pode causar, inevitavelmente, efeitos prejudiciais a longo prazo – consequências emocionais, cognitivas e físicas. Por esta razão, o STS está relacionado com o fenómeno FC. Até recentemente, quando se falava de pessoas traumatizadas, falava-se somente daquelas pessoas que eram diretamente expostas ao trauma, como veteranos de guerra e vítimas de violência doméstica, designado stress pós-traumático. De acordo com Figley (1995), a única diferença entre a desordem do stress pós-traumático e o trauma secundário é que no trauma secundário o profissional de saúde está muito próximo do trauma. Há diversas razões pelas quais os profissionais de saúde estão em risco de desenvolver trauma secundário.

Para este autor, a maioria dos profissionais de saúde, possui um desejo inato, ou um lembrar das suas próprias experiências, de ajudar os outros. A **Empatia**, ou “identificar-se com” e entender as situações e sentimentos dos outros, é uma das mais efetivas ferramentas a utilizar-se quando se desempenha funções em contexto hospitalar com doentes e famílias. Infelizmente, quando os profissionais “se identificam demais” com os seus doentes, aumentam o seu risco de interiorizar o trauma destas pessoas.

A carga horária em excesso e a exigência da carga de trabalho, muitas vezes, pode levá-los a utilizar as suas folgas para refletirem e recuperarem do que ouviram e viram – **Tempo de recuperação insuficiente.**

Os profissionais de saúde que tiveram alguma perda pessoal, ou até uma experiência traumática, na sua própria vida (por exemplo, a perda de um familiar, morte de um amigo, ou abuso físico ou emocional), podem reativar essa dor de perda, quando ouvem os seus doentes e famílias descreverem uma situação de trauma similar aquela que foi vivenciada por eles. Ainda que o profissional de saúde esteja completamente recuperado do seu próprio trauma, ao lembrar-se, está em risco crescente de interiorizar o trauma dos seus doentes e famílias – **Traumas pessoais não resolvidos.**

Todas as crianças, especialmente as mais novas, são dependentes de adultos nas suas necessidades emocionais e físicas. Quando existe maus tratos a crianças, isto é especialmente doloroso para um profissional de saúde, que escolheu a profissão de proteger a integridade das crianças. Estes profissionais, ao sentirem sentimentos de impotência, tristeza e dor, pode colocar-se num risco elevado de trauma secundário – **As crianças são os membros mais vulneráveis da nossa sociedade.**

Contrariamente à crença popular, não somente os casos mais severos de abuso, como morte de crianças e danos sérios - que levam ao trauma secundário de profissionais de saúde, ao trauma secundário - são cumulativos. Até as coisas pequenas, como ver a tristeza nos olhos de uma criança quando a visita termina, podem ser traumatizantes para um profissional do cuidado. Testemunhar estes eventos, repetidas vezes, pode ter um efeito negativo até sobre os mais misericordiosos e resilientes – **Trauma secundário cumulativo.**

Uma das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde é perceber e admitir que possam estar a sofrer de stress traumático secundário. Qualquer pessoa reage e enfrenta de uma maneira diferente quando exposta a uma adversidade. O ideal seria invocar o mecanismo de controlo que funcione melhor para cada um de nós.

Há, entretanto, diversos “indicadores individuais de angústia” que podem transmitir o risco crescente de desenvolver trauma secundário. Dutton e Rubinstein (1995) sugeriram uma classificação para as reações ao STS, organizando-as em 3 grandes categorias:

- **Indicadores de mau funcionamento ou sofrimento psicológico:** Nesta categoria incluem-se: emoções angustiantes como tristeza, depressão, ansiedade, medo, fúria ou vergonha; imaginação intrusiva do material traumático dos doentes em forma de pesadelos, intrusão e *flashbacks* de imagens geradas durante e após o contato com o material traumático dos mesmos; entorpecimento ou evitamento em lembrar ou trabalhar com material traumático do doente, incluindo dissociação; queixas somáticas, incluindo dificuldade no sono, cefaleias, problemas gastrointestinais e palpitações; comportamentos compulsivos ou aditivos, incluindo abuso de substâncias, obsessão pelo trabalho e consumo compulsivo de alimentos; estimulação psicológica; e prejuízo no funcionamento normal social e nos papéis tais como falta ou cancelamento de compromissos, morosidade crónica, diminuição nos critérios de qualidade e supervisão, diminuição no empenho, no autocuidado, incluindo adesão a terapias, e sentimentos de isolamento, alienação ou baixa autoestima;

- **Alterações cognitivas:** Nesta categoria incluem-se: alterações nas crenças, expectativas e pressupostos individuais; alteração nas dimensões de confiança, segurança, poder, independência, estima e intimidade; trivialização das experiências dos outros; sentimentos de culpa em relação aos doentes; vitimização e racionalização;

- **Perturbações relacionais:** Os profissionais expostos ao stress traumático secundário podem deparar-se com alterações quer nos seus relacionamentos pessoais, quer nos profissionais e terapêuticos: as relações pessoais podem ser afetadas devido a um aumento dos níveis de stress e tensão, por problemas relacionados com as relações de confiança ou intimidade ou por distanciamento em relação à família e amigos; as relações profissionais podem ser afetadas pelo isolamento emocional e distanciamento em relação aos colegas; as relações terapêuticas podem ser afetadas por fenómenos de identificação e/ou distanciamento nas formas física e emocional. Tomando consciência destas reações, podemos constatar que um estado de exaustão decorrente da exposição ao STS poderá provocar um impacto negativo importante, quer a nível pessoal e profissional, quer no funcionamento das instituições.

Segundo McHolm (2006), quando surge a FC, o profissional experiencia um grande sofrimento emocional e um importante declínio na sua performance profissional e eficiência, associado a um maior risco de aparecimento do erro e dependendo da severidade e duração da situação de exaustão poderá experienciar também prejuízos na sua saúde física. De acordo com Florio (2010), a menos que o indivíduo afetado identifique o problema e receba ajuda, verá também a sua funcionalidade pessoal, familiar e financeira afetada.

O funcionamento das instituições poderá também ser afetado pelo aumento do absentismo decorrente a questões relacionadas com a ansiedade, depressão ou doença física, e por taxas elevadas de rotação de pessoal, abandono profissional e pelo aumento de situações conflituosas e quezilentas entre parceiros profissionais e entre estes e os seus superiores hierárquicos (McHolm 2006; Smith 2009).

CAPITULO 3 – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL VERSÃO 5

Para a avaliação do fenómeno FC foram identificadas sete escalas distintas a partir de uma revisão da literatura realizada por Bride, Radey e Figley (2007). Dessas sete apenas cinco medem o STS e dessas cinco, a escala utilizada e validada é a “Professional Quality of Life” da autoria de Stamm (2010). Esta é o desenvolvimento da escala “Compassion Satisfaction and Fatigue Test” da coautoria de Charles Figley e Beth Stamm que, por sua vez, era o desenvolvimento da escala “Compassion Fatigue Self Test” da autoria individual de Charles Figley. Este instrumento original da autoria de Figley (1995) dividia-se em duas subescalas, avaliando o STS e o BO através de 40 itens. A grande diferença do segundo instrumento para este foi a inclusão da categoria positiva “SC” introduzido na literatura por Stamm (2010), formando um instrumento que media três fenómenos através de 66 itens. A versão mais recente do instrumento, da autoria de Stamm (2010), é a simplificação dos 66 itens para 30, na tentativa de melhorar as suas características psicométricas. Este último instrumento tem sido melhorado e aperfeiçoado ao longo do tempo, sendo a versão mais atual a “ProQOL versão 5”. Posteriormente, Carvalho e Sá (2011) traduziram e adaptaram esta versão mais atual da escala para a população portuguesa, e validaram-na em contexto de cuidados paliativos em Portugal.

Segundo Stamm (2010), a qualidade de vida profissional é aquela que é sentida por cada um de nós na sua relação com o trabalho que exerce como “ajudante” de outros. Esta qualidade engloba aspetos positivos e negativos. Os aspetos negativos são explicados através do conceito de FC que, segundo Stamm (2010) inclui duas dimensões: o STS que diz respeito ao sentimento negativo resultante do medo ou de trauma relacionado com o trabalho, resultantes da exposição secundária a pessoas que experienciaram situações traumáticas ou muito stressantes, manifestando-se por sentimentos de medo, angustia, irritabilidade, isolamento, intrusão de imagens relativas às experiências traumáticas dos doentes ou pelo evitamento de tudo aquilo que faz relembrar tais experiências; e o BO, manifestado por sentimentos de ira, frustração, tristeza, descontentamento, exaustão e depressão, dificuldade em lidar com excesso de trabalho e pressão exercida (Stamm, 2010).

Estes dados sugerem que a FC é o resultado da exposição prolongada ao STS, derivado do contato com os doentes, como também será facilitada pelas questões não relacionais, derivadas do ambiente de trabalho.

Os aspetos positivos, segundo a autora são explicados através do conceito de SC que é definido como o prazer que deriva da oportunidade de realizar um bom trabalho, associado a sentimentos de concretização, realização, ou seja, de satisfação relacionados com o trabalho. Pode ser um sentimento de prazer resultante da possibilidade de ajudar os outros, ou sentimentos positivos que advêm por se fazer parte de algo construtivo no local de trabalho ou de um bem maior ao nível da sociedade.

Stamm (2010) sugere que esta dimensão atua como um fator que protege o profissional dos fatores stressantes no trabalho.

Esta sugestão poderá ter um bom nível de aceitação, pois numa meta-análise realizada sobre a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde, foram encontradas correlações fortes entre a satisfação e os problemas mentais e/ou psicológicos, nomeadamente com BO, a autoestima, a depressão e a ansiedade (Faragher, Cass e Cooper, 2005).

Ainda de acordo com esta autora, podemos sugerir duas propriedades entre BO e STS: a primeira é que estes dois fenómenos são distintos apesar de terem uma orientação comum, e de partilharem alguns aspetos de stress; e a segunda é que ambos são opostos ao fenómeno de satisfação por compaixão.

A ProQOL5 pode ser administrada a nível individual, grupal ou em estudos de investigação na avaliação e monitorização dos fenómenos SC, BO e STS. No entanto, como alerta Stamm (2010), esta é uma ferramenta que deve ser interpretada na forma indicativa e não na forma diagnóstica. Segundo a autora, a utilização mais recomendada é a continuada e repetida ao longo do tempo. Estão definidos valores de corte para aqueles que pretendem utilizar a ProQOL5 como indicadora de riscos (BO e STS) ou de fatores de proteção (SC). Os valores de corte estão definidos em Quartis (percentis 25, 50 e 75) e são respetivamente: 44, 50 e 57 para a dimensão SC; 43, 50 e 56 para BO; e 42, 50 e 56 para STS. De acordo com Stamm (2010) este instrumento possui bons indicadores relativos a validação de construto e bons valores de consistência interna. As subescalas de SC, BO e STS apresentam respetivamente valores de alfa (α) de .88, .75 e .81. As subescalas BO e STS apresentam uma correlação negativa com SC, respetivamente $r = -.14$ para BO e $r = -.23$ para STS. Entre si apresentam uma correlação positiva ($r = .58$) e uma covariância de 34%.

A autora realizou uma análise às diferenças de médias dos valores de SC, BO e STS entre grupos respeitantes a diversas variáveis demográficas. Não foram encontradas diferenças estatísticas para as médias de SC, BO e STS no que respeita às variáveis sexo (masculino, feminino), idade em anos (≤ 35 ; > 35), raça, faixa salarial, tempo total em anos de atividade como profissional (< 5 ; $5 - 15$; > 15) ou tempo total em anos de atividade como profissional no contexto atual (< 5 ; $5 - 15$; > 15).

PARTE II – METODOLOGIA

Nesta parte do documento enunciamos os objetivos do estudo e apresentamos a metodologia que optámos para o estudo da FC, no contexto dos três serviços de hematologia de um hospital da região de Lisboa.

CAPITULO 4 – DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

Segundo Florio (2010), nos cuidados de saúde, existem elementos stressantes que surgem especificamente da relação com o doente e que podem fugir ao controlo dos profissionais, levando à FC. Internacionalmente o instrumento mais utilizado para a sua avaliação é o ProQOL. A versão mais atual é a versão 5, composta por 30 itens, dividida em três dimensões com 10 itens cada: SC; BO e STS. Com esta versão já adaptada e testada à população portuguesa e aplicada em contexto de cuidados paliativos por Carvalho e Sá (2011), pretendemos assim, em parceria com este estudo recente, contribuir com mais uma ferramenta de gestão pessoal, grupal e institucional para procurar controlar os efeitos adversos decorrentes da exaustão profissional.

4.1 Objetivos e questão de investigação

Com este estudo pretendemos contribuir para a melhoria do conhecimento da FC, verificando a sua existência nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de Hematologia. Pretendemos também perceber os níveis de FC neste contexto.

O presente estudo tem, assim, como objetivos específicos:

- Estudar o fenómeno de FC nos profissionais de saúde da especialidade de hematologia do CHLN- Hospital de Santa Maria;
- Contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a FC nos profissionais de saúde, em geral, e dos que trabalham na especialidade de hematologia, em particular;
- Contribuir com informação que permita monitorizar a qualidade de vida profissional e pessoal dos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de hematologia.

Foi delineado para este estudo a seguinte questão de investigação:

Existe FC nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de hematologia?

4.2 Variáveis em estudo

As variáveis independentes utilizadas no estudo da FC, na especialidade de hematologia, foram definidas com base nas variáveis consideradas por Stamm (2010) nas suas análises aos fenómenos SC, BO e STS, recorrendo à ProQOL 5. Incluímos também outras variáveis que julgámos serem as adequadas à caracterização da amostra.

As variáveis integrantes deste estudo são:

- **Os três serviços de hematologia**
- **Sexo**
- **Estado civil**
- **Idade**
- **Profissão**
- **Tempo total de atividade na área da saúde**
- **Tempo total de atividade na especialidade de hematologia**

O tempo que é considerado para estas duas últimas variáveis será medido em anos. A primeira representa o tempo total de experiência do profissional na área da saúde, incluindo a área de hematologia, e a segunda o tempo total e exclusivo de experiência na especialidade de hematologia.

Carga laboral

O tempo que é considerado para esta variável será medido em horas/semana.

Stress do profissional exposto ao sofrimento do doente e família e/ou experiências traumáticas

Pretendemos conhecer a perceção dos profissionais sobre os prejuízos pessoais e profissionais decorrentes do desgaste/stress resultante da sua relação com os doentes/família em sofrimento e situações traumáticas, através da resposta a uma escala de 0 (nada desgastante) a 10 (extremamente desgastante). Cada resposta revela o grau de desgaste do profissional a cada uma das afirmações, numa escala tipo Likert.

Stress da relação com doentes em sofrimento

Pretendemos conhecer a perceção dos profissionais sobre os prejuízos pessoais e profissionais decorrentes do stress resultante da sua relação com os doentes/família em sofrimento, através da resposta a um conjunto de cinco afirmações. Cada resposta revela o nível de concordância a cada uma das afirmações, numa escala tipo Likert.

Stress da relação com doentes em sofrimento que possam pôr em causa a assiduidade do profissional

Pretendemos conhecer a perceção dos profissionais sobre os prejuízos pessoais e profissionais decorrentes do stress resultante da sua relação com os doentes/família em sofrimento, através da resposta a um conjunto de quatro afirmações. Cada resposta revela a frequência do desgaste a cada uma das afirmações, numa escala tipo Likert.

4.3 Hipóteses

H1: A PERCEÇÃO DE FC VARIA EM FUNÇÃO DAS CARATERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (IDADE, GÉNERO, ESTADO CIVIL)

H2: A PERCEÇÃO DE FC VARIA EM FUNÇÃO DAS CARATERÍSTICAS PROFISSIONAIS (PROFISSÃO, CARGA HORÁRIA LABORAL SEMANAL, TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL)

H3: A PERCEÇÃO DE FC VARIA EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA ONDE EXERCE FUNÇÕES

H4: O NÍVEL DE FC VARIA EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA ONDE EXERCE FUNÇÕES

H5: O NÍVEL DE FC REFERIDA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VARIA COM O PERCEÇÃO DE NECESSIDADE DE ATESTADOS/BAIXAS CLÍNICAS

H6: O NÍVEL DE FC REFERIDA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VARIA COM O PERCEÇÃO DE NECESSIDADE DE ABSENTISMO LABORAL

H7: O NÍVEL DE FC REFERIDA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VARIA COM A PERCEÇÃO DE PEDIDO DE TRANSFERÊNCIAS DO SERVIÇO

H8: A PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VARIA EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA ONDE EXERCEM FUNÇÕES

H9: A PERCEÇÃO DE SAÚDE ESTÁ ASSOCIADA COM O NÍVEL DE FC.

CAPITULO 5 – ESTUDO SOBRE FADIGA POR COMPAIXÃO EM HEMATOLOGIA

Para analisarmos a validade da escala ProQOL versão 5 realizámos um conjunto de testes estatísticos a partir de dados colhidos numa amostra de 73 profissionais de saúde em três serviços diferentes de hematologia (internamento, transplante de medula óssea e hospital de dia).

5.1 População e amostra

A população definida para este estudo é o conjunto de todos os profissionais de saúde que exercem funções no serviço de internamento, hospital de dia, e serviço de transplante de medula óssea de Hematologia num hospital da região de Lisboa. Cada serviço é chefiado por enfermeiras-chefes diferentes, sendo o mesmo Diretor clínico para os três serviços. O mesmo acontece com o psicólogo, assistente social e dietista, já os enfermeiros, médicos e assistentes operacionais podem sofrer rotatividade e/ou trabalhar em um, nos dois ou nos três serviços. No sentido de tornar a amostra tão representativa quanto possível, foram considerados para este estudo todos os profissionais de saúde desta especialidade, neste hospital, recorrendo-se a uma amostragem intencional. Os participantes foram incluídos na amostra tendo em conta os seguintes critérios: desejar participar voluntariamente no estudo e exercer atividade na especialidade de hematologia em tempo total.

5.2 Procedimento de recolha de dados

Tendo em conta a limitação temporal do estudo, a saturação dos profissionais de saúde a pedidos de participação em estudos de investigação e para efeitos de uma boa adesão, procedemos à recolha dos dados da seguinte forma: enviámos três pedidos de autorização formal para recolha de dados: (Apêndice A) à entidade responsável pelas equipas de Hematologia do CHLN- Hospital de Santa Maria – Diretora Clínica; à Comissão de Ética; e à Direção de Enfermagem desse mesmo hospital. Em simultâneo, realizamos um contato informal com as enfermeiras chefes de cada um dos serviços, no sentido de pedir colaboração institucional e profissional; aquando da obtenção da autorização para a recolha de dados, realizámos um segundo contato no sentido de combinar o melhor momento para entrega dos questionários; no momento acordado, procurámos entregar pessoalmente e recuperar o máximo de questionários preenchidos. Os instrumentos de recolha de dados foram entregues dentro de envelopes individuais, iguais e não identificáveis.

Entre o ano 2012 até Junho de 2013 foram entregues na instituição CHLN – Hospital de Santa Maria 3 pedidos de autorização para o estudo à administração hospitalar e quatro pedidos de autorização ao Diretor Clínico dos três serviços, por não termos tido qualquer resposta. No final do mês de Junho de 2013, depois de várias insistências da nossa parte, conseguiu-se perceber que os pedidos de autorização do estudo foram sempre extraviados.

Foi realizado um quarto pedido de autorização à administração, e ao Diretor Clínico dos três serviços, ao qual obtivemos resposta confirmativa através de carta e email respetivamente (Apêndice E) ainda nesse mesmo mês. A cada pedido de autorização, foi sempre anexada uma cópia do instrumento de recolha de dados a utilizar.

Entre o mês de Julho e Agosto de 2013, foram entregues presencialmente no total 100 questionários nestes três serviços de hematologia, tendo sido devolvidos 73 por estes serviços, correspondendo a uma taxa de participação de 73%.

5.3 Aspetos éticos do estudo

No decorrer do processo de investigação, assim como na realização deste relatório, foram assumidos alguns procedimentos de forma a respeitar os preceitos éticos. Foi garantido o consentimento informado de todos os participantes, bem como o sigilo e a confidencialidade dos seus dados. Foi assumido o respeito pela honestidade intelectual, tendo sido citados todos os dados e material intelectual que a outros autores dizem respeito. Recorremos a uma escala traduzida e validada para a população portuguesa por Carvalho (2011), e ao questionário de saúde geral por Ribeiro e Antunes (2003), com a autorização dos mesmos autores. Recorremos ainda a uma ferramenta estatística autenticada e disponibilizada pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Lisboa.

5.4 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha dos dados (Apêndice D) é composto por três partes:

Parte 1 - Caracterização Sociodemográfica

Esta parte corresponde ao conjunto de questões que visam caracterizar as variáveis independentes seleccionadas para o estudo da FC, nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de hematologia.

Pretendemos conhecer a idade, sexo, estado civil e profissão dos participantes, assim como obter dados relativos à sua atividade profissional, como a carga laboral, tempo de atividade total na área da saúde e tempo total de atividade na especialidade de hematologia. Questionámos qual o número de horas percebidas de exposição semanal ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes. Pretendemos também conhecer a perceção dos profissionais sobre os prejuízos pessoais e profissionais decorrentes do stress resultante da sua relação com os doentes em sofrimento.

Parte 2 - ProQOL5 - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) ®

A ProQOL5 é uma escala formada por 30 itens divididos em 3 subescalas que avaliam 3 fenómenos distintos: Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário. A cada subescala correspondem 10 itens: SC (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); BO (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29); e STS (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28).

Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5, correspondendo a uma escala ordinal de frequência (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por Vezes; 4=Freqüentemente; 5=Muito Freqüentemente).

O somatório para cada subescala realiza-se através da soma da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes. Para realizar o somatório da subescala do BO deve-se reverter a pontuação dos itens 1,4,15,17 e 29.

Parte 3 - GHQ28 – Versão Portuguesa (Ribeiro e Antunes, 2003) ®

Este questionário é a versão portuguesa do “General Health Questionnaire - GHQ28”, testada e adaptada por Ribeiro e Antunes (2003). De acordo com estes autores, o GHQ28 é um questionário de autorresposta desenvolvido por Golberg e Hillier em 1979, a partir da versão original do “General Health Questionnaire – GHQ” de 60 itens, criado por Golberg em 1972. Segundo os mesmos, este questionário foi criado primariamente para identificar quer a incapacidade para realizar as atividades que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos, tendo sido muito utilizado em censos populacionais, em cuidados de saúde primários e em contextos de ambulatório. O GHQ28, tal como referem Ribeiro e Antunes (2003), tem sido universalmente utilizado para avaliar o estado mental em contexto de doença e também no stress em profissionais de saúde. O GHQ28 é constituído por 4 subescalas que avaliam quatro dimensões distintas: Sintomas Somáticos, Ansiedade e Insónia, Disfunção Social e Depressão Grave. A cada dimensão correspondem 7 itens: SS (itens 1 a 7), AI (itens 8 a 14), DS (itens 15 a 21) e DG (itens 22 a 28). Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui, numa escala ordinal, uma pontuação que varia entre 0 e 3. O somatório parcial de cada subescala varia entre 0 e 21 e o somatório total entre 0 e 84. Segundo os autores deste instrumento, os somatórios mais elevados correspondem a piores indicadores de saúde mental.

5.5 Análise de dados

Realizámos uma breve caracterização sociodemográfica para introduzir os resultados relativos ao estudo da FC na especialidade de hematologia. Com recurso aos dados obtidos através da recolha de dados supracitada, realizámos um estudo dos fenómenos de SC, BO e FC na nossa amostra.

Procedemos à descrição dos fenómenos segundo as variáveis: especialidade de hematologia, sexo, estado civil, idade, profissão, tempo total de atividade na área da saúde, tempo total de atividade na especialidade de hematologia, carga laboral e tempo de exposição ao sofrimento/ experiências traumáticas. À exceção das primeiras três unidades, todas as variáveis foram reconfiguradas para obter grupos de análise mais homogêneos. Também analisámos as respostas dos participantes a um conjunto de questões sobre a sua perceção ao stress resultante da relação com os doentes em sofrimento. Os resultados desta análise foram organizados com o auxílio de quadros para que esteja facilitada a sua interpretação.

Toda a análise estatística foi efetuada através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) V.20.0 para o sistema operativo Windows 32 bits. Numa primeira fase, a fiabilidade das duas escalas foi testada e otimizada primeiramente através de Análise de Componentes Principais (ACP) combinada com Análise de consistência interna (Alfa de Cronbach). A ACP foi realizada com o método de extração de componentes principais e com rotação Varimax.

Os índices de adequabilidade do modelo, mais especificamente o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett, bem como os valores de saturação nas componentes (fator loadings) e comunalidades, permitiram avaliar e otimizar a consistência interna. Apenas os itens com pesos nas componentes superiores a 0,50 foram considerados como aceitáveis (Maroco, 2010).

Após a identificação das componentes (subescalas) e dos respetivos itens, estes foram otimizados com análise combinada do alfa de Cronbach. Os itens eram excluídos da subescala se a correlação corrigida do item com a escala total fosse inferior a 0,2 (Pestana e Gageiro, 2001). A fiabilidade das escalas foi considerado aceitável se fosse superior a 0,6 (DeVellis, 1991).

Os testes paramétricos: teste t para 2 amostras independente e análise de variância (ANOVA) foram aplicados para a comparação de médias, para 2 ou mais de 2 grupos, respetivamente. Estes testes foram escolhidos devido à sua robustez, à violação do pressuposto da normalidade (Maroco, 2010). Contudo, foram efetuados procedimentos com os testes não paramétricos, com a obtenção dos mesmos resultados. Para comparações de proporções foi aplicado o teste do Qui-Quadrado. Para avaliar a associação entre variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente bivariado de Pearson. Todos os testes foram realizados para um nível de significância de 0.05.

PARTE III – RESULTADOS

Nesta parte do documento damos a conhecer os resultados relativos ao tratamento estatístico dos dados da amostra, constituída por 73 profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de hematologia. Iniciamos com uma breve caracterização sociodemográfica e posteriormente apresentamos os resultados do estudo de FC nos profissionais da nossa amostra. Por fim, incluímos uma síntese do conjunto de resultados apresentados.

CAPITULO 6 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As características da amostra foram analisadas com recurso a medidas estatísticas descritivas: Frequências relativas, absolutas, médias, medianas entre outras.

6.1- Análise da caracterização sociodemográfica e profissional

No presente estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 73 participantes pertencentes a três serviços de hematologia (serviço de internamento, unidade de transplante de medula óssea e hospital de dia). Destes, 87,7% eram do sexo feminino (n=64) e 12,3% do sexo masculino (n=9), como uma idade média de 36,72 anos (DP=9,82), variando entre os 21 e os 57 anos. No que concerne ao estado civil, a maioria dos participantes era solteira (53,4%; n=39), 35,6% casados ou em união de facto (n=26), 9,6% divorciados (n=26), e apenas 1,4% era viúvo (n=1). Em relação à profissão, verificou-se que a amostra era heterogénea, constituída, na sua maioria, por enfermeiros (54,8%; n=40), sendo 24,7% assistentes operacionais (n=18), 16,4% médicos (n=12) e apenas 1,4% eram assistentes sociais, ou dietistas (n=1). No que respeita ao trabalho no Hospital de dia, 58,9 % dos participantes afirmou não trabalhar neste local (n=43) e 41,1 % afirmou trabalhar (n=30). Em relação ao internamento, 58,9 % afirmou que prestava funções neste local (n=43) e 41,1 % mencionou não prestar serviços no internamento (n=30). No que se refere à prestação de serviço na unidade de medula óssea, 60,3 % dos participantes afirmou não prestar serviço nesta unidade (n=44) e 39,7% mencionou que sim (n=29).

A respeito da carga horária semanal, a amostra apresentou uma média de 39,26 horas (DP=4,85), e para os anos de atividade em todas as áreas uma média de 11,67 anos (DP=9,04).

A amostra apresentou uma média de 7,23 anos (DP=6,96) de experiência na especialidade de hematologia.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
		n	%
Sexo	Masculino	9	12,3
	Feminino	64	87,7
Estado Civil	Solteiro	39	53,4
	Casado/União de facto	26	35,6
	Divorciado	7	9,6
	Viúvo	1	1,4
Profissão	Médico(a)	12	16,4
	Enfermeiro (a)	40	54,8
	Assistente Social	1	1,4
	Psicólogo (a)	1	1,4
	Assistente Operacional	18	24,7
	Dietista	1	1,4
Hospital de Dia	Não	43	58,9
	Sim	30	41,1
Serviço de Internamento	Não	30	41,1
	Sim	43	58,9
Unidade de Transplante de Medula Óssea	Não	44	60,3
	Sim	29	39,7

Quadro 2 – Caracterização profissional

Variável	Média	Desvio Padrão
	M	DP
Idade	36,72	9,82
Carga horária semanal	39,26	4,85
Anos de atividade em todas as áreas que trabalhou	11,67	9,04
Anos na área de Hematologia	7,23	6,96

6.2- Análise das dificuldades psicológicas e emocionais na prestação de cuidados

Verificou-se que, sobre a dificuldade emocional e/ou psicológica em prestar cuidados a um doente em situação de sofrimento, a maior parte dos participantes mencionou que isso ocorre algumas vezes (82,2%; n=60), 11,0% afirmaram ter quase sempre (n=8), 4,1% referiu nunca ter tido dificuldades (n=3), e 2,7% afirmou ter sempre dificuldades (n=2)

No que respeita à desmotivação e incapacidade em prestar cuidados a um doente em situação de sofrimento, 49,3 % afirmaram nunca (n=36), 49,3 % referiram algumas vezes (n=4), 1,4% mencionam quase sempre (n=1), e nenhum referiu sempre (0,0%; n=0).

Sobre o fato de estar cansado (a) e exausto (a) perante situações de sofrimento com o doente/família, no atual local de trabalho, a maior parte dos participantes referiu que algumas vezes (78,1%; n=57), 15,1 % nunca (n=11), 6,5% quase sempre (n=5), e nenhum referiu sempre (0,0%; n=0). Em relação à possibilidade de pedir transferência do seu serviço atual por se sentir cansado (a) e exausto (a) em lidar com situações de sofrimento com o doente/família, a maior parte dos mencionaram que nunca (65,8%; n=57), 31,5% às vezes (n=11), 6,5% quase sempre (n=5), e nenhum referiu sempre (0,0%; n=0).

Verificou-se que sobre a eventualidade de faltar ao seu trabalho atual, por cansaço e exaustão face a situações de sofrimento com o doente/família, a maior parte referiu nunca (90,4%; N = 66), 8,2% às vezes (n=6), 1,4% quase sempre (n=1), e nenhum referiu sempre (0,0%; n=0). No que respeita à necessidade de colocar baixa médica, no seu trabalho atual, por cansaço e exaustão emocional face ao doente/família em sofrimento, a larga maioria dos participantes afirmou nunca (93,2%; n=68), 8,2% às vezes (n=6), 1,4% quase sempre (n=1), e nenhum referiu sempre (0,0%; n=0).

Quadro 3 - Caracterização das dificuldades psicológicas e emocionais

	Sempre		Quase sempre		Algumas vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alguma vez sentiu dificuldade emocional e/ou psicológica em prestar cuidados a um doente em situação de sofrimento?	2	2,7	8	11,0	60	82,2	3	4,1
Alguma vez se sentiu desmotivado e incapaz de prestar cuidados a um doente em situação de sofrimento?	0	0,0	1	1,4	36	49,3	36	49,3
Já se sentiu alguma vez cansado (a) e exausto (a) perante situações de sofrimento com o doente/família, no seu atual local de trabalho?	0	0,0	5	6,8	57	78,1	11	15,1
Alguma vez pensou em pedir transferência do seu serviço atual por se sentir cansado (a) e exausto (a) em lidar com situações de sofrimento com o doente/família?	0	0,0	2	2,7	23	31,5	48	65,8
Alguma vez pensou em faltar ao seu trabalho atual, por cansaço e exaustão face a situações de sofrimento com o doente/família?	0	0,0	1	1,4	6	8,2	66	90,4
Alguma vez sentiu necessidade de colocar baixa médica, no seu trabalho atual, por cansaço e exaustão emocional face ao doente/família em sofrimento?	0	0,0	1	1,4	4	5,5	68	93,2

Sobre o fato de a FC, resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, afetar a qualidade dos cuidados em geral, a maior parte concorda (54,2%; n=39), 19,4% discorda (n=14), 13,9% concorda fortemente (n=10) e 12,5% discorda fortemente (n= 9). Quanto ao relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, afetar o desempenho profissional, 42,3% dos participantes discorda (n=30), 33,8% concorda (n= 24), 14,1% concorda fortemente (n=10) e 9,9 % discorda fortemente (n= 7).

Sobre a FC, resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afetar a satisfação enquanto profissional, 40,8% dos participantes concorda (n=29), 28,2% discorda (n= 20), 18,3% concorda fortemente (n=13) e 12,7% discorda fortemente (n=9).

No que respeita ao afetar a relação com os colegas, 41,7% dos participantes concorda (n=30), 37,5% discorda (n=27), 11,1% discorda fortemente (n=9) e 9,7% concorda fortemente (n=7).

Verificou-se que, quanto à FC resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afetar a vida pessoal e familiar, a maior parte concorda (50,7%; n=36), 28,2% discorda (n=10), 12,7% discorda fortemente (n=9), e 8,5% concorda fortemente (n= 6).

Quadro 4 – Caracterização do desgaste psicológico e emocional a nível profissional

	Concordo fortemente		Concordo		Discordo		Discordo fortemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A Fadiga profissional resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afeta a Qualidade dos cuidados em geral	10	13,9	39	54,2	14	19,2	9	12,5
A Fadiga profissional resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afeta o desempenho profissional	10	14,1	24	33,8	30	42,3	7	9,9
A Fadiga profissional resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afeta a satisfação enquanto profissional	13	18,3	29	40,8	20	28,2	9	12,7
A Fadiga profissional resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afeta a relação com os meus colegas	7	9,7	30	41,7	27	37,5	8	11,1
A Fadiga profissional resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afeta a vida pessoal e familiar	6	8,5	36	50,7	20	28,2	9	12,7

Sobre como as diversas situações que ocorrem, em contexto trabalho na especialidade de hematologia provocam desgaste psicológico e emocional, verificou-se, e de acordo com o quadro 5, que as situações que provocam maior desgaste, em termos médios, são a fase terminal e o sofrimento do doente. Já a situação que provoca, em termos médios, menos desgaste, são as situações de emergência.

Quadro 5 - Caracterização das respostas dos participantes face às situações que desgastam psicológica/ e emocionalmente o seu trabalho

Escala	Média	DP	MIN	MÁX
Situação de Emergência	5,26	3,09	0,0	10,0
Sofrimento do doente	7,55	2,10	0,0	10,0
Sofrimento da Família	6,77	2,27	0,0	10,0
Fase terminal do doente	7,59	1,90	3,0	10,0
Morte	7,12	2,25	1,0	10,0

CAPITULO 7 – ANÁLISE FATORIAL E DE FIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

Para avaliar a estrutura das escalas aplicadas neste estudo foi efetuada uma análise articulada dos resultados de Análise das Componentes Principais, com o Alfa de Cronbach e fiabilidade das subescalas (consistência interna).

7.1 Estudo das propriedades psicométricas da PROQOL5

Através da ACP, a Escala ProQOL5 apresentou um valor de KMO=0,701 e do Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2(435) = 1171,87$; $p = 0,000$, o que permitiu julgar como adequada a aplicação da ACP. A ACP, de carácter exploratório, possibilitou identificar oito componentes que, no conjunto, explicaram 70,03% da variância dos resultados. A primeira componente é responsável por 26,41% da variância total, a segunda 13,78%, a terceira 6,67%, a quarta 5,87%, a quinta 5,03%, a sexta 4,56%, a sétima 4,17% e a oitava 3,50%.

Quadro 6 - Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da ProQOL5

Itens	Componentes								h^2
	1	2	3	4	5	6	7	8	
13	,784								,740
10	,772								,678
8	,681								,639
23	,674								,744
9	,660								,702
18	,619								,672
12	-,534								,650
21		,833							,675
19		,791							,809
26		,752							,778
11	,567	,586							,660
17									,832
24			,822						,552
22			,630						,772
29			-,576						,735
30			,545						,690
27				,783					,722
16				,764					,680
6				,602					,679
1									,838
4					-,762				,643
2					,624				,653
20					,542				,655
28						,787			,513
25						,607			,697
5							,752		,565
7							,619		,731
15								-,839	,760
3					,538			,605	,815
									,726

Nota: Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com normalização de Kaiser. A Rotação convergiu em 17 iterações. Nota: apenas os valores de saturação (> 0,5) foram apresentadas por ordem decrescente.

No entanto, a estrutura do presente instrumento difere da estrutura encontrada por Stamm (2010), sendo a estrutura encontrada complexa e de difícil interpretação.

Face a isso, e na medida que Stamm (2010) tipificou este instrumento como tridimensional, e como a presente investigação se seguiu por esse quadro teórico, foram calculadas as três dimensões baseadas no somatório do conjunto de itens: SC (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); BO (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29); e STS (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Com o objetivo de testar a fiabilidade das várias dimensões, foi efetuada uma análise de consistência interna através do Alfa de Cronbach para todas as subescalas.

Quadro 7 - Fiabilidade da subescala de SC

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
3	,356	,833
6	,602	,811
12	,553	,816
16	,463	,825
18	,580	,814
20	,460	,825
22	,540	,818
24	,527	,819
27	,452	,830
30	,728	,797

A subescala “SC” apresentou inicialmente um Alfa de Cronbach de 0,834 com 10 itens, o que é considerado bom. Verificou-se, através dos valores de correlação corrigida com a escala total, que todos os itens estavam adequadamente correlacionados (>0,2) e não foi identificado qualquer item que, caso fosse eliminado, incrementaria o valor de alfa. Com base nestes resultados, todos os itens iniciais que constituem a subescala “SC” foram mantidos.

Para a subescala BO foi obtido um alfa de Cronbach de 0,629 para 10 itens, o que é considerado fraco. Este valor poderia ser aumentado se os itens 4 e 15 fossem excluídos, visto apresentarem uma correlação corrigida com a escala total inferior a 0,2. Após a remoção destes dois itens da subescala BO, o valor de alfa de Cronbach aumentou para 0,785, o que é considerado razoável.

Quadro 8 - Fiabilidade da subescala de BO

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
1	,425	,594
4	,168	,704
8	,279	,609
10	,370	,590
15	-,125	,694
17	,450	,586
19	,616	,534
21	,623	,531
26	,496	,568
29	,259	,621

No que diz respeito à subescala “STS”, foi obtido um alfa de Cronbach inicial de 0,793 para 10 itens, considerado como razoável. Contudo, foi possível verificar que o item 2 enfraquecia a consistência interna da subescala e por isso foi removido.

Quadro 9 - Fiabilidade da subescala de STS

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
2	-,105	,830
5	,429	,779
7	,481	,774
9	,685	,747
11	,638	,751
13	,568	,762
14	,692	,746
23	,496	,773
24	,460	,777
28	,301	,792

Após a remoção do item 2 o valor do alfa de Cronbach aumentou para 0,830, o que é considerado bom.

7.2 Estudo das propriedades psicométricas da GHQ28

A ACP de caráter exploratório, permitiu verificar em termos de adequabilidade de matriz de entrada, um KMO=0,72 e um Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2(378) = 1275,71$; $p = 0,000$, o que permitiu julgar como adequada a aplicação do ACP. Esta sugeriu a extração de sete componentes que explicam, em conjunto, 70,50% da variância. A primeira componente é responsável por 32,80% da variância total, a segunda 10,61%, a terceira 8,69%, a quarta 5,84%, a quinta 4,73%, a sexta 4,1% e a sétima 3,07%.

Quadro 10 - Componentes Principais com Rotação Varimax com as respectivas comunalidades da GHQ28

Itens	Componentes							h^2
	1	2	3	4	5	6	7	
11	,836							,796
10	,740							,664
14	,689							,705
3	,685							,633
4	,657							,629
5	,605							,704
9	,593							,670
8	,578							,549
1	-,518							,734
6								,629
12								,701
25		,848						,819
27		,820						,837
24		,815						,796
28		,773						,769
23		,742						,813
22		,615						,728
26		,561						,765
17			,766					,720
18			,746					,686
19			,710					,650
20			,668					,644
2				,712				,746
13				,611				,700
7								,569
16					,780			,682
21						,647		,665
15							,831	,739

Nota: Método de extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com normalização de Kaiser. A rotação convergiu em 11 iterações. Apenas os valores de saturação ($> 0,5$) foram apresentadas por ordem decrescente.

Contudo, e na medida que Ribeiro e Antunes (2003) referem que o GHQ28 avalia quatro dimensões distintas, a estrutura teórica original foi mantida.

Alicerçando-se a presente investigação nesse quadro teórico, foram calculadas as quatro dimensões baseadas no somatório do conjunto de itens: SS, AI, DS e DG. A cada dimensão correspondem 7 itens: SS (itens 1 a 7), AI (itens 8 a 14), DS (itens 15 a 21) e DG (itens 22 a 28). Com o objetivo de testar a fiabilidade, foi efetuada uma análise de consistência interna, através do Alfa de Cronbach, para todas as quatro subescalas.

A subescala de SS revelou uma consistência interna fraca ($\alpha = 0,669$) e pelo que se procurou averiguar dentro da subescala quais os itens que poderiam estar a enfraquecer a consistência interna. Foi verificado que o item 1, se eliminado, incrementaria o valor de alfa para 0,806, razão pela qual foi removido.

Quadro 11- Fiabilidade da subescala de SS

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
1	-,604	,806
2	,467	,650
3	,585	,609
4	,518	,631
5	,563	,618
6	,640	,597
7	,492	,772

Para a subescala de “AI” foi obtido um alfa de Cronbach inicial de 0,869, para 7 itens, o que é considerado bom. Visto que nenhum item estava a condicionar a consistência interna da subescala, a estrutura inicial da subescala foi mantida.

Quadro 12 - Fiabilidade da subescala de AI

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
8	,648	,851
9	,599	,857
10	,738	,837
11	,709	,842
12	,515	,867
13	,581	,860
14	,737	,838

No que respeita à subescala de “DS”, foi obtido um alfa de Cronbach inicial de 0,47, para 7 itens, o que é considerado como inaceitável (Ver quadro 13). Por isso, os itens que pudessem condicionar a consistência interna foram examinados ao pormenor no que respeita à correlação corrigida item-total e ao valor de alfa, se o respetivo item fosse eliminado.

Quadro 13 - Fiabilidade da subescala de DS

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
15	,156	,435
16	-,114	,674
17	,423	,342
18	,358	,345
19	,530	,292
20	,236	,403
21	,361	,330

Verificou-se que o valor de alfa podia ser aumentado para 0,678 se o item 16 fosse excluído, o que determinou uma nova estrutura com apenas 6, apresentado uma melhor consistência interna, mas mesmo assim fraca.

No quadro 14 são apresentados os itens da subescala “DG” com o valor de correlação inter-item e valor do alfa, caso cada um dos itens fosse eliminado. O alfa de Cronbach inicial apresentou um valor de 0,895. Não foi identificado nenhum item que enfraquecesse a consistência interna, o que motivou a manutenção da estrutura original.

Quadro 14- Fiabilidade da subescala de DG

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
22	,645	,887
23	,758	,872
24	,773	,871
25	,706	,882
26	,663	,891
27	,745	,874
28	,695	,880

Após ACP e a análise de consistência interna das subescalas, foi calculado o resultado de cada inquirido para cada subescala. O cálculo do score total da GHQ28 constituiu-se pela soma das respostas aos itens que compõem a escala. O quadro 15 indica a média e desvio padrão obtidos para as subescalas da ProQOL5 e para a GHQ28 (score total) e respetivas subescalas na amostra total.

Quadro 15 - Resultados da amostra total na escala e subescalas (N=73)

Escala	MIN	MAX	M	DP
ProQOL5				
Subescala de SC	10,00	32,00	19,88	4,58
Subescala de BO	17,00	40,00	29,09	4,52
Subescala de STS	21,39	44,00	35,22	4,85
GHQ28				
Subescala de SS	6,00	24,00	17,98	4,95
Subescala de AI	7,00	28,00	19,83	5,71
Subescala de DS	6,00	18,00	12,10	1,81
Subescala de DG	10,00	35,00	25,98	4,01
Score Total	36,00	99,00	75,89	12,63

CAPITULO 8- RESULTADOS DO ESTUDO FADIGA POR COMPAIXÃO

Neste capítulo realizámos um conjunto de observações aos dados da nossa amostra, com o objetivo de conhecer o fenómeno da FC nos profissionais de saúde em contexto de hematologia num hospital da região de Lisboa.

8.1- Análise segundo as variáveis independentes

O primeiro passo foi reverter os valores obtidos pela ProQOL5 e transformá-los em *tscores*. As pontuações obtidas de SC, BO e STS são primeiramente transformadas em *zscores* e posteriormente reconvertidas em *tscores*, forçando uma média de 50 e um desvio padrão de 10. Já os pontos de corte, e de acordo com Stamm (2010), foram calculados a partir dos quartis 1 e 3 dos scores totais para cada dimensão, como podemos verificar no quadro seguinte. Esta estratégia é recomendada por esta autora porque permite estabelecer comparações entre os valores dos três fenómenos e também comparar os valores obtidos pela ProQOL5, com os valores obtidos em versões anteriores da escala.

Quadro 16 - Pontos de corte da ProQOL5

	Score t SC	Score t BO	Score t STS
Quartil 1 (P 25)	43,70	43,10	45,43
Quartil 3 (P 75)	57,00	56,43	55,74

A análise dos scores obtidos individualmente possibilitou verificar, tal como apresentado no quadro 17, que 79,5% dos participantes apresenta níveis médios a elevados de SC (n=58), 81,9% dos participantes apresenta níveis médios a elevados de BO (n=52) e 76,7% apresenta níveis médios a elevados de STS (n=56), sendo que 34,2% destes apresentam níveis elevados (n=25).

Quadro 17 - Frequências dos três níveis de SC, BO e STS

Fenómeno	Nível	n	%
SC	Baixo	15	20,5
	Médio	40	54,8
	Elevado	18	24,7
BO	Baixo	14	19,2
	Médio	38	52,1
	Elevado	21	28,8
STS	Baixo	17	23,3
	Médio	31	42,5
	Elevado	25	34,2

Seguidamente vamos verificar como a perceção de FC varia em função das características sociodemográficas e das características profissionais onde os profissionais de saúde exercem funções.

Sexo

Com o intuito de verificar como a perceção de FC variava em função do sexo, efetuou-se o teste paramétrico t de Student para duas amostras independentes, visto as subescalas da ProQOL5 terem apresentado uma distribuição normal.

Quadro 18 - Teste t para as subescalas ProQOL5 em função do sexo

	Masculino (n=9)		Feminino (n=64)		t
	50,02	9,54	50,00	10,14	
SC	50,02	9,54	50,00	10,14	0,01
BO	51,47	10,21	49,79	10,03	0,47
STS	52,76	11,01	49,61	9,88	0,88

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na SC, BO e STS em entre os dois sexos. Com o objetivo de averiguar possíveis diferenças de proporção entre os vários níveis de SC, BO e STS, em função do género, foi realizado um qui-quadrado de associação.

Quadro 19 - Teste de Qui-quadrado de associação entre os vários níveis das dimensões da ProQOL5 em função do género

	Níveis	Homens (n=9)		Mulheres (n=64)		X ²
		n	%	n	%	
SC	Baixo	2	22,2	13	20,3	0,40
	Médio	5	55,6	35	54,7	
	Elevado	2	22,2	16	25,0	
BO	Baixo	2	22,2	12	18,8	0,23
	Médio	5	55,6	33	51,6	
	Elevado	2	22,2	19	29,7	
STS	Baixo	2	22,2	15	23,4	0,17
	Médio	4	44,4	27	42,2	
	Elevado	3	33,3	22	34,4	

Os resultados não relevaram diferenças de proporção, com significado estatístico entre os níveis das dimensões da ProQOL5 em função do género.

Idade

Com o intuito de averiguar possíveis diferenças na perceção de FC em função da idade, foi realizada um teste de análise de variância ANOVA. A variável idade foi transformada numa variável ordinal (faixas etárias) com base nos valores dos quartis.

Quadro 20 - ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função da faixa etária

	<29 anos (n=17)		29-33 anos (n=20)		33-46 anos (n=17)		>46 anos (n=19)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	54,11	10,31	47,27	10,96	49,83	7,08	49,24	10,50	1,50
BO	44,57	8,01	50,25	11,96	53,01	8,19	51,82	9,74	2,57
STS	46,42	7,75	54,00	9,68	51,96	9,68	47,57	11,12	2,5

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas para as subescalas da ProQOL5, em função das faixas etárias. Com o intuito de examinar potenciais diferenças de proporção entre os vários níveis de SC, BO e STS, em função das faixas etárias, foi efetuado um qui-quadrado de associação.

Quadro 21 - Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função da faixa etária

		<29 anos (n=17)		29-33 anos (n=19)		33-46 anos (n=17)		>46 anos (n=20)		χ^2
		n	%	n	%	N	%	n	%	
SC	Baixo	2	11,8	4	21,1	2	11,8	7	35,0	10,66
	Médio	9	52,9	12	63,2	13	76,5	6	30,0	
	Elevado	6	35,3	3	15,8	2	11,8	7	35,0	
BO	Baixo	6	35,3	4	21,1	1	5,9	3	15,0	7,04
	Médio	9	52,9	10	52,6	9	52,9	10	50,0	
	Elevado	2	11,8	5	26,3	7	41,2	7	35,0	
STS	Baixo	6	35,3	2	10,5	2	11,8	7	35,0	13,91*
	Médio	10	58,8	6	31,6	8	47,1	7	35,0	
	Elevado	1	5,9	11	57,9	7	41,2	6	30,0	

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Os resultados do Qui-quadrado relevaram associação entre o STS e a faixa etária $\chi^2(6) = 13,91$; $p = 0,031$, no sentido de existir, para os participantes com nível elevado de STS, uma menor proporção na faixa etária dos “<29 anos” e uma maior proporção na faixa etária “29-33 anos”, quando comparados com os níveis médio e baixo de STS. Para as outras dimensões não se verificaram diferenças significativas ($p > 0,1$)

Estado Civil

Para examinar como a percepção de FC variava em função do estado civil foi efetuada uma ANOVA. Face à presença de apenas um participante viúvo, esta categoria não foi incluída na análise.

Quadro 22 - ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função do estado civil

	Solteiro (n=39)		Casado/ União de facto (n=26)		Divorciado (n=7)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	50,20	9,84	50,94	10,24	46,20	11,16	0,61
BO	48,20	9,79	53,33	10,20	47,59	9,13	2,33
STS	49,18	10,10	52,64	9,76	44,55	9,36	2,11

Verificou-se, tal como para o sexo e idade, não existem diferenças estatisticamente significativas na SC, BO e STS entre os estados civis (todos os $p > 0,1$). Com o objetivo de averiguar possíveis diferenças de proporção entre os vários níveis de SC, BO e STS, em função do estado civil, foi efetuado novamente um qui-quadrado de associação.

Quadro 23 - Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função do estado civil

		Solteiro (n=39)		Casado/ União facto (n=26)		Divorciado (n=7)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
SC	Baixo	6	15,4	5	19,2	4	57,1	8,56
	Médio	25	64,1	13	50,0	1	14,3	
	Elevado	8	20,5	8	30,8	2	28,6	
BO	Baixo	9	23,1	3	11,5	2	28,6	6,60
	Médio	23	59,0	11	42,3	3	42,9	
	Elevado	7	17,9	12	46,2	2	28,6	
STS	Baixo	9	23,1	5	19,2	3	42,9	9,18
	Médio	19	48,7	7	26,9	4	57,1	
	Elevado	11	28,2	14	53,8	0	0,0	

Os resultados do Qui-quadrado no quadro 23 não relevaram diferenças de proporção entre os níveis das dimensões da ProQOL5, em função do estado civil.

Profissão

Com a intenção de verificar como a perceção de FC variava em função da profissão, foi realizada uma ANOVA para as subescalas da ProQOL5. Face à presença de apenas um participante para as categorias Psicólogo, Dietista e Assistente Social, estas não foram incluídas na análise.

Quadro 24 - ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função da profissão

	Médico (n=12)		Enfermeiro (n=40)		Assistente Operacional (n=18)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	48,62	8,02	52,56	9,47	46,64	11,32	2,51
BO	47,94	8,28	47,04	9,16	56,02	9,57	6,22**
STS	54,04	9,32	47,11	8,44	51,40	11,57	3,01

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o BO em função da profissão $F(3, 67) = 6,22$; $p = 0,004$. A comparação múltipla de médias através do Teste a posteriori de Tukey revelou que os assistentes operacionais apresentam maiores índices de BO ($M=56,02$) em comparação com os enfermeiros ($M=47,04$). Para a SC e STS não foram encontradas diferenças significativas. Para examinar possíveis diferenças de proporção entre os vários níveis de SC, BO e STS nas várias profissões, foi efetuado um qui-quadrado de associação.

Quadro 25 - Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função da profissão

		Médico (n=12)		Enfermeiro (n=40)		Assistente operacional. (n=18)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
SC	Baixo	3	25,0	3	7,5	8	44,4	11,39*
	Médio	7	58,3	25	62,5	6	33,3	
	Elevado	2	16,7	12	30,0	4	22,2	
BO	Baixo	3	25,0	10	25,0	1	5,6	7,57
	Médio	7	58,3	22	55,0	8	44,4	
	Elevado	2	16,7	8	20,0	9	50,0	
STS	Baixo	2	16,7	10	25,0	5	27,8	10,28*
	Médio	3	25,0	23	57,5	5	27,8	
	Elevado	7	58,3	7	17,5	8	44,4	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados de Qui-quadrado revelaram associação entre a SC e a profissão $\chi^2(4) = 11,39$; $p = 0,022$, no sentido de existir, para os participantes com nível baixo de SC, uma maior proporção de assistentes operacionais e uma menor proporção de enfermeiros quando comparados com os níveis médios e elevado de SC.

Os resultados mostraram também uma associação entre o STS e a profissão $\chi^2(4) = 10,28$; $p = 0,033$, no sentido de existir, para os participantes com nível médio de STS, uma maior proporção de enfermeiros quando comparados com o nível elevado de STS. Já com os médicos sucede o inverso. Para o BO não se verificaram diferenças significativas ($p > 0,1$)

Carga horária semanal

Com o objetivo de averiguar possíveis diferenças na percepção de FC, em função da carga horária semanal, foi realizado uma ANOVA.

A variável carga horária foi transformada numa variável ordinal com base em três intervalos de horas semanais de trabalho, ≤ 35 horas, 35-40 horas e acima de 40 horas de trabalho.

Quadro 26 - ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função da profissão

	<=35 Horas (n=15)		35-40 Horas (n=41)		>40 Horas (n=17)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	50,09	9,33	49,68	10,77	50,69	9,10	0,60
BO	51,14	10,85	49,65	10,27	49,83	9,04	0,12
STS	48,49	11,83	49,92	9,23	51,53	10,49	0,36

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da ProQOL5 em função da carga horária semanal (todos os $p > 0,1$).

Para examinar possíveis diferenças de proporção entre os vários níveis de SC, BO e STS, em função das categorias de volume de horas semanal, foi efetuado um qui-quadrado de associação.

Quadro 27 - Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função da carga horária semanal

		<=35 Horas (n=15)		35-40 Horas (n=41)		>40 Horas (n=17)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
SC	Baixo	3	4,1	9	12,3	3	4,1	0,21
	Médio	8	11,0	22	30,1	10	13,7	
	Elevado	4	5,5	10	13,7	4	5,5	
BO	Baixo	2	2,7	9	12,3	3	4,1	3,14
	Médio	6	8,2	22	30,1	10	13,7	
	Elevado	7	9,6	10	13,7	4	5,5	
STS	Baixo	9	23,1	5	19,2	3	42,9	0,69
	Médio	19	48,7	7	26,9	4	57,1	
	Elevado	11	28,2	14	53,8	0	0,0	

Os resultados do Qui-quadrado no quadro 27 não mostraram diferenças significativas de proporções entre os níveis das dimensões da ProQOL5, em função da carga horária semanal (todos os $p > 0,1$).

Tempo de exercício profissional

Com o intuito de averiguar possíveis diferenças na percepção de FC, em função do tempo de exercício profissional, foi realizada uma ANOVA. A variável tempo de exercício profissional foi transformada numa variável ordinal com base nos valores dos quartis.

Quadro 28 - ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função do tempo de exercício profissional

	<4 Anos (n=17)		4-7 Anos (n=20)		7-19 Anos (n=17)		>19 Anos (n=19)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	54.41	11.34	51.54	10.52	49.32	9.83	47.70	9.02	1,25
BO	48.20	8.90	47.05	10.22	49.57	10.85	53.23	9.11	1,48
STS	48.76	7.71	51.01	9.47	48.47	11.62	51.21	9.94	0,39

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da ProQOL5, em função da carga horária semanal (todos os $p > 0,1$).

Para examinar possíveis diferenças de proporção entre os vários níveis de SC, BO e STS, em função do tempo de exercício profissional foi, efetuado um qui-quadrado de associação.

Quadro 29 - Qui-quadrado de associação dos níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função do tempo de exercício profissional

	<4 Anos (n=10)		4-7 Anos (n=17)		7-19 Anos (n=22)		>19 Anos (n=24)		X ²	
	n	%	n	%	N	%	n	%		
SC	Baixo	2	2,7	3	4,1	4	5,5	6	8,2	2,66
	Médio	4	5,5	9	12,3	13	17,8	14	19,2	
	Elevado	4	5,5	5	6,8	5	6,8	4	5,5	
BO	Baixo	1	1,4	7	9,6	4	5,5	2	2,7	9,19
	Médio	7	9,6	7	9,6	10	13,7	14	19,2	
	Elevado	2	2,7	3	4,1	8	11,0	8	11,0	
STS	Baixo	3	4,1	5	6,8	5	6,8	4	5,5	2,03
	Médio	5	6,8	6	8,2	9	12,3	11	15,1	
	Elevado	2	2,7	6	8,2	8	11,0	9	12,3	

Verificou-se, através dos resultados apresentados no quadro 29, que a proporção nos vários níveis de SC, BO e STS não variavam de forma estatisticamente significativa em função do tempo de exercício profissional (Todos $p > 0,1$)

Local de serviço

Para avaliar uma possível associação entre o local onde o participante desempenha funções e o nível de SC, BO e STS, foi analisada a variável local de serviço, comparando os vários serviços, mas apenas nos participantes que trabalhavam apenas num só serviço (ou hospital de dia, unidade de internamento ou unidade de transplante de medula óssea).

Quadro 30 - Qui-quadrado de associação entre os níveis das várias dimensões da ProQOL5 em função do local onde desempenha funções

		Hospital de dia (n=17)		Internamento (n=26)		Unidade de Transplantação (n=11)		χ^2
		n	%	n	%	N	%	
SC	Baixo	3	5,6	5	9,3	3	5,6	3,10
	Médio	7	13,0	16	29,6	5	9,3	
	Elevado	7	13,0	5	9,3	3	5,6	
BO	Baixo	2	3,7	5	9,3	1	1,9	0,854
	Médio	10	18,5	14	25,9	7	13,0	
	Elevado	5	9,3	7	13,0	3	5,6	
STS	Baixo	5	9,3	7	13,0	1	1,9	5,63
	Médio	5	9,3	13	24,1	8	14,8	
	Elevado	7	13,0	6	11,1	2	3,7	

Os resultados do Qui-quadrado apresentados no quadro 30, não mostraram diferenças significativas de proporções entre os níveis das dimensões da ProQOL5 em local de serviço (todos os $p > 0,1$)

Qualidade dos cuidados em geral

No que diz respeito ao conhecimento da FC resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, afetar a qualidade dos cuidados em geral, verificou-se que este não difere, em termos proporcionais, entre o número de serviços onde prestam funções, como podemos verificar no quadro seguinte.

Quadro 31 - Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na qualidade dos cuidados em geral em função do número serviços onde exercem funções

	Concordo fortemente (n=10)		Concordo (n=39)		Discordo (n=15)		Discordo fortemente (n=19)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Um serviço	8	80.0	27	69.2	12	85.7	6	66.7	4,21
Dois serviços	0	0.0	7	17.9	1	7.1	1	11.1	
Três serviços	2	20.0	5	12.8	1	7.1	2	22.2	

Os resultados não revelaram diferenças de proporção entre o conhecimento do efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na qualidade dos cuidados em geral em função do número serviços onde exercem funções $\chi^2(6) = 4,21$; $p = 0,647$.

Desempenho profissional

Sobre o conhecimento da FC resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte no desempenho profissional, verificou-se que, em termos proporcionais, este não apresenta diferenças em função do número de serviços onde se presta funções.

Quadro 32 - Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na qualidade do desempenho profissional em função do número serviços onde exercem funções

	Concordo Fortemente (n=10)		Concordo (n=29)		Discordo (n=20)		Discordo fortemente (n=9)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Um serviço	8	80,0	19	79,2	21	70,0	4	57,1	3,99
Dois serviços	0	0,0	3	12,5	5	16,7	1	14,3	
Três serviços	2	20,0	2	8,3	4	13,3	2	28,6	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados do Qui-quadrado mostraram que não existem diferenças significativas de proporção entre o conhecimento do efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte no desempenho profissional, em função do número serviços onde exercem funções $\chi^2(6) = 3,99$; $p = 0,677$.

Satisfação Enquanto profissional

Como mostra o Quadro 33, o conhecimento da FC, resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, na satisfação enquanto profissional, não apresenta diferenças proporcionais em função do número de serviços onde se presta funções.

Quadro 33 - Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na satisfação enquanto profissional em função do número serviços onde exercem funções

	Concordo fortemente (n=7)		Concordo (n=30)		Discordo (n=27)		Discordo fortemente (n=8)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Um serviço	12	92,3	21	72,4	12	60,0	7	77,8	9,57
Dois serviços	0	0,0	5	17,2	2	10,0	2	22,2	
Três serviços	1	7,7	3	10,3	6	30,0	0	0,0	

Os resultados do Qui-quadrado mostraram, mais uma vez, que não existe uma associação entre o conhecimento do efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, na satisfação enquanto profissional, em função do número serviços onde exercem funções $\chi^2(6) = 9,56$; $p = 0,144$.

Relação com os colegas

O quadro 34 mostra as proporções entre o conhecimento da FC, resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, na relação com os colegas, em função do número de serviços onde se presta funções.

Quadro 34 - Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na satisfação enquanto profissional em função do número serviços onde exercem funções

	Discordo fortemente (n=)		Concordo (n=39)		Discordo (n=12)		Discordo fortemente (n=19)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Um serviço	5	71,4	25	83,3	17	63,0	6	75,0	5,01
Dois serviços	1	14,3	3	10,0	5	18,5	0	0,0	
Três serviços	1	14,3	2	6,7	5	18,5	2	25,0	

Os resultados revelaram, tal como anteriormente, que não existe uma associação entre o conhecimento do efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, na relação com os colegas, em função do número serviços onde exercem funções $\chi^2(6) = 5,01$; $p = 0,542$.

Vida pessoal e familiar

O quadro 35 mostra as proporções entre o conhecimento da FC, resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, na vida pessoal e familiar, em função do número de serviços onde se presta funções.

Quadro 35 - Teste de Qui-quadrado de associação entre o conhecimento que o efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte na vida pessoal e familiar em função do número serviços onde exercem funções

	Discordo fortemente (n=6)		Concordo (n=36)		Discordo (n=20)		Discordo fortemente (n=9)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Um serviço	4	66,7	29	80,6	14	70,0	5	55,6	9,84
Dois serviços	1	16,7	4	11,1	4	20,0	0	0,0	
Três serviços	1	16,7	3	8,3	2	10,0	4	44,4	

Os resultados revelaram que não existe uma associação entre o conhecimento do efeito do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte, na vida pessoal e familiar, em função do número serviços onde exercem funções $\chi^2(6) = 9,84$; $p = 0,131$.

Serviços de hematologia

Com o objetivo de averiguar possíveis diferenças na percepção do profissional de saúde das situações que mais desgaste psicológico/emocional criam no seu trabalho em função do número serviços onde exerce funções, foi efetuada uma ANOVA. A escala da percepção de desgaste de tipo Likert de 11 pontos (0-10) foi tratada como uma variável intervalar, devido à variabilidade dos dados (Maroco, 2010)

Quadro 36 - ANOVA para a percepção de situações com potencial desgaste em função do número de serviços onde exerce funções

	1 Serviço (n=15)		2 Serviços (n=41)		3 Serviços (n=17)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Situação de emergência	5,06	3,21	6,11	3,10	5,60	2,50	0,51
Sofrimento do doente	7,61	2,21	8,00	1,66	6,80	1,81	0,86
Sofrimento da família	6,80	2,34	7,11	2,20	6,30	2,06	0,31
Fase terminal do doente	7,94	1,79	6,33	2,00	6,90	1,91	3,79*
Morte	7,35	2,38	6,00	1,94	6,90	1,52	1,46

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias de percepção de desgaste com doentes em fase terminal, em função do número de serviços onde exerce funções $F(2, 70) = 3,79$; $p = 0,027$. A comparação múltipla de médias através do Teste a posteriori de Tukey revelou que os profissionais de saúde que exercem funções em apenas um serviço apresentam uma maior percepção de desgaste ($M=7,94$), em comparação com os profissionais que exercem funções em dois serviços ($M=6,33$).

Nível de FC em função do número de serviços de hematologia onde o profissional de saúde exerce funções

Com o objetivo de avaliar possíveis diferenças no nível de FC em função do número de serviços de hematologia onde o profissional de saúde exerce funções, foi conduzida novamente uma ANOVA.

Quadro 37 - ANOVA para as subescalas PROQOL5 em função do número de serviços onde exerce funções

	1 Serviço (n=15)		2 Serviços (n=41)		3 Serviços (n=17)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	50,11	10,10	52,19	11,46	47,42	8,36	0,55
BO	50,07	10,00	47,83	10,35	51,55	10,43	0,33
STS	48,97	10,16	49,78	7,32	55,74	10,05	1,99

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas no nível de FC, em função do número de serviços onde exerce funções (todos os $p > 0.1$).

Nível de FC em função da percepção de necessidade de atestados/baixas clínicas face à exaustão emocional do doente/família em sofrimento

Pelo fato de nenhum profissional de saúde referir “sempre” e apenas 1 profissional de saúde referir “quase sempre”, estas categorias não foram incluídas na análise. Foi realizado 1 teste t para amostras independentes para examinar possíveis diferenças nas dimensões PROQOL5 em função da percepção de necessidade de atestados/baixas médicas, face à exaustão emocional.

Quadro 38 - Teste t para as subescalas PROQOL5 em função da percepção de necessidade de atestados/baixas médicas

	Algumas vezes (n=4)		Nunca (n=68)		t
	M	DP	M	DP	
SC	48,81	11,49	50,15	10,05	-0,26
BO	38,88	8,57	50,61	9,81	-2,34*
STS	38,12	10,01	50,74	9,69	-2,52*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

O teste t revelou diferenças no BO para a percepção de necessidade de baixa médica $t(70) = -2,34$, $p = 0,022$, no sentido dos profissionais que “nunca” perceberam o desgaste ($M=50,61$) apresentarem valores superiores de BO em comparação com os profissionais que afirmaram perceber o desgaste “Algumas vezes” ($M=38,88$). Foram também encontradas

diferenças estatisticamente significativas para STS em função da percepção de necessidade de baixa médica $t(70) = -2,52$, $p = 0,014$, no sentido dos profissionais que “nunca” apresentaram desgaste ($M=50,74$) exibirem maiores valores de STS, em comparação com os profissionais que mencionaram “Algumas vezes” ($M=38,12$). Para a SC não se verificaram diferenças significativas.

Nível de FC em função da percepção de necessidade de absentismo laboral face à exaustão emocional do doente/família em sofrimento

Tal como na questão anterior, e pelo fato de nenhum profissional de saúde referir “sempre” e apenas 1 profissional de saúde referir “quase sempre”, estas categorias não foram incluídas na análise. Foi efetuado 1 teste t para amostras independentes para averiguar possíveis diferenças de médias nas dimensões ProQOL5, em função da percepção de necessidade de absentismo laboral, face à exaustão emocional.

Quadro 39 - Teste t para as subescalas ProQOL5 em função da percepção de necessidade de absentismo laboral

	Algumas vezes (n=6)		Nunca (n=66)		t
	M	DP	M	DP	
SC	51,84	15,64	49,92	9,55	0,45
BO	43,63	14,50	50,54	9,51	-1,63
STS	48,46	11,41	50,18	10,02	-0,40

O teste t não revelou diferenças para as subescalas do PRoQOL5 em função da percepção de necessidade de absentismo laboral, face à exaustão emocional (todos os $p > 0,1$).

Nível de FC em função da percepção de necessidade de transferência de serviço face à exaustão emocional do doente/família em sofrimento

Com a intenção de verificar como a percepção de FC varia em função da percepção de necessidade de transferência de serviço, uma ANOVA foi efetuada.

Quadro 40 - ANOVA para as subescalas ProQOL5 em função da percepção de necessidade de transferência de serviço

	Quase sempre (n=2)		Algumas vezes (n=23)		Nunca (n=48)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
SC	49,55	7,16	51,31	11,56	49,39	9,40	0,28
BO	41,26	16,11	44,59	9,00	52,96	9,13	7,31**
STS	42,24	7,15	43,99	9,56	53,20	8,87	8,76**

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Os resultados da ANOVA mostram terem sido encontradas diferenças significativas para as subescalas do ProQOL5 em função da percepção de necessidade de transferência de serviço. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias de BO $F(2, 70) = 7,31$; $p = 0,001$. A comparação múltipla de médias através do Teste a posteriori de Tukey revelou que os profissionais de saúde que nunca pensaram em pedir transferência de serviço, apresentam maior nível de BO ($M=52,96$) em comparação com os profissionais que pensaram algumas vezes ($M=44,59$).

A ANOVA relevou também diferenças estatisticamente significativas nas médias do STS $F(2, 70) = 8,76$; $p < 0,001$. A comparação múltipla de médias através do Teste a posteriori de Tukey revelou que os profissionais de saúde que nunca pensaram em pedir transferência de serviço apresentam maior nível de STS ($M=53,20$), em comparação com os profissionais que pensaram algumas vezes ($M=43,99$). Para a SC não se verificaram diferenças significativas.

Percepção de saúde em função do número de serviços de hematologia onde o profissional de saúde exerce funções

Com o objetivo de examinar potenciais diferenças entre a percepção de saúde no número de serviços de hematologia onde o profissional de saúde exerce funções, foi conduzida novamente uma ANOVA.

Quadro 41- ANOVA para GHQ28 total e respectivas subescalas em função do número de serviços onde exerce funções

	1 Serviço (n=54)		2 Serviços (n=9)		3 Serviços (n=10)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
SS	17,41	5,07	18,49	4,44	20,60	4,12	1,85
AI	19,16	5,75	21,00	5,17	22,40	5,52	1,60
DS	12,06	1,89	12,22	2,28	12,20	,79	0,05
DG	25,53	4,17	26,11	3,76	28,30	2,50	2,08
GHQ total	74,16	13,07	77,83	10,10	83,50	9,63	2,53

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas no nível de FC, em função do número de serviços onde exerce funções. No entanto, houve 1 tendência marginalmente significativa no score Total ($p = 0,087$), com um aumento do score total do GHQ28, à medida que o número de serviços onde o profissional presta funções aumenta.

8.2- Valores globais

Foi efetuada uma correlação bivariada de Pearson com o objetivo de avaliar como as subescalas da ProQol5 e a Escala GHQ28, e respectivas subescalas, se associam entre si.

Quadro 42 - Matriz de correlações entre dimensões ProQOL5 e GHQ28

	SC	BO	STS	SS	AI	DS	DG	GHQ Total
SC								
BO	-,495***							
STS	-,312**	,724***						
SS	-,278*	,577***	,550***					
AI	-,344***	,640***	,544***	,758***				
DS	,275*	-,263*	-,099	-,054	-,239*			
DG	-,199	,396**	,384**	,544***	,614	-,244*		
GHQ Total	-,288*	,603***	,569*	,899***	,910***	-,063	,773***	

* $p < ,01$, * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** (teste bicaudal)

Foi verificado através do coeficiente bivariado de Pearson que a SC estava correlacionada de forma indireta e moderada com a subescala "AI" ($r = -,344$; $p = 0,003$) e correlacionada de forma fraca com a subescala "SS" ($r = ,541$; $p = 0,017$) e com a escala GHQ28 total ($r = -,288$; $p = 0,013$). Verificou-se que a SC estava igualmente correlacionada, mas de forma direta e fraca, com a escala de "DS" ($r = ,275$; $p = 0,019$).

A subescala de BO apresentou uma correlação direta e moderada com subescala "AI" ($r = ,640$; $p < 0,001$); "SS" ($r = ,577$; $p < 0,001$), com a escala GHQ28 total ($r = ,569$; $p < 0,001$) e com a subescala "DG" ($r = ,396$; $p = 0,001$). Verificou-se que a subescala de BO estava igualmente correlacionada, mas de forma indireta e fraca, com a escala de "DS" ($r = -,263$; $p = 0,024$). A subescala de STS apresentou uma correlação direta e moderada com a escala GHQ28 total ($r = ,569$; $p < 0,001$), a subescala de "SS" ($r = ,550$; $p < 0,001$); a "AI" ($r = ,544$; $p < 0,001$); e com a subescala "DG" ($r = ,384$; $p = 0,001$).

A percepção de saúde está significativamente associada com o nível de FC.

CAPITULO 9- SINTESE DOS RESULTADOS

A amostra é constituída por 73 profissionais de saúde de diferentes áreas do cuidar, provenientes de três serviços diferentes da especialidade de hematologia, na mesma instituição de saúde. O grupo profissional mais representado é o dos enfermeiros, seguido das assistentes operacionais e médicos, sendo que o psicólogo, dietista e assistente social representam uma minoria representativa nesta amostra.

A média de idades dos participantes é de 37 anos. Estes possuem, em média, 12 anos de experiência profissional na área da saúde e 7 anos de experiência profissional em hematologia. Estes profissionais consideram estar expostos ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes, em média, 39 horas semanais.

Relativamente aos três serviços considerados, no que respeita ao trabalho no hospital de dia, 43 dos participantes afirmou não trabalhar neste local e 30 profissionais afirmou trabalhar. Em relação ao internamento, 43 profissionais afirmaram que prestavam funções neste local e 30 mencionaram não prestar serviços no internamento. Por último, no que se refere à prestação de serviço na unidade de transplante de medula óssea, 44 dos participantes afirmou não prestar serviço nesta unidade e 29 mencionou que sim. Ou seja, há vários profissionais de saúde que trabalham apenas num dos serviços, outros trabalham apenas em dois dos serviços e outros profissionais trabalham nos três serviços.

Após a caracterização da amostra, procedemos a uma análise fatorial e de fiabilidade dos instrumentos. Para avaliar a estrutura das escalas aplicadas neste estudo (ProQOL5 e GHQ28), foi efetuada uma análise articulada dos resultados de ACP com o Alfa Cronbach e fiabilidade das subescalas através de uma consistência interna. Fez-se por isso um estudo das propriedades psicométricas de ambas as escalas. Seguidamente, verificámos como a perceção de FC varia em função das características sociodemográficas e das características profissionais, onde os profissionais de saúde exercem funções.

Procedemos, em simultâneo a um estudo sobre a FC analisando também os valores de SC, BO e STS segundo as variáveis estudadas. Analisando os dados da nossa amostra observámos que 79,5% dos participantes apresenta níveis médios a elevados de SC (n=58), 81,9% dos participantes apresenta níveis médios a elevados de BO (n=52) e 76,7% apresenta níveis médios a elevados de STS (n=56), sendo que 34,2% destes apresentam níveis elevados (n=25).

Recorrendo aos testes de comparação entre médias, verificámos a existência de diferenças na faixa etária em função das várias profissões. Relativamente à idade dos profissionais, constatou-se que existe uma associação entre o STS e a faixa etária, pois a maior proporção de profissionais que possuem níveis elevados de STS correspondem à faixa etária entre “29-33 anos”, em comparação com os profissionais com a faixa etária “<29 anos”, quando comparados com os níveis médio e baixo de STS.

Constatamos que as assistentes operacionais são a categoria que apresenta maiores índices de BO, e que são a proporção maior dos profissionais de saúde que corresponde a níveis baixos de SC. Os enfermeiros apresentam uma maior proporção nos níveis médios de STS em comparação com os níveis elevados.

Os médicos são os que apresentam uma maior proporção relativamente a níveis elevados de STS, comparativamente com os níveis médios de STS.

Relativamente à carga horária semanal, ao tempo de exercício profissional, desempenho profissional, situação enquanto profissional, relação com os colegas, vida social e familiar não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na percepção de FC.

Nos serviços de hematologia foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias de percepção de desgaste com doentes em fase terminal em função no número de serviços onde exercem funções. Os resultados revelaram assim, que os profissionais de saúde que exercem funções em apenas 1 serviço apresentam uma maior percepção de desgaste em comparação com os profissionais que exercem funções em dois ou três serviços.

Relativamente ao nível de FC em função da percepção de necessidade de atestados/baixas clínicas, face ao sofrimento do doente/família, revelaram-se diferenças no BO. Os profissionais que “nunca” perceberam o desgaste apresentam valores superiores de BO, em comparação com os profissionais que afirmaram perceber o desgaste “Algumas vezes”. Relativamente à percepção de necessidade de baixa médica, verificou-se que os profissionais que “nunca” apresentaram desgaste exibem maiores níveis de STS, em comparação com os profissionais que mencionaram “Algumas vezes”.

Também ao nível de FC em função da percepção de necessidade de transferência de serviço, face à exaustão emocional do doente/família em sofrimento, foram encontradas diferenças significativas para as subescalas do ProQOL5. Constatou-se que os profissionais de saúde que nunca pensaram em pedir transferência de serviço apresentam maior nível de BO, em comparação com os profissionais que pensaram algumas vezes. Os resultados indicaram que os profissionais de saúde que nunca pensaram em pedir transferência de serviço apresentam maior nível de STS, em comparação com os profissionais que pensaram algumas vezes.

Relativamente ao nível de FC em função do número de serviços de hematologia, da percepção de necessidade de absentismo laboral, e à percepção de saúde em função do número de serviços de hematologia onde o profissional de saúde exerce funções, não se verificam resultados estatísticos significativos.

Sobre como as diversas situações que ocorrem em contexto trabalho na especialidade de hematologia provocam desgaste psicológico e emocional, verificou-se que as situações que provocam maior desgaste, em termos médios, são a fase terminal e o sofrimento do doente. Já a situação que provoca, em termos médios, menor desgaste, são as situações de emergência.

Foi ainda efetuada posteriormente uma correlação bivariada de Pearson com o objetivo de avaliar como as subescalas da ProQOL5 e a Escala GHQ28 e algumas subescalas, se associam entre si. Verificou-se desta forma que a percepção de saúde está significativamente associada com o nível de FC.

PARTE IV – DISCUSSÃO

Nesta parte do documento procedemos a uma análise e discussão do estudo da FC nos profissionais de saúde, no contexto de hematologia. Ao longo desta discussão serão abordadas as dificuldades encontradas no decorrer do processo de investigação e enunciadas as limitações do estudo, bem como a apresentação de algumas sugestões para futuros estudos nesta área.

CAPITULO 10 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo propusemo-nos realizar uma análise estrutural da escala PRoQOL5 e do questionário GHQ28, como instrumentos para a monitorização do estado de exaustão dos profissionais de saúde de hematologia, de forma a otimizá-las, para que a informação recolhida seja mais precisa.

O intuito deste estudo é percebermos se existe FC nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de Hematologia e que consequências podem surgir a nível da sua vida pessoal, social e profissional.

10.1 – Considerações sobre os resultados do estudo de Fadiga por Compaixão

A escala ProQOL5 terá com certeza mais vantagens se for utilizada de forma repetida ao longo do tempo, pois a resposta às afirmações poderá ser influenciada por fatores indesejados, como alterações nos estados de humor ou de pressões no trabalho momentâneos. É importante, por isso, considerar esta possibilidade quando avaliamos os resultados obtidos.

Em termos individuais, comparando os valores médios de SC, BO e STS obtidos, com os pontos de corte da ProQOL5 considerados por Stamm (2010), verificámos que uma grande percentagem dos profissionais apresentava níveis médios a altos de SC, uma grande percentagem apresentava níveis médios a altos de BO e uma grande percentagem (76,7%) apresentava um nível médio a alto de STS, 34,2% (n=25) dos quais apresentam níveis elevados. Verificámos que 83,3% dos médicos da amostra apresentam níveis médios a altos de FC, 58,3% dos quais apresentaram nível alto. 75% dos enfermeiros da amostra apresentaram níveis médios a altos de FC, 17,5% dos quais apresentaram nível alto. Relativamente às assistentes operacionais, 72,2% da amostra apresentam níveis médios a altos de FC, sendo que 44,4% apresentaram nível alto. É de salientar que os restantes profissionais de saúde foram excluídos, uma vez existir apenas um participante com a função de dietista, assistente social e psicólogo.

Estes resultados obtidos em unidades de cuidados paliativos de tipologias diferentes são muito semelhantes aos apresentados por Abendroth e Flannery (2006), no seu estudo de FC em enfermeiros que trabalhavam em “hospices”, e ao estudo mais recente sobre esta temática elaborado por Carvalho e Sá (2011), também em contexto de cuidados paliativos.

É de salientar que não foram encontrados estudos sobre FC em contexto da especialidade de hematologia, de forma a podermos comparar resultados.

Como verificamos, 22 dos profissionais de saúde apresentam um nível alto de STS, sendo que 31 apresentam um nível médio.

Apesar de os enfermeiros e médicos possuírem níveis médios e altos de satisfação, poderão apresentar simultaneamente níveis altos de FC, ou seja, apesar do profissional sentir que realiza um bom trabalho e que o trabalho é importante, este é afetado por medos relativos ao seu envolvimento com os doentes, apresentando revivência de pensamentos, sentimentos e memórias relacionados com as experiências traumáticas desses doentes. A destacar que apenas as assistentes operacionais apresentam, para além de um nível alto de STS, um nível baixo de SC. Tal fato pode dever-se às limitações que estes profissionais apresentam face à sua formação académica, enquanto profissional de saúde, ou à falta de incentivos por parte da instituição de saúde.

Também constatámos, ainda relativamente àqueles 22 profissionais, que na maior parte dos casos estão associados níveis médios a elevados de BO. Segundo Stamm (2010), este contexto é extremamente stressante, pois quando se verifica uma conjugação de altos níveis de BO e STS, associada a baixos níveis de SC, significa que, para além do profissional se sentir inútil e esgotado no contexto do seu trabalho, também sente que este lhe provoca sentimentos de medo resultantes do seu envolvimento com os doentes.

Os casos de FC de nível médio e alto verificados, nomeadamente em enfermeiros, confirmam os achados descritos em outros estudos já realizados (Carvalho e Sá, 2011).

Relativamente à idade dos profissionais, constatou-se que existe uma associação entre o STS e a faixa etária, pois a maior proporção de profissionais que possuem níveis elevados STS correspondem a faixa etária entre "29-33 anos", em comparação com os profissionais com a faixa etária "<29 anos" e ">46 anos", quando comparados com os níveis médio e baixo de STS. Este fato mostra-nos que os profissionais que possuem níveis elevados de STS são tendencialmente os jovens-adultos, provavelmente com menos experiência profissional nesta área, ou na área da saúde em geral. Outro fato curioso que verificámos é que nos três serviços de hematologia foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias de percepção de desgaste com doentes em fase terminal, em função do número de serviços onde os profissionais exercem funções. Os resultados revelaram, assim, que os profissionais de saúde que exercem funções em apenas um serviço apresentam uma maior percepção de desgaste, em comparação com os profissionais que exercem funções em dois serviços ou três serviços. Isto poderá querer transmitir-nos que não interessa o número de sítios onde se trabalha, mas sim, a qualidade de cuidados que em cada um deles se presta, e a forma como é realizada a gestão, da parte das chefias, de cada serviço.

Relativamente à FC em função da percepção de necessidade de atestados/baixas clínicas, face ao sofrimento do doente/família, revelaram-se diferenças no BO. Os profissionais que “nunca” percecionaram o desgaste apresentam valores superiores de BO, em comparação com os profissionais que afirmaram percecionarem o desgaste “algumas vezes”. Para o STS em função da percepção de necessidade de baixa médica, os profissionais que “nunca” apresentaram desgaste exibem maiores níveis de STS, em comparação com os profissionais que mencionaram “algumas vezes”. Isto poderá significar que os profissionais não têm consciência das suas limitações, da sua exaustão emocional e física, e da forma como as suas experiências traumáticas passadas podem interferir na sua prestação de cuidados ao doente em sofrimento.

Também ao nível de FC em função da percepção de necessidade de transferência de serviço face à exaustão emocional do doente/família em sofrimento, foram encontradas diferenças significativas, pois os profissionais de saúde que nunca pensaram em pedir transferência de serviço apresentam maior nível de BO, em comparação com os profissionais que pensaram algumas vezes. Revelou ainda que os profissionais de saúde que nunca pensaram em pedir transferência de serviço, apresentam maior nível de STS, em comparação com os profissionais que pensaram algumas vezes. Estes resultados só demonstram que os profissionais de saúde de hematologia sentem prazer na sua prestação de cuidados nesta especialidade, no entanto, não têm noção das suas limitações de exaustão, fadiga e de experiências traumáticas passadas.

Sobre como as diversas situações que ocorrem em contexto de trabalho na especialidade de hematologia provocam desgaste psicológico e emocional, verificou-se que as situações que provocam maior desgaste, em termos médios, são a fase terminal e o sofrimento do doente. Já a situação que provoca, em termos médios, menos desgaste, são as situações de emergência. Este fato pode querer transmitir que nestes três serviços é mais frequente existirem situações de doentes em fase terminal, e/ou existirem mais frequentemente situações iminentes de sofrimento do doente, do que propriamente situações de emergência.

Foi ainda efetuada posteriormente uma correlação bivariada de Pearson com o objetivo de avaliar como as subescalas da ProQOL5 e da GHQ28 se associam entre si. Verificou-se desta forma que a percepção de saúde está significativamente associada com o nível de FC. Desta forma a FC nestes profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de hematologia está associada a SS, AI e DG.

Relativamente ao nível de FC em função do número de serviços de hematologia, da percepção de necessidade de absentismo laboral, e à percepção de saúde em função do número de serviços de hematologia onde o profissional de saúde exerce funções, não se verificam resultados estatísticos significativos. O mesmo se verificou para carga horária semanal, para o tempo de exercício profissional, para o desempenho profissional, para a situação enquanto profissional, para a relação com os colegas, vida social e familiar.

10.2- Limitações e dificuldades

Para este estudo de FC, procurámos obter uma amostra cujos elementos apresentassem características representativas da população, no contexto da especialidade de hematologia. Optámos assim por uma amostragem intencional, onde nos cingimos a três serviços desta especialidade: Unidade de transplantação óssea, hospital de dia e serviço de internamento do CHLN – Hospital de Santa Maria.

Assumindo o número reduzido de profissionais integrantes destes três serviços, foram entregues pessoalmente a estes serviços, em envelopes individualizados com o instrumento de colheita de dados e respetivas instruções de preenchimento.

Dos 100 instrumentos de recolha de dados entregues, foram recolhidos 73. Uma das limitações encontradas neste estudo, ao longo da análise realizada aos instrumentos de recolha de dados, foi só existir uma dietista, um psicólogo e uma assistente social comuns nos três serviços. Por não haver margem de cálculo de médias entre estes participantes, os mesmos tiveram que ser excluídos do estudo, sendo a nossa amostra final de 70 participantes, correspondente a 70% da taxa final de participação.

Pensamos que a não inclusão de mais serviços de hematologia da região de Lisboa, que contribuíssem para um maior número de profissionais de saúde, possa ter afetado em grande parte o tamanho final da amostra, pois conhecendo a taxa final de participação (70%), parece-nos que poderíamos ter obtido um número de participantes acima de 100, mais próximo dos 150 como foi proposto no projeto inicial do estudo. Apesar desta limitação, pensamos que o número de participantes se adequa à consecução do estudo a que nos propusemos inicialmente. A nossa amostra constituiu-se por profissionais de três áreas do cuidar, numa relação de proporção que pensamos ser normal nas equipas de hematologia, de outras instituições de saúde. No entanto, pensamos que com inclusão de outros serviços de hematologia, iríamos automaticamente incluir outras categorias profissionais, no estudo, como capelões, voluntárias, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e dietistas, o que poderia ser uma mais-valia para o mesmo.

Uma outra limitação detetada ao longo da elaboração do estudo, foi a não realização de um pré-teste. Isto porque estamos convencidos que, com a aplicação do pré-teste poderíamos perceber as limitações do instrumento de colheita de dados, no futuro tratamento dos dados do instrumento.

Pensamos também que o contexto e/ou ambiente em que foi preenchido o instrumento de colheita de dados possa interferir em algumas das respostas dos participantes, contribuindo para o enviesamento do estudo. No entanto, temos consciência que nada podíamos fazer para criar o mesmo ambiente e/ou contexto a todos os participantes.

A maior dificuldade sentida neste estudo foi, sem dúvida, a demora de todas as autorizações e a parte burocrática por parte da instituição onde foi realizado o estudo, que condicionou a progressão da realização do mesmo de uma forma mais rápida.

10.3 – Considerações Finais e Sugestões

Respondendo à questão de investigação do nosso estudo, tendo em conta as variáveis estudadas e os resultados obtidos, podemos afirmar que existe FC nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de hematologia em níveis médios e altos, tanto nos médicos, enfermeiros como assistentes operacionais. No entanto, é de reforçar que as assistentes operacionais são o grupo profissional que apresenta níveis mais preocupantes de FC, com necessidade de intervenção da parte das chefias dos três serviços.

Já os enfermeiros são o grupo profissional que menos reconhece o seu desgaste profissional, face ao sofrimento do doente, e os que referem nunca terem tido necessidade de colocar atestados, baixas médicas ou até mesmo pedir transferência para outros serviços. No entanto, são os que apresentam níveis mais elevados de BO e STS. Verificou-se também que os profissionais de saúde que exercem funções em apenas um serviço apresentam uma maior perceção de desgaste, em comparação com os profissionais que exercem funções em dois serviços ou três serviços de hematologia. Podemos afirmar também que a FC, na nossa amostra, não mostrou depender de fatores pessoais como o sexo, estado civil, nem de fatores profissionais como a carga laboral e tempo de exercício profissional, quer na área da saúde, como especificamente na área de hematologia.

De acordo com os resultados apresentados neste estudo, consideramos que os profissionais de saúde, devem possuir um treino de competências interpessoais, isto é, devem saber lidar com as diferenças individuais de cada doente e família, ao abordar assuntos delicados, como o sofrimento e a morte. Devem equilibrar a vida profissional com a sua vida pessoal, sendo necessário haver momentos de decompressão e recuperação de estratégias emocionais nas suas vidas.

Para que a FC não atinja níveis preocupantes, para todos os profissionais de saúde, é necessário atuar em termos organizacionais e institucionais. Como, é defendido por vários autores, já citados neste estudo, é necessário que os profissionais de saúde primeiro, conheçam este fenómeno e reconheçam as suas manifestações, para poderem ter consciência da sua exaustão emocional. É imprescindível que as instituições de saúde implementem medidas de prevenção e tratamento a nível individual, grupal e organizacional face à exaustão emocional do profissional perante situações de sofrimento com o doente e família. Para que isso aconteça é importante existirem ações de formação sobre esta temática, para que todos os profissionais fiquem despertos para este tema. Seria fundamental organizar reuniões mensais onde se pudesse discutir as situações de maior sofrimento e morte vivenciadas pelos profissionais, e arranjar estratégias para que a SC esteja sempre presente na prestação de cuidados ao doente e família em sofrimento. A presença de um psicólogo nestas reuniões poderia ser uma mais-valia na discussão deste fenómeno.

Desta forma, há que intervir no desenvolvimento de medidas de prevenção para melhorar o clima organizacional e aumentar a SC, mantendo os profissionais de saúde motivados pelo trabalho que exercem, evitando o excesso de horas extras, proporcionando condições de trabalho atrativas e gratificantes (por parte das chefias, reconhecer os aspetos positivos e não dar a conhecer apenas os aspetos negativos da equipa), reconhecer a necessidade de formação permanente, investir no aperfeiçoamento profissional e fomentar a participação da equipa na tomada de decisões. Desta forma é fundamental que a prevenção e o tratamento da exaustão emocional face a situações de sofrimento do doente e família, sejam abordados como problemas coletivos e organizacionais e não apenas como um problema individual.

O desafio para os profissionais de saúde que cuidam de doentes e suas famílias em fases terminais e de grande sofrimento, é manter a sua sensibilidade e a sua destreza profissional ao mesmo tempo que prevenir os seus sentimentos de esgotamento/fadiga pelo contato direto com a dor e a morte. Este desafio torna-se mais fácil e menos desgastante quando os profissionais se aceitam a si mesmos como seres humanos e, portanto, conhecem os seus limites. Não são uma fonte inesgotável de sensibilidade nem fisicamente incansáveis. As suas necessidades vão muito mais além das suas tarefas profissionais. O afeto, a empatia, a compaixão, pelo exercício profissional em saúde, em serviços de hematologia, oncologia e cuidados paliativos não alimentam a FC se soubermos gerir adequadamente a nossa entrega.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo, associado a outros estudos sobre FC, em contextos hospitalares diferentes em Portugal, pudemos perceber a existência e a dimensão deste fenómeno. Permitiu-nos perceber o seu impacto aos níveis pessoal, profissional, institucional e social. Com a realização deste estudo pretendemos contribuir para a melhoria futura da qualidade de vida profissional nas equipas de saúde de Hematologia e melhoria da qualidade dos cuidados e serviços, a nível institucional. Desta forma, esperamos colmatar algumas lacunas a nível organizacional e de gestão de serviços da instituição, face à exaustão e desgaste profissional que os profissionais de saúde demonstraram sentir no presente estudo.

Tendo em conta que pretendíamos confirmar a existência de FC em profissionais de saúde de hematologia, e havendo confirmado tal situação, pensamos que também seria importante explorá-lo de forma mais aprofundada, analisando a relação de FC com outros fatores não incluídos no nosso estudo, como aqueles referidos por Figley (1995), tais como alterações no estilo de vida, autocuidado ou doença e recorrendo a uma amostra de maior dimensão, tanto ao nível do número de participantes como do número de serviços de hematologia. Pensamos que também seria relevante em estudos futuros medir fielmente o tempo de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas e incluir variáveis que identifiquem especificamente os prejuízos da FC nos aspetos pessoais, profissionais, bem como a nível dos cuidados oferecidos e ao nível do funcionamento das instituições.

No que respeita aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, o facto de terem referido que nunca sentiram necessidade de colocar baixas/atestados médicos ou até mesmo pedir a sua transferência para outros serviços, tendo em conta o sofrimento do doente e família, e se ter verificado que são os que apresentam níveis mais elevados de BO e STS, leva-nos a querer que estes profissionais não têm consciência do seu estado de exaustão, o que lhes pode vir a trazer consequências futuras negativas, tanto a nível profissional, como pessoal e social. Estes profissionais podem estar a adotar estratégias pessoais que podem não ser as mais saudáveis, continuando a trabalhar sem se darem conta de como a sua saúde e atividade profissional está a ser afetada.

Consideramos que o estudo realizado foi importante para detetar os níveis de exaustão dos profissionais, face ao sofrimento do doente e família, e que esta exaustão está também associada à perceção da sua saúde. Desta forma, no âmbito da realização do mestrado em gestão de serviços em enfermagem, este estudo tornou-se uma mais-valia no sentido de, face aos seus resultados, nos alertar que é necessário contribuir para uma melhor qualidade nos cuidados prestados e para isso é fundamental existir uma boa gestão de cuidados por parte das chefias do serviço e até da própria gestão institucional, alertando e intervindo, todos os profissionais para as consequências negativas que o desgaste/exaustão profissional, face ao sofrimento do doente e família, pode causar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, Mário. “Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares”. *Editora UCP – 5ª Edição*. Lisboa 2006. ISBN: 972-54-0140-9;
- Abendroth, Maryann; Flannery, Jeanne. “Predicting the risk of compassion fatigue: a study of hospice nurses.” *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2006: 346-356.
- Barros, Cristina. “Cuidar em Fim de Vida... Seremos potenciais vítimas de burnout? Como prevenir?”. Citado na *Revista Nursing Nº239*, Novembro 2000. 32-34;
- Batoreu, Lurdes. “Relatório Crítico de Atividades”. 2010-2013. Serviço de Hematologia – CHLN-Hospital de Santa Maria;
- Bride, Brian; Radey, Melissa ; Figley, Charles. “Measuring Compassion Fatigue.” *Clinical Social Work Journal*, 2007;
- Carvalho, Pedro; Sá, Luís. “Estudo da Fadiga por Compaixão nos cuidados paliativos: Tradução e Adaptação Cultural da Escala *ProfessionalQualityofLive 5*”. 9º *Encontro de Saúde Ocupacional em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa, Portugal, 26 Março, 2011.
<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/42020>;
- Carvalho, Pedro. “Estudo sobre Fadiga por Compaixão nos cuidados paliativos”. *Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada ao Instituto Ciências da Saúde*, UCP Porto, 2011.
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/1.%20Fadiga%20por%20Compaix%C3%A3o%20nos%20Cuidados%20Paliativos%20em%20Portugal%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20I CS-UCP-Port-1.pdf>
- Costa, Anna Edith Belico. “Auto-eficácia e Burnout”. In *Conferência: I Seminário Internacional sobre Estresse e Burnout*. Curitiba, 2002;
- Cruz, Neide; Siqueira, Gislaine. “Fadiga por Compaixão”, 2011.
<http://www.famema.br/noticias/index.php?id=2028>;
- Dejours, Christophe. “A loucura do trabalho.” *Cortez-Oboré*, São Paulo, 1992.
- De Vellis, Robert F. “Scale development: Theory and applications”. *Newbury Park, CA: SAGE Publications*, 1991;

- Dutton, Mary Ann; Rubinstein, Francine. "Working with people with PTSD: research implications." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 82-100. New York: Routledge, 1995.
- Faragher, E. B.; Cass, M; Cooper, C. L. "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis." *Occupational & Environmental Medicine*, 2005: 105-112.
- Figley, Charles. "Compassion Fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 1-20. New York: Routledge, 1995.
- Figley, Charles. "Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized". New York: Routledge, 1995.
- Figley, Charles. "Epilogue: the transmission of trauma." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 248-254. New York: Routledge, 1995.
- Figley, Charles. "Treating compassion fatigue". New York: Routledge, 2002;
- Fortin, Marie. "Fundamentos e etapas do processo de investigação". *Lusodidacta*. Loures 2009. ISBN: 978-9898075-18-5;
- Florio, Christine. "Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers". Lexington, KY, USA: *CreateSpace*, 2010;
- Hill, Manuela; Hill, Andrew. "Investigação por Questionário". *Edições Silabo*. Lisboa 2005. ISBN: 972-618-273-5;
- Lago, Costa Kennyston. "Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói". *Tese de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia*, 2008.
- Lago, Kennyston; Codo, Wanderley. "Fadiga por Compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde". *Editora vozes*. Petrópolis 2010. ISBN: 978-85-326-3970-7;
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. "Resenha Histórica". 2009.
<http://www.ligacontracancro.pt/qca/index.php?id=32>;

- Loreto, Dionísia. “Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Oncologia” citado na *Revista Enfermagem Oncológica*. Nº20. Outubro de 2011. ISSN: 0873-5689; pág. 18-25;
- Marôco, João. “Análise Estatística com utilização do SPSS”. *Edições Sílabo (3ª Ed.)*. Lisboa: 2010;
- Mcholm, Fran. “Rx for Compassion fatigue.” *Journal for Christian Nursing* 23 (2006): pág. 12-19;
- Mehta, Atuletal. “Compêndio de Hematologia”. *Instituto Piaget*. Lisboa 2005. ISBN: 978-989-659-012-3;
- Moreno, Jiménez. “Olvido y Recuperación de los factores psicosociais em la salud laboral”. *Editorial dos Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* 3: 3-4, 2000;
- Murcho, Nuno. “Burnout e Absentismo Laboral em Enfermeiros” citado na *Revista Investigação em Enfermagem Nº15*. Fevereiro 2007. ISSN: 0874-7695; pág. 56-65;
- Panerai, Jayme. “Fadiga Por Compaixão.” 2007
<http://www.libertas.com.br/site/index.php?central=conteudo&id=3086>;
- Parreira, Pedro. “Contacto com a morte e síndrome de burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia” citado na *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº1. Fevereiro 2000. ISSN: 0874-7695; pág. 17-23;
- Pestana, Maria Helena.; Gageiro, João N. “Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS”. *Edições Sílabo*, Lisboa 2001;
- Pinto, Andrea. “Burnout versus Stress Investigações em Profissionais”. citado na *Revista Nursing*. Nº240. Dezembro 2008; pág. 6-10;
- Pires, João. “As implicações do Stress e Burnout nos Profissionais de Saúde” citado na *Revista de Saúde Amato Lusitano*. Nº18. 4º Trimestre 2004; pág.15-21;
- Queirós, Joaquim. “Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses”. *Sinais Vitais*. Coimbra. 1ª Edição Fevereiro 2005. ISBN: 972-8485-47-6;
- Ribeiro, José; Antunes, Sónia. “Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens”. 2003, *Revista Portuguesa de Psicossomática*, pág. 37-45;
- Sá, Luís. “Burnout e Controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica” citado na *Revista Enfermagem Oncológica*. Nº33. Outubro 2005. ISSN: 0873-5689; pág. 16-28;

- Sá, Luís. “Do Stress ao Burnout em Enfermagem” *citado na Revista Enfermagem Oncológica*. Nº30 e 31. Abril-Julho 2004. ISSN: 0873-5689; pág.14-37;
- Sá, Luís. “Burnout e Controlo sobre o Trabalho em Enfermagem Oncológica” *citado na Revista de Enfermagem Oncológica*, nº34. Janeiro 2006. ISSN: 0873-5689; pág. 15-24.
- Scaufeli, Wilmar. “Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas”. *Revista de Psicología Del Trabajo y de las Organizaciones* 15: 147-171, 1999c;
- Smith, Patricia. “To weep for a Stranger: Compassion Fatigue” in *Caregiving. Tennessee: USA: Compassion Fatigue Awareness Project*, 2009.
- Stamm, Beth Hudnall. “The Concise ProQOL Manual”. *Pocatello, ID: ProQOL.org*, 2010;
- Vilelas, José. “Investigação – O processo de Construção do Conhecimento”. *Edições Sílabo*. Lisboa, 2009. ISBN: 978-972-618-557-4;
- Wood, Geri; Haber, Judith. “Pesquisa em Enfermagem- Métodos, Avaliação e Utilização”. *Editora Guanabara Koogan*, 2001;
- Yassen, Janet. “Preventing secondary traumatic stress disorder.” In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 178-208. New York: Routledge, 1995.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

- *Pedido de autorização para recolha de dados*
- *Pedido de autorização à Diretora Clínica da Administração do CHLN – Hospital de Santa Maria (2ª via e última)*
- *Pedido de autorização à Assembleia de Comissão de Ética do CHLN- Hospital de Santa Maria (O mesmo exemplar foi enviado à Direção de Enfermagem, mas dirigido à Enfermeira Diretora)*



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Hospitalar Lisboa-Norte, EPE Hospital de Santa Maria
Att.: Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 Lisboa

Nossa Referência	Data de Expedição
ICS/480/2012	2012-07-24

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

Venho por este meio solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Liliana Cecília Lopes de Almeida, Mestranda em Enfermagem – Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem, portadora do Cartão de Cidadão nº 12987505, residente na Rua do Valinho, nº 7 E, 2º Dto. - Póvoa da Galega - Milharado, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo projeto intitulado: "Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Saúde de Hematologia" foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

Da recolha de dados, a fazer junto dos profissionais de saúde que exercem funções no Serviço de Internamento de Hematologia, na Unidade de Transplante de Medula Óssea e no Hospital de Dia de Hematologia, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição sendo garantido o anonimato dos profissionais que voluntariamente aceitem participar no estudo.

A recolha dos dados será realizada em data a definir posteriormente.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Diretor

CHLN – Hospital de Santa Maria

Directora Clínica

Assunto: Pedido de 2ª via de autorização para estudo de investigação

Exma. Senhora Directora Maria do Céu Machado,

Eu, Lílina Cecília Lopes de Almeida,

Enfermeira, com o número de Cédula Profissional 5-E-65450, portadora do Bilhete de Identidade número 12987505, do Arquivo de Identificação de Lisboa, residente na Rua do Valinho nº7E 2º Direito Povoá da Galega 2665-364 Milharado, concelho de Mafra, com o contacto telefónico 910126098, actualmente a exercer funções no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, no serviço de Internamento de Hematologia e Aluna da Universidade Católica Portuguesa, a frequentar o Mestrado de Gestão de Serviços de Enfermagem; venho por este meio, solicitar a vossa excelência, a autorização para realizar o meu trabalho de investigação, aplicando a escala Professional Quality Scale 5 (PRoQOI) aos profissionais de Saúde (médicos, psicólogo, dietista e assistente social) nos serviços de internamento de Hematologia, UTMO (Unidade de Transplante de Medula Óssea), Hospital de Dia de Hematologia e consequentemente recolher os dados pretendidos.

Cada profissional participará no estudo através do auto preenchimento de um pequeno instrumento que inclui 9 questões de índole sociodemográfica e profissional, a versão traduzida e adaptada da escala supracitada e o Questionário de Saúde Geral de 28 itens. Estará garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, bem como o direito de autorizar ou não autorizar em qualquer momento do estudo a utilização dos seus dados, sem que isso lhe traga algum prejuízo.

Este pedido surge no âmbito do desenvolvimento de um trabalho de investigação que estou a realizar actualmente sobre Fadiga Por Compaixão nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de Hematologia.

Este será um segundo pedido de autorização enviado, pois a primeira via pedida, não chegou ao Director de Serviço dos serviços onde aplicarei o questionário.

Aguardo o consentimento brevemente, por contacto telefónico, ou por correio electrónico (lilianalopesalmeida@gmail.com).

Atenciosamente,

Lisboa 09 de Maio de 2013

Liliana Almeida (Assinatura)

CHLN – Hospital de Santa Maria
Comissão de Ética

Exmo. Senhor Diretor de
Assembleia da Comissão de Ética

Eu, Liliana Cecília Lopes de Almeida,

Enfermeira, com o número de Cédula Profissional 5-E-65450, portadora do Bilhete de Identidade número 12987505, do Arquivo de Identificação de Lisboa, residente na Rua do Valinho nº7E 2º Direito Povoá da Galega 2665-364 Milharado, concelho de Mafra, com o contacto telefónico 910126098, atualmente a exercer funções no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, no serviço de Internamento de Hematologia e Aluna da Universidade Católica Portuguesa, a frequentar o Mestrado de Gestão de Serviços de Enfermagem; venho por este meio, solicitar a vossa excelência, a autorização para realizar o meu trabalho de investigação, aplicando a escala Professional Quality Scale 5 (PRoQOI) a todos os profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, dietistas) nos serviços de internamento de Hematologia, UTMO (Unidade de Transplante de Medula Óssea), Hospital de Dia de Hematologia e conseqüentemente recolher os dados pretendidos.

Cada profissional participará no estudo através do auto preenchimento de um pequeno instrumento que inclui 9 questões de índole sociodemográfica e profissional, a versão traduzida e adaptada da escala supracitada e os Questionário de Saúde Geral de 28 itens. Estará garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, bem como o direito de autorizar ou não autorizar em qualquer momento do estudo a utilização dos seus dados, sem que isso lhe traga algum prejuízo.

Este pedido surge no âmbito do desenvolvimento de um trabalho de investigação que estou a realizar atualmente sobre Fadiga Por Compaixão nos profissionais de saúde que exercem funções na especialidade de Hematologia.

Aguardo o consentimento brevemente, por contacto telefónico, por via postal ou por correio eletrónico (lilianalopesalmeida@gmail.com).

Atenciosamente,

Lisboa ___ de _____ de _____
_____(Assinatura)

APÊNDICE B

- *Instrumento de colheita de dados*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Questionário

Caros Srs. Enfermeiros (as), Assistentes Operacionais, Médicos (as), Psicólogo, Dietista e Assistente Social:

Como aluna do curso de Mestrado em Gestão de Serviços de Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa, encontramos-nos a realizar um estudo de investigação sobre Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Saúde de Hematologia.

Pretendemos verificar deste modo, a existência de Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Saúde de Hematologia. O questionário divide-se em quatro partes: A primeira parte refere-se a alguns dos seus dados profissionais e sociodemográficos; a segunda parte refere-se ao seu estado psicológico/emocional relativamente à exaustão profissional por compaixão; a terceira parte consiste numa versão traduzida e adaptada à nossa população de uma escala sobre Fadiga por Compaixão; a quarta e última parte envolvem um questionário relacionado com a sua saúde geral.

O presente questionário é **individual, anónimo e confidencial**.

Assim, solicitamos a sua participação neste estudo, respondendo ao questionário que se segue. A sua voluntariedade e disponibilidade são primordiais para a realização deste estudo. Só participará se assim o desejar, e se durante o questionário quiser desistir, poderá fazê-lo sem quaisquer implicações e/ou prejuízos.

Não existem respostas certas ou erradas, a sua opinião será a melhor resposta.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação, para qualquer esclarecimento, por favor, não hesite em contactar:

Liliana Almeida

Telemóvel Pessoal: 91 01 260 98;

Email: lilianalopesalmeida@gmail.com;

UCP: Instituto Ciências da Saúde – Telefone: 217 214 000;

CHLN-HSM: Serviço internamento de Hematologia piso 7 elevador 20 e 21

Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

(assinale com um “X” a resposta adequada)

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Estado Civil:** Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)

4. **Profissão:** Médico (a) Enfermeiro (a) Assistente Social Psicólogo(a)

Assistente Operacional Dietista

5. **Carga horária laboral semanal:** _____ (horas de trabalho)

6. **Tempo de atividade como profissional de saúde...**

6.1. ... Em todas as áreas que trabalhou _____ (ano(s) de atividade)

6.2. ... Na especialidade de Hematologia _____ (ano(s) de atividade)

7. **Local/Locais de trabalho na especialidade de Hematologia...**

Hospital de Dia Serviço de Internamento Unidade de Transplante de Medula Óssea

Parte II – Caracterização Psicológica/Emocional face à exaustão profissional por Compaixão

(assinale com um “X” a resposta adequada)

1. **Alguma vez sentiu dificuldade emocional e/ou psicológica em prestar cuidados a um doente em situação de sofrimento?**

Sempre Quase sempre Algumas vezes Nunca

2. **Alguma vez se sentiu desmotivado e incapaz em prestar cuidados a um doente em situação de sofrimento**

Sempre Quase sempre Algumas vezes Nunca

3. **Já se sentiu alguma vez cansado (a) e exausto (a) perante situações de sofrimento com o doente/família, no seu atual local de trabalho?**

Sempre Quase sempre Algumas vezes Nunca

4. **Alguma vez pensou em pedir transferência do seu serviço atual por se sentir cansado (a) e exausto (a) em lidar com situações de sofrimento com o doente/família?**

Sempre Quase sempre Algumas vezes Nunca

5. Alguma vez pensou em faltar ao seu trabalho atual, por cansaço e exaustão face a situações de sofrimento com o doente/família?

Sempre Quase sempre Algumas vezes Nunca

6. Alguma vez sentiu necessidade de colocar baixa médica, no seu trabalho atual, por cansaço e exaustão emocional face ao doente/família em sofrimento?

Sempre Quase sempre Algumas vezes Nunca

7. A Fadiga profissional resultante do relacionamento com os doentes em sofrimento e/ou morte afecta:

(Indique o grau de concordância para cada uma das seguintes afirmações, marcando com um "X" a resposta que se adequa)

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
A qualidade dos cuidados em geral				
O meu desempenho profissional				
A minha satisfação enquanto profissional				
A relação com os meus colegas de trabalho				
A minha vida pessoal e familiar				

Parte II- Escala de Qualidade de Vida Profissional - PROQOL 5

Traduzida e Adaptada à população Portuguesa

Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011)

Quando [ajuda] pessoas, fica em contacto directo com as suas vidas. Como pode já ter descoberto, a sua compaixão por aqueles que [ajuda] pode afectá-lo (a) de forma positiva ou negativa.

Em seguida encontra algumas questões acerca das suas experiências, positivas e negativas, como [ajudante].

Considere cada questão de forma pessoal e relacione-a com o seu contexto de trabalho. Selecione com um "X" a frequência com que experienciou cada um destes aspetos **nos últimos 30 dias**.

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Por vezes	Raramente	Nunca
1 Sinto-me feliz.					
2 Estou preocupado (a) com mais de uma pessoa que eu [ajudo].					
3 Sinto satisfação por poder [ajudar] as pessoas.					
4 Sinto-me ligado (a) aos outros.					
5 Assusto-me ou fico surpreendido (a) com sons inesperados.					
6 Sinto-me revigorado (a) depois de trabalhar com aqueles que [ajudo].					
7 Sinto que é difícil separar a minha vida pessoal da minha vida como [ajudante].					
8 Não sou tão produtivo (a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu [ajudo].					
9 Penso que posso ter sido afetado (a) pelo Stress Traumático daqueles que eu [ajudo].					
10 Sinto-me encurralado (a) pelo meu trabalho como [ajudante].					
11 Por causa da minha [ajuda], já me senti no "limite" em várias coisas.					
12 Gosto do meu trabalho de [ajudante].					
13 Sinto-me deprimido por causa das experiências traumáticas das pessoas que [ajudo].					
14 Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha [ajudado].					
15 Tenho crenças que me suportam.					
16 Estou satisfeito (a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de [ajuda].					
17 Sou a pessoa que sempre quis ser.					
18 O meu trabalho faz-me sentir satisfeito (a).					
19 Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho como [ajudante].					
20 Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que [ajudo] e de como os poderia ajudar.					
21 Sinto-me esgotado (a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar.					
22 Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho.					
23 Evito certas atividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu [ajudo].					
24 Orgulho-me daquilo que posso fazer para [ajudar].					
25 Como resultado da minha [ajuda], tenho pensamentos invasivos e assustadores.					
26 Sinto-me limitado (a) pelo sistema.					
27 Tenho pensamentos de que sou um "sucesso" como [ajudante].					
28 Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas.					
29 Sou uma pessoa muito atenciosa.					
30 Estou feliz por ter escolhido este trabalho.					

Parte III – Questionário de Saúde Geral

RIBEIRO e ANTUNES, 2003 in *Revista Portuguesa Psicossomática*

Gostaríamos de saber se tem tido queixas de saúde, e qual tem sido o seu estado de saúde em geral **nos últimos 30 dias**.

Assinale com uma “X”, em cada pergunta, a resposta que lhe parece que se aplique melhor a si.

Atenção que o nosso interesse centra-se em tomarmos conhecimento das suas **queixas recentes e actuais relacionadas com o seu desgaste profissional relativamente a Fadiga por Compaixão**.

	Mais que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	De modo nenhum
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

ANEXO A

ProQOL5 – Professional Quality of Life 5:

- *Versão Original (Stamm, 2009)©*
- *Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011)©*

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)

COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE

(PROQOL) VERSION 5 (2009)

When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the *last 30 days*.

1=Never

2=Rarely

3=Sometimes

4=Often

5=Very Often

- _____ 1. I am happy.
- _____ 2. I am preoccupied with more than one person I [help].
- _____ 3. I get satisfaction from being able to [help] people.
- _____ 4. I feel connected to others.
- _____ 5. I jump or am startled by unexpected sounds.
- _____ 6. I feel invigorated after working with those I [help].
- _____ 7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
- _____ 8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
- _____ 9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
- _____ 10. I feel trapped by my job as a [helper].
- _____ 11. Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
- _____ 12. I like my work as a [helper].
- _____ 13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
- _____ 14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
- _____ 15. I have beliefs that sustain me.
- _____ 16. I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
- _____ 17. I am the person I always wanted to be.
- _____ 18. My work makes me feel satisfied.
- _____ 19. I feel worn out because of my work as a [helper].
- _____ 20. I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
- _____ 21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
- _____ 22. I believe I can make a difference through my work.
- _____ 23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
- _____ 24. I am proud of what I can do to [help].
- _____ 25. As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
- _____ 26. I feel "bogged down" by the system.
- _____ 27. I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
- _____ 28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
- _____ 29. I am a very caring person.
- _____ 30. I am happy that I chose to do this work.

© B. Hudnall Stamm, 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL).

www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited,

(b) no changes are made, and (c) it is not sold.

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

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

Quando *[ajuda]* pessoas, fica em contacto directo com as suas vidas. Como pode já ter descoberto, a sua compaixão por aqueles que *[ajuda]* pode afectá-lo(a) de forma positiva ou negativa. Em seguida encontra algumas questões acerca das suas experiências, positivas e negativas, como *[ajudante]*. Considere cada questão de forma pessoal e relacione-a com o seu contexto de trabalho. Seleccione o número que realmente reflecte a frequência com que experienciou cada um destes aspectos **nos últimos 30 dias**.

1=Nunca	2=Raramente	3=Por Vezes	4=Frequentemente	5=Muito Frequentemente
---------	-------------	-------------	------------------	------------------------

1.	Sinto-me feliz.	
2.	Estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .	
3.	Sinto satisfação por poder <i>[ajudar]</i> as pessoas.	
4.	Sinto-me ligado(a) aos outros.	
5.	Assusto-me ou fico surpreendido(a) com sons inesperados.	
6.	Sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que <i>[ajudo]</i> .	
7.	Sinto que é difícil separar a minha vida pessoal da minha vida como <i>[ajudante]</i> .	
8.	Não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .	
9.	Penso que posso ter sido afectado(a) pelo stress traumático daqueles que eu <i>[ajudo]</i> .	
10.	Sinto-me encurralado(a) pelo meu trabalho como <i>[ajudante]</i> .	
11.	Por causa da minha <i>[ajuda]</i> , já me senti "no limite" em relação a várias coisas.	
12.	Gosto do meu trabalho de <i>[ajudante]</i> .	
13.	Sinto-me deprimido(a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu <i>[ajudo]</i> .	
14.	Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha <i>[ajudado]</i> .	
15.	Tenho crenças que me suportam.	
16.	Estou satisfeito(a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de <i>[ajuda]</i> .	
17.	Sou a pessoa que sempre quis ser.	
18.	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).	
19.	Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho como <i>[ajudante]</i> .	
20.	Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que <i>[ajudo]</i> e de como os poderia ajudar.	
21.	Sinto-me esgotado(a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar.	
22.	Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho.	
23.	Evito certas actividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu <i>[ajudo]</i> .	
24.	Orgulho-me daquilo que posso fazer para <i>[ajudar]</i> .	
25.	Como resultado da minha <i>[ajuda]</i> , tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
26.	Sinto-me limitado(a) pelo sistema.	
27.	Tenho pensamentos de que sou um "sucesso" como <i>[ajudante]</i> .	
28.	Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas.	
29.	Sou uma pessoa muito atenciosa.	
30.	Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	

ANEXO B

- *Questionário de Saúde Geral GHQ28 (Ribeiro e Antunes 2003) ©*

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL

POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO:

Gostaríamos de saber se tem tido queixas de saúde, e qual tem sido o seu estado de saúde em geral nas *últimas semanas*.

Por favor responda a **TODAS** as perguntas, assinalando com uma cruz, em cada pergunta a resposta que lhe parece que se aplica melhor a si. Repare que nós queremos tomar conhecimento de queixas recentes e actuais, e não acerca de queixas antigas.

É importante que responda a **TODAS** as questões

NOS ÚLTIMOS TEMPOS

1- Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
2- Tem sentido necessidade de um tónico?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
3- Tem-se sentido em baixo de forma e mal disposto?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
4- Tem-se sentido doente?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
5- Tem tido dores de cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
6- Tem tido uma sensação de aperto na cabeça ou pressão na cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
7- Tem tido ataques de frio ou de calor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
8- Tem perdido o sono devido a preocupações?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
9- Depois de adormecer acorda várias vezes?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
10- Tem-se sentido constantemente sob tensão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
11- Tem-se sentido irritável e de mau humor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
12- Tem-se sentido assustado ou tem entrado em pânico sem razão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
13- Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
14- Tem-se sentido permanentemente nervoso e tenso?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual

Continua na página seguinte...

15- Tem conseguido manter-se activo e ocupado?	Mais de que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
16- Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?	Menos tempo	O mesmo tempo que o habitual	Mais tempo que o habitual	Muito mais tempo que o habitual
17- Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
18- Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?	Mais do que o habitual	O mesmo que o habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
19- Tem-se sentido útil no que faz?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos útil do que é costume	Muito menos útil do que é costume
20- Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
21- Tem tido prazer nas suas actividades normais do dia a dia?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
22- Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
23- Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
24- Tem sentido que a vida já não vale a pena?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
25- Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida
26- Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
27- Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
28- Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C

Autorizações para recolha de dados:

- *Comissão Ética do CHLN- Hospital de Santa Maria*
- *Diretora Clínica do CHLN- Hospital de Santa Maria*
- *Diretor Clínico dos Serviços de Hematologia do CHLN- Hospital de Santa Maria*
- *Direção de Enfermagem*



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

Membros

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Enfª. Liliana Cecília Lopes de Almeida

Rua do Valinho, N° 7 E – 2° Dt°

2665-364 Póvoa da Galega – Milharado

Lisboa, 8 de Julho de 2013

Assunto: Projecto de Investigação "Fadiga por compaixão nos profissionais de Saúde de Hematologia"

Relator – Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado – Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 12 Junho de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado a aguardar autorização do Director do Serviço envolvido, presentemente concedida.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado à Sra. Directora Clínica, Profª. Doutora Maria do Céu Machado, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2



Exma. Senhora
Enf. Liliana Cecília Lopes de Almeida
Rua do Valinho, 7E - 2º Dt.º
2665-364 Póvoa da Galega - Milharado

Refª DIRCLN -15JUL2013 - 0234

Assunto: Projecto de investigação “Fadiga por compaixão nos profissionais de saúde de Hematologia”

Tenho o gosto de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pela Senhora Diretora Clínica - Prof.ª Doutora Maria do Céu Machado a 12 de julho de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

A Adjunta da Diretora Clínica

Prof. Doutora Cristina Bárbara

/CS

DIRECÇÃO
CLÍNICA

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



Liliana Almeida <lilianalopesalmeida@gmail.com>

Pedido de Autorização para iniciar estudo de investigação

José Alves do Carmo <alves.carmo@chln.min-saude.pt>
Para Liliana Almeida <lilianalopesalmeida@gmail.com>

8 de Julho de 2013 às 12:59

Cara Enf. Liliana Almeida

Relativamente ao pedido de autorização para a realização do estudo "Fadiga por Compaixão"

A decorrer no Serviço de Hematologia(UTMO,H. de Dia e Enfermaria), concordo e nada

Tenho a opor.

Melhores cumprimentos

Lx 2012-07-08

José Alves do Carmo

De: Liliana Almeida [mailto:lilianalopesalmeida@gmail.com]
Enviada: quarta-feira, 26 de Junho de 2013 21:56
Para: José Alves do Carmo
Assunto: Pedido de Autorização para iniciar estudo de investigação

[Citação ocultada]



Exmo. Senhor
Prof. Doutor
Alexandre Castro Caldas
Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 LISBOA

Assunto: Autorização para realização da colheita de dados a efectuar no âmbito do desenvolvimento do projecto de dissertação intitulado "Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Saúde de Hematologia" integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem

Vimos pela presente informar que se encontra autorizada a realização da colheita de dados a efectuar no âmbito do desenvolvimento do projecto de dissertação intitulado "Fadiga por Compaixão nos Profissionais de Saúde de Hematologia" integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem, nos Serviços de Hematologia-Internamento, Unidade de Transplante de Medula Óssea e Hospital de Dia de Hematologia, pela aluna Liliana Cecília Lopes de Almeida.

Com os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 30 de Agosto de 2012

A Enfermeira Directora

(Catarina Batuca)

VAR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

ANEXO D

- **Autorização para aplicar o questionário de Saúde Geral - GHQ28**



Liliana Almeida <lilianalopesalmeida@gmail.com>

Pedido de autorização sobre Questionário de Saúde Geral

3 mensagens

Liliana Almeida <lilianalopesalmeida@gmail.com>
Para jlpr@fpce.up.pt

5 de Novembro de 2012 às 07:45

Boa tarde Sr. Professor Luis Pais Ribeiro.

Sou uma aluna da Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, e encontro-me a realizar um estudo de investigação sobre Fadiga por Compaixão nos profissionais de saúde de Hematologia" no âmbito de Mestrado em Gestão em Serviços de Enfermagem.

Por este motivo contatei-o pois gostaria de poder incluir no meu instrumento de colheita de dados, o questionário de Saúde Geral elaborado por si, que o consultei numa abordagem reduzida na revista Portuguesa Psicossomática de 2003.

Desta forma gostaria de pedir o seu consentimento em utilizar o seu questionário, sempre citando a sua autoria, pois considero ser uma mais valia para a recolha de dados no meu estudo de investigação.

Aguardo uma resposta da sua parte.
Atenciosamente e um resto de bom dia,

Liliana Almeida

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para Liliana Almeida <lilianalopesalmeida@gmail.com>

6 de Novembro de 2012 às 00:03

Autorizo a utilizacao do questionario

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Liliana Almeida [lilianalopesalmeida@gmail.com]
Enviado: segunda-feira, 5 de Novembro de 2012 15:45
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Pedido de autorização sobre Questionário de Saúde Geral
[Citação ocultada]

—
This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner<<http://www.mailscanner.info/>>, and is believed to be clean.

Liliana Almeida <lilianalopesalmeida@gmail.com>
Para José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

6 de Novembro de 2012 às 13:34

Boa noite.

Agradeço a sua atenciosidade e disponibilidade em autorizar a utilização do questionário elaborado por si.

Atenciosamente,

9/28/13

Gmail - Pedido de autorização sobre Questionário de Saúde Geral

Liliana Almeida

No dia 6 de Novembro de 2012 00:03, José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt> escreveu
[Citação ocultada]