



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**A Ênfase no mundo interno e na fadiga de compaixão na
prática da Medicina Familiar**

Francisca Ferreira Teixeira Félix

Orientador(es) | Isabel Maria Marques Mesquita

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**A Ênfase no mundo interno e na fadiga de compaixão na
prática da Medicina Familiar**

Francisca Ferreira Teixeira Félix

Orientador(es) | Isabel Maria Marques Mesquita

Évora 2020



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto (Universidade de Évora)

Vogais | Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo (Universidade de Évora) (Arguente)
Isabel Maria Marques Mesquita (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

De forma geral, o meu sincero agradecimento a todos os que de algum modo contribuíram para a realização deste projeto de dissertação de mestrado. Agradeço a todos os profissionais da Universidade de Évora, docentes, colegas e auxiliares, que através da sua ética, conhecimento e valores, ajudaram-me no meu desenvolvimento enquanto pessoa e futuro profissional, rumo ao sucesso. Agradeço à docente e orientadora, Doutora Isabel Mesquita pela sua dedicação e orientação ao longo de toda a realização deste projeto, bem como pelo seu precioso *feedback* e encorajamento, alicerces fundamentais, para a finalização deste projeto de investigação. Agradeço igualmente aos médicos de família pela colaboração no preenchimento dos questionários.

Não obstante, agradeço a toda a minha família e amigos, pelo apoio e motivação, pois sem eles, o percurso teria sido aspérrimo. Agradeço em especial à minha mãe, por todo o seu apoio à distância, durante todo este «espaço percorrido» de desenvolvimento pessoal e profissional. Estou grata a todos os que, direta ou indiretamente, acreditaram em mim. Graças a vós, cresci enquanto ser humano e profissional.

Um Bem-Haja a todos!

A ênfase no mundo interno e na Fadiga por Compaixão na prática da Medicina Familiar

Resumo

Este estudo investigou a qualidade de vida profissional e a empatia entre 38 médicos especialistas de medicina geral e familiar do ACES Estuário do Tejo – ARSLVT. Procurou-se compreender as relações entre a satisfação por compaixão, a fadiga por compaixão e a capacidade empática, bem como, conhecer os melhores preditores da qualidade de vida profissional. Aplicou-se a *Escala de Qualidade de Vida Profissional (versão 5)*, o *Índice de Reatividade Interpessoal*, e um questionário sociodemográfico. Os resultados sugerem uma maior prevalência de satisfação por compaixão e menores níveis de fadiga por compaixão. Para a empatia, apresentam níveis elevados de tomada de perspectiva e preocupação empática, e níveis moderados a baixos de desconforto pessoal e fantasia. Estes não indicaram diferenças significativas para género, idade e anos de experiência. Verificou-se, várias relações entre as variáveis estudadas, e que uma das dimensões da empatia – o desconforto pessoal –, constitui um preditor da satisfação por compaixão.

Palavras-Chave: Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão, Empatia, Medicina Familiar

The emphasis on the internal world and the Compassion of Fatigue in the Practice of Family Medicine

Abstract

The present study aimed to analyse the quality of professional life and empathy among 38 family doctors at ACES Estuário do Tejo - ARSLVT. We tried to understand the relationship between Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, empathic capacity and also understand the best predictors of quality of professional life. The Professional Quality of Life Scale (version 5), the Interpersonal Reactivity Index, and a sociodemographic questionnaire were applied. The results suggest a high Compassion Satisfaction and low Compassion Fatigue. For empathy they have high Perspective Taking and Empathic Concern, and moderate to low Personal Distress and Fantasy. The results did not indicate significant differences for gender, age and years of experience. It was found a few relationships between the studied variables, and that Personal Distress is a predictor of Compassion Satisfaction.

Keywords: Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Empathy, Family Medicine

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
A arte de ser médico de família.....	3
Fadiga e satisfação por compaixão.....	5
Modelos teóricos.....	8
Evidências empíricas	13
Empatia.....	14
Modelos teóricos.....	14
Empatia médica	16
Evidências empíricas	18
A relação entre satisfação e fadiga por compaixão e a empatia.....	19
Método.....	21
Objetivos do estudo	21
Participantes	22
Instrumentos de medida.....	23
Procedimento de recolha e análise dos dados.....	26
Resultados.....	28
Discussão	33
Limitações, principais conclusões e estudos futuros	38
Referências bibliográficas	40

Anexos	47
Anexo A. <i>Escala de Qualidade de Vida (versão 5)</i>	48
Anexo B. <i>Índice de Reatividade Interpessoal</i>	49

Índice de tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra.....	22
Tabela 2. Análise descritiva das dimensões do ProQOL-5	28
Tabela 3. Análise descritiva das dimensões do IRI	29
Tabela 4. Análise de correlações entre as subescalas do ProQOL-5 e do IRI.....	31
Tabela 5. Regressão: desconforto pessoal a predizer a satisfação por compaixão	33

Introdução

Com a evolução da concepção do termo *Saúde* – a qual enfatiza preferencialmente o bem-estar do indivíduo, isto é, o «sentir-se bem», física, psicológica e socialmente quer individualmente, quer em comunidade (Teixeira & Leal, 1990) – a prática clínica dos médicos tem vindo a modificar-se. Se em tempos, a medicina debruçava-se apenas em curar as doenças, com ênfase apenas na patologia dos pacientes, atualmente a tónica passou a ser o bem-estar do indivíduo, à luz de uma perspetiva biopsicossocial, e não apenas o tratamento da doença como outrora. Passou a ser inquestionável a importância da relação médico-paciente, especialmente na Medicina Geral e Familiar – especialidade clínica direcionada à pessoa –, bem como as competências empáticas e comunicativas do médico. A literatura mostra que, a manutenção desta relação, promove uma maior satisfação com os serviços de saúde e com o clínico; uma maior adoção de comportamentos saudáveis (Halpern, 2003; 2007); uma maior adesão às terapêuticas médicas, contribuindo assim para um maior bem-estar do indivíduo (DiMatteo, Hays & Prince, 1986; Van Dulmen & Bensing, 2002; Clucas & Claire, 2011).

Não obstante, é do senso comum que, o bem-estar do paciente é influenciado em grande escala pelo bem-estar do profissional de saúde que o trata. Os fatores mais estudados ao nível da satisfação dos médicos, são os fatores externos, como as condições de trabalho, o ambiente laboral e a exposição a situações potencialmente traumáticas e/ou dolorosas. Contudo, sabemos que na base da satisfação profissional encontram-se também, fatores internos subjacentes à natureza do trabalho e da relação médico-paciente, bem como, às próprias características do profissional (Hespanhol, Pereira & Pinto, 2000). No seu quotidiano, os médicos são por vezes confrontados com situações que ainda não haviam tido oportunidade de refletir e de se familiarizar, e que despertam emoções que, por vezes, não são de fácil gestão emocional. Durante a prática clínica, o médico de família, recorre às suas capacidades empáticas subjacentes às próprias experiências cognitivas e emocionais. A empatia (enquanto fator interno estudado neste estudo), retrata a capacidade do profissional em compreender os sentimentos de angústia do paciente perante uma situação difícil, empatizando com a dor deste. Todavia, esta tarefa que o profissional tem *entre mãos*, podê-lo-á deixar mais vulnerável e fragilizado, podendo este passar por estados de desregulação biológica, psicológica e social, conseqüente da exposição continuada ao *stress* traumático de outros, tendo como principal pressuposto a

experiência de empatia, preocupação e afiliação pelo *outro*. Tal, designa-se por fadiga por compaixão (Figley, 1995; 2002; Lago & Codo, 2010).

A literatura indica que, os médicos de família, podem estar mais propensos a desenvolver fadiga por compaixão, devido a algumas características do seu ofício laboral, derivado em grande parte, do envolvimento contínuo com os pacientes, da complexidade dos quadros clínicos, da falta típica de supervisão profissional e ainda da carga diária de consultas (El-bar, Levy, Wald & Biderman, 2013). Às organizações de saúde, que possuem profissionais a trabalhar com fadiga por compaixão, implica-lhes elevados custos financeiros e humanos, visto que, o número de queixas sintomatológicas aumenta, e conseqüente aumento de baixas médicas e dias de folga, causando uma maior rotatividade no serviço e uma menor produtividade dos profissionais (Ray, Wong, White & Heaslip, 2013; Potter et al., 2010). Este mal-estar dos profissionais, transparece também para os seus pacientes, que aumentam o número de queixas de insatisfação pelos serviços. Embora as características da fadiga por compaixão, tenham sido estudadas em profissionais da saúde, são poucas as investigações que abordam a sua incidência entre médicos de família especificamente (El-bar et al., 2013). Contudo, à fadiga por compaixão, temos o seu polo inverso – satisfação por compaixão – a qual constitui um indicador de que existe compromisso e empenho profissional. A satisfação por compaixão considera os custos positivos do cuidar. Surgindo assim, a importância de enfatizar, não só as limitações dos profissionais, ou seja, os aspetos negativos (fadiga por compaixão), mas sobretudo reforçar que é possível que os profissionais se sintam bem no desempenho do seu trabalho, descobrindo como podemos manter esta satisfação nos profissionais que cuidam de quem precisa (Stamm, 2010; Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Lago & Codo, 2013).

Em virtude disto, o presente estudo, procura explorar e compreender a relação entre a qualidade de vida profissional - à qual subjaz a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão -, e a capacidade empática visando também a busca de um melhor preditor nesta relação. Tem ainda como objetivo, verificar se algumas das variáveis mais estudadas da literatura, como o género, a idade e os anos de profissão, influenciam negativamente ou positivamente os fatores internos em foco. A tônica deste estudo, é contribuir para uma melhor elucidação e compreensão destes fatores internos, na prática clínica dos médicos de medicina geral e familiar. Este trabalho encontra-se estruturado

em duas partes. A primeira relaciona-se com a fundamentação teórica e empírica acerca destes fatores internos supracitados. A segunda é constituída pela metodologia da investigação, bem como a apresentação e análise dos resultados obtidos. Por fim, o trabalho é finalizado com sugestões para futuras investigações, com as limitações do estudo e com as referências bibliográficas.

Enquadramento teórico

A arte de ser médico de família

O termo médico denomina-se por aquele que pratica o ato de medicina, ou num sentido figurado aquele que cura o mal-estar de outrem. Ser médico é, antes de tudo, uma harmonia proporcionada de ciência e arte em medidas equivalentes (Pessoti, 1996). O que leva ao detrimento de um e outro (arte e ciência), não têm como resultado apenas, a baixa qualidade do profissional médico, mas atinge a sua própria essência (Allen et al., 2005; Anderson, Gusso & Filho, 2005). A arte da medicina remonta à filosofia com o contributo de Aristóteles, na sua conceção do dualismo entre alma e corpo. Mas é Hipócrates que posteriormente, vem conferir-lhe um carácter científico, denotado pelas evidências empíricas na prática clínica. Embora concetualiza-se o indivíduo num equilíbrio mente – alma – corpo, a visão clínica debruçava-se meramente no estudo do corpo. O médico estaria circunscrito aos eventos materiais e físicos, subestimando-se assim a sua parte humanista. Posteriormente, nos inícios do século XX, com o avanço das ciências sociais e humanas, a definição da prática médica modificou-se realçando a importância dos fenómenos emocionais, compreendendo então a visão meramente científica como insuficiente e limitada. Com esta nova perspectiva, a arte da medicina deixou de estar apenas estritamente limitada ao estudo do corpo, passando-se a conceitualizar o indivíduo no seu todo estendendo-se tal conhecimento às dimensões emocionais, culturais e sociais (Pessoti, 1996).

No entanto, esta nova conceção da arte médica, vem abalar os seus alicerces clássicos, contrariando um pouco a ideia de que, a característica mais valorizada no médico é a sua competência técnica. Esta conceção pressupõe que, quem exerce esta arte, não poderá basear-se unicamente na sua aprendizagem teórica e prática, mas também nas suas competências humanas, enfatizando-se a formação técnica e humanista dos médicos. Isto porque, na consulta médica, o paciente traz um conjunto de sentimentos,

pensamentos e comportamentos, os quais, o clínico deve estar sensibilizado para identificar e compreendê-los, visto ser uma mais valia no diagnóstico (Pessoti, 1996). Já na medicina geral e familiar, conhecida como intervenção de primeira linha de ação do sistema nacional de saúde (Romano, 2008; Manuila, Manuila, Lewalle & Nicoulin, 2004), tais valores ainda se enfatizam mais, visto que, esta especialidade lida com as pessoas e os seus problemas no contexto das circunstâncias das suas vidas e não como patologias. Se o objeto de estudo é o paciente, torna-se então importante compreender a forma como os pacientes encaram e se adaptam à sua doença, como lidar com o processo patológico em si. O denominador comum é a pessoa com as suas crenças, medos, expectativas e necessidades. O médico na consulta, estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma efetiva comunicação. Cada contacto entre o paciente e o seu médico, contribui para uma história em evolução e cada consulta individual, pode desenhar-se a partir da experiência previamente partilhada. O valor desta relação pessoal, que é, por si só terapêutica, é determinado pelas aptidões do EMGF no âmbito da comunicação.” (Allen et al., 2005; Anderson, Gusso & Filho, 2005).

Ao longo dos anos, tem vindo a verificar-se um aumento do sofrimento psíquico de médicos, resultante da sua prática laboral. No topo da tabela de profissões mais indutoras de stress, quem lidera são os médicos juntamente com professores, enfermeiros, policias, controladores de tráfego aéreo, bombeiros, entre outras (Frasquilho, 2005). Já na década de 60, realizavam-se estudos sobre os problemas de saúde dos médicos sob a perspetiva laboral e psicológica. Vaillant e os seus colaboradores, citado por Frasquilho (2005), verificaram uma prevalência elevada de sofrimento emocional nos médicos. Consequentemente, também um maior uso de substâncias aditivas e também elevadas taxas de suicídio. Neste sentido, ficamos a compreender que, face a qualquer tipo de perturbação no seu bem-estar, os médicos tendiam a não procurar ajuda, recorrendo à automedicação ou à negligência total do seu problema e processo terapêutico (Frasquilho, 2005).

O fenómeno de Burnout tem vindo a aumentar nesta classe profissional, dado que, os próprios profissionais estão cada vez mais cientes das alterações neles mesmos, percecionando de forma mais concreta tais sinais de desgaste. Nos estudos realizados, os maiores stressores nos clínicos gerais encontrados, foram as exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente nos ambientes organizacionais. O estudo de

Linzer e seus colaboradores, correlacionou positivamente as exigências do trabalho (multiplicidade de intervenções, longas horas de trabalho, decisões sob pressão de tempo e o trabalhar individualmente), como os stressores mais negativos, e sublinhou como moderador o apoio entre pares e o apoio familiar (Frasquilho, 2005).

Com base nestes e noutros estudos, conclui-se que, quer o trabalho sob pressão, quer os fatores sociais e ambientes inerentes ao contexto laboral, são importantes fontes de stress, encontrando-se diretamente associado à insatisfação. Por sua vez, a própria motivação do profissional para realizar o seu trabalho diminui, e torna-se uma opção desistir emocionalmente ou, em último caso, abandonar o trabalho. A desmotivação instala-se, quando se constata que o trabalho não cumpre as necessidades básicas humanas (sobrevivência; segurança; de pertença; de reconhecimento; de realização pessoal). Estão em jogo tanto motivadores extrínsecos como intrínsecos (uma energia interna que propuliona à dedicação). No caso dos médicos, usualmente os motivadores intrínsecos são o altruísmo, o humanismo, a atitude de valorizar o acto praticado, mas as altas expectativas geram ilusões que, no contacto com a realidade, se desfazem em múltiplas frustrações (Frasquilho, 2005). Por fim, realça-se que, a satisfação profissional é um indicador do sofrimento psíquico do profissional, a qual deve ser mantida em consideração nas investigações.

Em síntese, a Medicina Geral e Familiar constitui uma especialidade médica centrada na pessoa, com foco na família e orientada para a comunidade. Constitui a primeira linha de ação do Serviço Nacional de Saúde (Cuidados de Saúde Primários). A prática clínica é guiada por duas premissas fundamentais nomeadamente, a promoção de saúde e qualidade de vida, e a prevenção de comportamentos de risco (Teixeira & Leal, 1990). Ao longo dos anos, tem vindo a verificar-se um aumento do sofrimento psíquico dos médicos de família, estando estes mais propensos, mais do que qualquer outra especialidade dentro da medicina, a desenvolver fadiga por compaixão, devido a algumas características do seu ofício laboral, derivado em certa parte do envolvimento com os seus utentes (os quais acompanha numa linha de tempo longitudinal); da complexidade dos quadros clínicos; e do número elevado de utentes atendidos por dia (Frasquilho, 2005).

Fadiga e satisfação por compaixão

Em pleno século XXI, alguns autores consideram a fadiga por compaixão, uma das

principais ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde (Abendroth, 2006; Lago & Codo, 2013), principalmente nos médicos de família, que funcionam como a primeira linha de ação médica do sistema nacional de saúde. Na maior parte das vezes, os seus pacientes trazem-lhes um conjunto de experiências traumáticas às consultas. Esta relação terapêutica, expõe os profissionais a situações emocionalmente difíceis, aumentando o risco de desgaste emocional e fadiga por compaixão (Benson & Magraith, 2005).

O termo, fadiga por compaixão, pode ser encontrado na literatura com outras denominações dependendo do autor que o referencia, como por exemplo Stress Traumático Secundário (Figley e Stamm) ou por Traumatização Vicariante (Pearlman) (Stamm, 2010). O termo foi introduzido por (Joinson, 1992), aquando do seu estudo sobre o fenómeno do *burnout* em enfermeiros do serviço de urgência. Este demonstrou que, estes profissionais expostos constantemente ao sofrimento humano, demonstravam sintomas de depressão, apatia, raiva, desmotivação e improdutividade no seu trabalho (Potter et al., 2010; Ray et al., 2013). Posteriormente, Figley (1995) definiu-o como um estado de tensão/desregulação/exaustão biológica, psicológica e social, em indivíduos que direcionam os seus recursos energéticos, ao ato de cuidar de outrem sob forma de compaixão, por um período de tempo, sem se sentirem suficientemente recompensados (Figley, 1995a; 1995b; 2002; Lago & Codo, 2013; Carona, 2017). De forma genérica, corresponde ao “desvanecimento” do cuidado e da preocupação com o outro, devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão (Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

É importante salientar que, para alguns autores, o termo fadiga por compaixão e *burnout* sejam o mesmo, mas para outros não. Para Figley, embora ambos estejam relacionados e apresentem algumas similaridades, o *burnout* distingue-se da fadiga por compaixão por representar um processo, em que um profissional previamente empenhado desinveste do seu trabalho, em resposta ao *stress* e tensão causados pela profissão. Maslach considera que, o *burnout* está associado ao *stress* e à frustração que resulta na exaustão emocional, onde o indivíduo experiencia um sentido de despersonalização e de diminuída realização pessoal. Estes sentimentos relacionam-se com o aumento das expectativas do trabalho do profissional, com os agentes de *stress* interpessoais, com políticas organizacionais, no que resulta numa diminuição dos cuidados e sentimento de eficácia pessoal (Pfaff et al., 2017). Por outro lado, a fadiga por compaixão “pode surgir subitamente, quase sem aviso” (Figley, 1995b, p. 12), na sequência, por exemplo, da

exposição a um único acontecimento, e pode ser um antecedente do *burnout*, apresentando com frequência um prognóstico de recuperação mais rápida (Carona, 2017; Pfaff et al., 2017).

Deste modo, perante o sofrimento do *outro*, o profissional tende a experienciar o desejo de aliviar tal sofrimento (Figley, 2002; Sabo, 2006; Bride, Radey & Figley, 2007). Kennyston Lago afirma que, “como o próprio nome indica, a fadiga por compaixão tem como base a experiência da compaixão, definida como sendo um estado de preocupação, de aflição pelo bem-estar de outrem, tendo em vista o *stress* e o desconforto que o sofrimento alheio nos causa” (Lago & Codo, 2013, p. 214). A compaixão é uma ação altruísta que move o indivíduo a aliviar o desconforto alheio. Por sua vez, a ação altruísta envolve uma preocupação empática, que é a capacidade de se colocar na situação do outro (Lago, 2008; Potter et al., 2010). Aqui, o profissional recorre às suas capacidades empáticas, de forma a conseguir compreender a *dor* do outro, compreendendo os sentimentos e pensamentos que o outro está a vivenciar, com o fim de dar a contenção e o suporte de que o outro precisa. Com base nisto, de todas as competências, a empatia destaca-se notoriamente (Carvalho & Sá, 2011).

Outros autores defendem que, uma das consequências da fadiga por compaixão, é o distanciamento emocional, ou seja, quando os profissionais de saúde atribuem a uma pessoa, um número de processo ou de utente, estão a distanciar-se dessa pessoa, desconexando a ponte da empatia. Esta é uma das soluções que permite ao profissional não se envolver, embora a literatura defenda que, tal piora a eficácia do tratamento clínico (Goleman, 2014). Defende-se ainda que, a qualidade do profissional que presta cuidados, relaciona-se diretamente com a capacidade deste em demonstrar empatia pelos seus pacientes. Contudo, compreender o sofrimento dos pacientes, origina desgaste emocional no profissional. Tal, podê-lo-á deixar mais vulnerável e fragilizado, sendo importante que este possua estratégias de *coping*, de forma a que consiga distanciar-se da *dor* do paciente. Destaca-se assim, a acuidade que o autoconhecimento do profissional adquire na prática clínica, ainda mais nestes contextos de saúde e vulnerabilidade social (Figley, 1995b; 2002; Lago, 2008).

Os estudos empíricos indicam que, as profissões relacionadas com a prestação de cuidados correspondem às mais desgastantes, porém mais prazerosas. Este prazer, provém do esforço elevado na realização da tarefa por parte do profissional. Porém, para

o desgaste valer a pena, a sensação de prazer deve ser igualmente proporcional. A fadiga por compaixão acontece, quando não se consegue criar uma estratégia que faça o desgaste valer a pena, ou o trabalho está estruturado de uma forma, que não permite que o profissional faça isso (César, 2015; Lago, 2008).

Modelos teóricos

Neste sentido, Figley (1995b; 2002), desenvolveu um modelo etiológico designado por *Modelo de stress e da fadiga por compaixão*, o qual integra variáveis apontadas como as causas da fadiga por compaixão. Este modelo, pretendia explicar o processo de fadiga por compaixão, com vista a reduzir a incidência deste fenómeno. Este modelo hierárquico, explica a fadiga por compaixão através de onze fatores de 1ª, 2ª e 3ª ordem. A influência entre os fatores seria decrescente. Deste modo, Figley descreveu assim que, os fatores de 3ª ordem seriam constituídos por três fenómenos, mais concretamente: (1) capacidade empática; (2) preocupação empática; e (3) exposição ao cliente. Os fatores de 2ª ordem seriam nomeadamente: (4) resposta empática; (5) Distanciamento; e (6) Satisfação. Por sua vez, por fatores de 1ª ordem nomeadamente: (7) *stress* e/ou compaixão residual; (8) exposição prolongada aos pacientes; (9) memórias traumáticas; e (10) mudanças e/ou acontecimentos inesperados. Esta sequência “fatorial” influencia especificamente o fator central (11) fadiga por compaixão (Figley, 2002).

Aprofundando o significado de cada fator temos que, relativamente aos fatores de 3ª ordem, a (1) capacidade empática seria a peça fundamental na ajuda e na recuperação da outra pessoa, sendo considerada como a aptidão do profissional para entender a dor do outro. Os elementos subjacentes a esta capacidade, seriam então, a capacidade de prestar atenção ao conteúdo que o paciente expõe, bem como devolver a sua perspectiva. Salienta-se ainda que, a capacidade empática interliga-se com a motivação do indivíduo em querer ajudar os outros. Associado a este fator temos a dimensão (2) preocupação empática, a qual o autor caracteriza como a motivação do profissional para dar resposta às necessidades dos seus pacientes. Esta baseia-se assim, num treino de competências, que visam melhorar o acompanhamento das pessoas. Por fim, o último fator de 3ª ordem - (3) exposição ao cliente-, segundo o qual Figley descreveu como sendo, a experiência emocional sentida pelos profissionais ao sofrimento dos outros. Contudo, o autor destaca ainda que, uma elevada exposição a este tipo de sofrimento, poderá resultar por vezes em

comportamentos de fuga e/ou evitamento (Figley, 2002).

Os fatores de 2ª ordem, nada são mais do que o produto da interação entre estas três variáveis supracitadas. O autor designou este produtor por (4) resposta empática. Esta simboliza a capacidade que os profissionais têm em reduzir o sofrimento do paciente, através da compreensão empática. Esta variável é tida em consideração, uma vez que é necessário, que o profissional projete em si sentimentos, pensamentos, e comportamentos do paciente, de forma a que se crie uma aliança terapêutica. Os outros fatores (5) Distanciamento e (6) Satisfação, são tidos como fatores que diminuem e/ou tendem a prevenir a fadiga por compaixão. Estes refletem, o grau de capacidade consciente e racional do indivíduo em conseguir um distanciamento do seu paciente, bem como pela capacidade deste em sentir-se satisfeito com o seu trabalho (Figley, 2002).

Sucessivamente, seguem-se os fatores de 1ª ordem, destacando-se que o fator – resposta empática – influencia o factor (7) *stress*/compaixão residual. Este é designado pela energia emocional dispensada pelo indivíduo, a partir da resposta empática e da sua ação em aliviar o sofrimento do outro. No entanto é de salientar que, toda esta carga emocional, pode resultar num impacto negativo sobre o sistema imunológico e na qualidade de vida do indivíduo, resultando a fadiga por compaixão, caso este não consiga controlar o *stress* ao qual é exposto. Ainda nesta linha, temos o fator (8) exposição prolongada aos pacientes, o qual reflete o sentido contínuo da responsabilidade dos profissionais à exposição prolongada ao sofrimento dos seus pacientes. Todavia, o autor refere que, quanto mais longo for o período de pausas sobre os eventos de *stress*, melhor será recuperação do indivíduo. O factor (9) memórias traumáticas, incorpora todos os flashbacks e pensamentos intrusivos, que causam reações negativas ao nível emocional no indivíduo. Por fim, o último fator que influencia a manifestação da fadiga por compaixão – (10) mudanças/acontecimentos inesperados – refere-se a acontecimentos que podem ocorrer na vida do indivíduo (médico) ou dos seus pacientes, que tendem a influenciar o equilíbrio destes (por exemplo: doenças súbitas; mudanças associadas aos estilos de vida; morte de familiares; mudanças conjugais; entre outros) (Figley, 2002).

Em suma, este modelo da fadiga por compaixão segundo Figley sugere que, o esgotamento deriva do *stress* traumático secundário, resultante da preocupação empática, que por vezes, está associado à incapacidade em encontrar mecanismos, que promovam a satisfação em aliviar o sofrimento do outro. Já a satisfação é encarada como o

sentimento de concretização, na medida em que, o profissional consegue o distanciamento necessário para a criação de uma barreira ao nível da exposição do *stress* traumático secundário. Segundo o autor, será necessário sensibilizar os profissionais sobre as temáticas a abordar, e realizar a dessensibilização dos eventos traumáticos, de forma a minimizar consideravelmente o grau de desconforto e maximizar a exposição aos estímulos, que a maioria das pessoas encara como angustiantes (Figley, 2002).

No entanto, todos estes pressupostos, foram sofrendo alterações ao longo do tempo, sendo necessária a reformulação deste modelo. Figley (2014), veio acrescentar ao modelo anteriormente descrito, a noção de resiliência, reformulando-o e designando-o por *Modelo da fadiga por compaixão e resiliência*. Esta reformulação, pretende estimar o grau de risco de desenvolvimento de fadiga por compaixão em profissionais que cuidam do sofrimento do outro, bem como, entender de que modo, as suas experiências pessoais e laborais influenciam o sentimento de eficácia do profissional em relação ao seu trabalho (Figley, 2014).

Ao modelo anterior foram substituídos os fatores – Distanciamento; Satisfação; e Mudanças/acontecimentos inesperados –, por três novos fatores, nomeadamente dois fatores de 2ª ordem – (1) autorregulação e (2) satisfação por compaixão e apoio –, e um fator de 1ª ordem designadamente – (3) novas fontes de *stress*. Nesta sequência, o autor considera que a (1) autorregulação é o grau em que o profissional gere eficazmente o impacto do *stress*, separando a sua vida pessoal da sua vida profissional, de forma a sentir-se capacitado. Já o fator (2) satisfação por compaixão e apoio, é visto como o grau em que o profissional se sente ao mais alto nível de satisfação e apoio para com as pessoas com quem trabalha. Por fim, o fator (3) Novas fontes de *stress*, refere-se a cenários de *stress* e de situações que provocam um ajusto emocional por parte do indivíduo (Figley, 2014).

Destaque-se, que este modelo teórico, vem enfatizar a recuperação do profissional, face às adversidades e a situações que o tenham exposto a grandes quantidades de *stress*. O principal objetivo deste modelo, é a rápida recuperação do trauma. Todos estes fatores mencionados, tendem a ajudar os profissionais que lidam constantemente com o sofrimento dos outros, a adotar medidas que façam diminuir a fadiga e que aumente a capacidade de resiliência, de autorregulação, de satisfação por compaixão, e essencialmente de gestão do *stress* imposto pela vida pessoal e profissional (Figley, 2002;

2014).

Posteriormente, Stamm (2005) introduziu ao trabalho de Figley (1995), o conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP) (Duarte, 2017). Para estes, tal conceito caracteriza-se pelo quanto o indivíduo (profissional de saúde), sente-se bem por ajudar a atenuar o sofrimento alheio, e pelo prazer que este tem em sentir-se socialmente útil. Isto, corresponde ao grau de gratificação do indivíduo, relativamente à sua capacidade em ajudar os outros, tendo uma atitude (ou presença) positiva no mundo, pautando-se pela diferença (Stamm, 2009; Carona, 2017). O conceito de qualidade de vida profissional é complexo, porque está associado a características do ambiente de trabalho (organizacional e tarefa), às características pessoais do indivíduo e à exposição do mesmo a traumas primários e secundários no ambiente de trabalho. Este conceito, retrata a qualidade que os indivíduos que prestam cuidados a outrem sentem, provenientes do seu trabalho, sendo um tema cada vez mais alvo de interesse científico. Tal foco, advém das pesquisas realizadas ao longo dos anos, que vêm demonstrando que, os indivíduos cuja profissão passa por ajudar outras pessoas, estão expostos a agentes traumáticos correndo risco de desenvolver sintomas negativos associados a *burnout*, depressão e perturbação de *stress* pós-traumático (Stamm, 2010).

Na maioria das circunstâncias, ações que expressam compaixão e empatia, geram custos psicológicos, que em alguns casos, podem levar o indivíduo ao esgotamento, devido à gradual redução da sua capacidade de suportar a dor e a aflição alheia. A literatura, mostra que esta sensação, provém do equilíbrio psicológico entre as experiências positivas no trabalho (satisfação por compaixão), que ocorre quando o profissional experimenta alegria por ajudar os outros e negativas (fadiga por compaixão), que envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração com o trabalho, típicos de *burnout*, como também traumas relacionados com o trabalho, típicos do *stress* traumático secundário (Barbosa, Souza & Moreira, 2014). Relativamente ao fator positivo – satisfação por compaixão –, este refere-se aos afetos positivos vivenciados no âmbito do trabalho. Por exemplo, sentir-se capaz de ajudar, de fazer a diferença, sendo efetivo, atencioso e recompensado pelos seus esforços no trabalho. Dito de outra forma, esta dimensão refere-se ao prazer que o profissional retira do seu trabalho e de poder contribuir de forma ativa e positiva para o bem-estar da sociedade (Stamm, 2010). Por antítese, o fator negativo - fadiga por compaixão -, é constituído pelas vivências negativas

do trabalho, inerentes à atividade de cuidar. Por sua vez, este segundo polo divide-se em duas partes: uma envolve exaustão, frustração e irritabilidade típicas do *burnout*; a outra envolve medos e traumas típicos do *stress* traumático secundário, já que o profissional cuidador pode absorver medos e angústias da pessoa de quem cuida. Sublinhe-se que, *burnout* neste modelo teórico, é visto como uma dimensão da fadiga por compaixão, referindo-se a um esgotamento físico e psíquico, que surge como reação ao *stress* crônico do trabalho, enquanto o *stress* traumático secundário é um tipo de perturbação psíquica que pode afetar aquelas pessoas que, de forma direta ou indireta se deixam envolver pelo sofrimento do outro (Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Stamm, 2010).

Estes profissionais começam a apresentar respostas somáticas e/ ou defensivas em relação ao seu trabalho (Lago & Codo, 2013). A um nível sintomatológico, tendem a demonstrar uma elevada perda de esperança e de significado (Portnoy, 2011), ansiedade (Abendroth & Flannery, 2006; Sabo, 2006; Lago, 2008), dificuldades de concentração, maior irritabilidade, insónias, flashbacks, sonhos, e pensamentos intrusivos acerca da experiência traumática dos seus pacientes. O indivíduo tende a recorrer ao evitamento de contacto com elementos que lhe lembrem o acontecimento traumático do seu paciente (evitamento de pensamentos/sentimentos, evitamento de situações, atividades ou locais, evitamentos sociais), conduzindo ao isolamento do indivíduo (Pfaff et al., 2017). Este poderá experienciar a nível emocional, uma sensação de incapacidade de conseguir ajudar o outro, sentimentos de culpa, raiva, medo ou tristeza. Também a nível somático é consistente o aumento de problemas de saúde tais como: dificuldades respiratórias e cardíacas; perturbações do sono e de apetite; aumento de dores musculares (Portnoy, 2011; Ray et al., 2013). Alguns estudos, apontam que, existe um maior risco de significativas mudanças emocionais, comportamentais e cognitivas nestes (Bride, Radey & Figley, 2007; Carvalho & Sá, 2011). Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de fadiga por compaixão, tal passa por trabalhar com pacientes que sofreram eventos traumáticos; um histórico próprio de eventos traumáticos; ter relacionamentos prolongados com os pacientes; falta de sistemas de apoio; falta de experiência; desequilíbrio entre trabalho e vida pessoal; ausência de autoconhecimento (Carvalho & Sá, 2011; Sabo, 2006; El-bar et al., 2013). Paralelamente, em relação aos fatores de proteção, estes podem ser: o apoio social adequado, o desenvolvimento pessoal e ocupacional e o autoconhecimento (El-bar et al., 2013).

Evidências empíricas

Em termos empíricos, estudos demonstraram que, pontuações mais elevadas na dimensão – satisfação por compaixão (SC) – constitui um indicador de que existe compromisso e empenho profissional. Refletir-se-á nestas pontuações, que possivelmente o indivíduo sente-se apoiado, recebe incentivos ou lida tendencialmente melhor com os agentes de *stress* laborais. Tal, também poderá refletir que, a sobrecarga de trabalho pode não ser um problema para este indivíduo, dado que possivelmente sente-se gratificado por ajudar os seus pacientes, e que por sua vez os seus esforços parecem ser reconhecidos. Por outro lado, se as pontuações de fadiga por compaixão forem elevadas, tal poderá ser um reflexo de um desequilíbrio emocional de natureza não patológica, entre indivíduo/organização (Stamm, 2010; Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Lago & Codo, 2013).

Relativamente à influência de variáveis sociodemográficas nestes fenómenos, as opiniões são paradoxais. A maioria dos estudos realizados não apontam haver diferenças significativas em relação ao género (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010). Todavia, outros estudos salientaram haver diferenças em relação ao género, no sentido em que as mulheres parecem apresentar maiores níveis de *burnout* e conseqüente menor satisfação por compaixão, comparativamente aos homens (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Relativamente à variável idade e/ou anos de profissão, as conclusões dos estudos diferem igualmente. O estudo de Craig e Sprang (2010) verificou que, os profissionais mais jovens apresentam níveis mais elevados de *burnout*, comparativamente aos mais velhos, que apresentam níveis mais elevados de satisfação por compaixão. Tais informações, parecem sugerir que, os níveis elevados de *burnout*, associam-se a profissionais mais jovens e no início da sua carreira laboral (Potter et al., 2010). Porém, a grande parte dos autores não comprova diferenças significativas ao nível destes dados (Stamm, 2010). Outro estudo relevante, verificou a existência de fatores preditivos de *burnout* e/ou fadiga por compaixão tais como: excesso de carga horária; recurso a medicamentos; e relações interpessoais pobres com os colegas de trabalho. Pelo contrário, mostrou-se ser preditivo de satisfação por compaixão, fatores como: um nível de escolaridade mais baixo; relações interpessoais positivas com os colegas; ou prática de meditação (Murray et al., 2009).

Já o estudo de Gleichgerrcht e Decety (2013) demonstrou que, os médicos que demonstravam maior dificuldade na regulação emocional, parecem estar mais propensos

à exaustão emocional e ao menor sentimento de realização pessoal. Por oposição, os que demonstravam menores dificuldades a estes níveis, parecem demonstrar maiores níveis de satisfação por compaixão na sua prática clínica. Ou seja, os médicos que têm maior autoconhecimento (Benson & Magraith, 2005), e que regulam as suas emoções, têm maior tendência a apresentar maiores níveis de satisfação por compaixão, e consequentes menores níveis de fadiga por compaixão (Gleichgerricht & Decety, 2013; Lown, 2016). Tal, ajuda-nos a compreender que, o autoconhecimento do médico, poderá constituir um fator protetor da fadiga por compaixão.

Empatia

O termo empatia deriva do grego *empathéia* ou «sentir dentro», - onde o prefixo *em-* significa “dentro” e *pathos* significa “sofrimento ou paixão”, um termo inicialmente usado pelos teóricos para representar a capacidade de apreender a experiência subjetiva de outrem (Goleman, 1997). Também designado como o fenómeno de “identificação emocional com o eu do outro; compreensão mútua”, num ato de compreender e valorizar os sentimentos de outrem (Melo & Costa, 2008, p.597). Em 1909, Edward Titchener psicólogo estruturalista norte americano, propôs o termo *empathy* para expressar a definição *Einführung*, conceção alemã referente ao processo pelo qual o *self* do indivíduo se projeta no objeto percecionado (Hojat et al., 2002).

Modelos teóricos

Durante décadas, os estudiosos tentaram descrever e compreender o fenómeno da empatia. Contudo, notou-se uma conceptualização unidimensional da empatia, emergindo duas abordagens díspares de caracterizar o conceito – a empatia cognitiva e a empatia emocional (Davis, 2006). A abordagem cognitiva da empatia, caracteriza-a como a capacidade de ver o mundo externo a partir da perspectiva de outra pessoa, permitindo-nos compreender as experiências, o estado mental e os sentimentos internos desta, e em simultâneo gerir as nossas próprias emoções (Hojat et al., 2002; Goleman, 2014). Por outro lado, a abordagem emocional ou afetiva da empatia, retrata-a como a capacidade de partilhar dos estados emocionais da outra pessoa. O domínio emocional envolve a capacidade de entrar ou participar das experiências e sentimentos do outro (Hojat et al., 2002).

Deste prisma, sendo a empatia um construto multidimensional e multifásico compreendemos que, os componentes cognitivos e emocionais deste construto encontram-se numa relação de interdependência, em que ambos se influenciam mutuamente. Assim, embora alguns autores tendessem a separá-los, Davis e outros autores, provaram que tal tornaria a definição deste fenómeno algo redutível. Deste modo, é crescente a aceitação de uma terceira abordagem, que compreende a empatia como um fenómeno multidimensional, que inevitavelmente inclui componentes cognitivos e emocionais (Limpo, Alves & Castro, 2010; Davis, 2006). Neste sentido, Davis (1996; 2006), define assim a empatia, como sendo um “conjunto de construções que conecta as respostas de um indivíduo às experiências de outro. Essas construções, incluem especificamente os processos de QI que ocorrem dentro do observador e os resultados afetivos e não afetivos resultantes desses processos.” (p.443, Davis, 2006). De acordo com isto, o autor propôs um modelo organizacional, que estabelece as conexões entre esses diferentes construtos, defendendo que, durante um típico episódio empático, onde o indivíduo (observador) é exposto a uma situação de análise de alguém (alvo), desencadeia neste, um conjunto de respostas. Davis identificou quatro componentes sequenciais neste episódio, designadamente: antecedentes; processos; consequências intrapessoais; e consequências interpessoais (Davis, 1996; 2006). Em relação ao primeiro componente desta estrutura – antecedentes –, este engloba as características do observador, alvo ou situação que influenciam de alguma forma o episódio. Relativamente à pessoa, está subjacente a sua predisposição biológica, a sua personalidade e as suas experiências de vida. Já a situação, engloba quer o grau e/ou força desta, bem como o grau de semelhança entre observador e alvo. O segundo componente – processos –, refere-se aos mecanismos particulares, pelos quais os resultados empáticos são produzidos. Tais mecanismos podem ser não-cognitivos (exemplo: mimetismo motor), cognitivos-simples (exemplo: condicionamento clássico), e ainda cognitivos-avançados (exemplo: tomada de perspectiva). Relativamente aos resultados intrapessoais da exposição à situação, poder-se-á obter no observador, respostas de natureza cognitiva (exemplo: atribuição de julgamentos), emocional (exemplo: preocupação empática), e ainda motivacionais (e.g. valorização dos resultados dos outros). Por fim, quanto ao último componente deste modelo – resultados interpessoais –, este refere-se às respostas comportamentais direcionadas ao alvo, tal como comportamentos de ajuda ou de agressão social (Limpo,

Alves & Castro, 2010).

Destaca-se ainda que, Davis (2006) especificou que cada componente é influenciado por aquele que a antecede, e influencia o que se lhe segue. Resumidamente, os antecedentes vão influenciar todo o episódio empático, e em particular os processos cognitivos, afetivos e/ou motivacionais. Estes processos vão gerar respostas intrapessoais, que por sua vez, determinam respostas interpessoais (o comportamento manifesto do observador face ao alvo e/ou situação) (Limpo, Alves & Castro, 2010).

Com base nesta conceptualização teórica, Davis construiu um índice capaz de avaliar este construto à luz do modelo que propôs, designando-o por *Índice de Reatividade Interpessoal* (IRI), o qual pretende avaliar separadamente as variações individuais quer do domínio cognitivo, quer do domínio emocional (Davis, 1980). Assim, o IRI estrutura-se em quatro subescalas: tomada de perspectiva (TP); preocupação empática (PE); desconforto pessoal (DP); e fantasia (F) (Davis, 1980). Relativamente à primeira subescala, esta refere-se à tendência que o indivíduo tem em eleger o ponto de vista do outro. Por outras palavras, refere-se à capacidade cognitiva direcionada para a compreensão e coordenação de perceções do outro, com vista a resolver conflitos interpessoais. A segunda, corresponde à capacidade do indivíduo em avaliar e sentir com o outro, sendo capaz de reconhecer as suas próprias emoções e necessidades. A terceira, mede as reações emocionais de ansiedade e desconforto que o indivíduo sente perante situações contextuais de tensão, isto é, avalia o sentimento de tensão e desconforto que o indivíduo sente face à necessidade do outro, gerando em si sentimentos e comportamentos de evitamento e/ou distanciamento, em vez de comportamentos de ajuda para com o outro. Por fim, a última subescala – fantasia –, refere-se à maior propensão dos indivíduos em se transporem para os sentimentos e comportamentos de personagens fictícias, ou seja, corresponde à capacidade do indivíduo em identificar-se com personagens ficcionais, sentindo uma proximidade a estas personagens, relativas às emoções ou necessidades do personagem (Davis, 1996; 1980; Limpo, Alves & Castro, 2010; De Corte et al., 2007).

Empatia médica

Indo ao encontro deste estudo, em que o nosso público-alvo são médicos, é importante destacar o construto de empatia médica. O conceito de empatia direcionado para as ciências médicas, foi descrito pela primeira vez por William Osler em 1963, o

qual afirmava, que o médico deveria controlar e/ou neutralizar as suas emoções no decorrer da sua prática clínica, para que fosse capaz de estudar a vida “interior” do seu paciente, e não partilhar o sofrimento com este (Bratek et al., 2015). Este recomendou aos médicos, o que chamou de «cuidado desprendido». Isso poderia significar bloquear a empatia emocional, mas na prática, poderá por vezes levar ao bloqueamento total da empatia (Goleman, 2014).

Estudos neurobiológicos, corroboram esta ideia (empatia cognitiva), pois descobriram que perante uma situação de tensão e/ou sofrimento, os médicos conseguem manterem-se focados enquanto o ambiente se encontra desorganizado (Goleman, 2014; Decety & Jackson, 2004). Este bloqueamento ou aparente anestesia, derivado da junção temporal-parietal e das regiões do córtex pré-frontal, permite-lhes que ao “desligarem-se das suas emoções” consigam tomar decisões sob pressão de forma mais rápida e racional, para que encontrem soluções lógicas. Destaca-se que, este funcionamento cognitivo mais propenso nos médicos do que em outras pessoas, parece advir do facto destes, serem desde cedo ao longo do seu percurso académico e profissional, formatados e/ou treinados para reagirem cognitivamente desta forma. Todavia, esta forma de empatia poderá constituir uma desvantagem, uma vez que tal, conduzi-los-á a uma possível eliminação de pistas emocionais e por conseguinte, perder um pouco da sua capacidade empática (Goleman, 2014).

A *Society of General Internal Medicine* acrescenta que, o médico deve reconhecer os estados emocionais do seu paciente, sem os experienciar ele próprio. No contexto de consulta médica, Mercer e Reynolds (2002), e ainda Hojat et al (2002), caracterizam a empatia médica como um atributo cognitivo (e não emocional), ao qual subjaz a capacidade de compreender (e não de sentir) as experiências, preocupações e perspetivas internas do outro, interligada com a capacidade de comunicar (Kataoka, Koide, Hojat & Gonnella, 2012; Magalhães, DeChamplain, Salgueira & Costa, 2010). Estas conceções de empatia indicam uma sobrevalorização desta enquanto capacidade cognitiva, em detrimento da emocional (Halpern, 2003; 2007).

Assente no modelo organizacional da empatia de Davis (1983), os autores Larson e Yao (2005), aproximam a definição de empatia clínica da definição de empatia proposta por Davis (1983), considerando que, as características do médico, do paciente e da situação onde o encontro clínico acontece, podem interferir no processo empático. Este, por sua

vez, envolve componentes cognitivos de complexidades diferentes que implicam processos intrapessoais – reações afetivas/emocionais e reações não afetivas – e interpessoais – comportamentos sociais de ajuda e resolução de conflitos. Como resultado do processo empático, o médico pode vivenciar satisfação profissional ou *burnout*, enquanto os pacientes tendem a manifestar maior satisfação e melhores resultados terapêuticos. Halpern (2003), vem realçar a impossibilidade da neutralidade emocional do médico na interação com o paciente, tal como Osler dizia. A autora destaca que, as emoções internas percebidas pelo médico, servem de pistas na condução da investigação clínica do paciente, contando que o profissional esteja de facto apto para lidar com isso. Por contraste, o completo afastamento emocional do médico, pode dificultar a sua capacidade de imaginar a condição vivenciada pelo seu paciente e impossibilitá-lo de comunicar congruentemente com o que é sentido pelo paciente.

Evidências empíricas

No que concerne às evidências empíricas, estas demonstram uma relação entre o construto da capacidade empática e algumas variáveis sociodemográficas. No que respeita ao género, a maioria dos estudos empíricos sugerem que, o género feminino apresenta ser mais empático comparativamente ao género oposto (Hojat et al., 2002; Alcorta-Garza et al., 2005; De Corte et al., 2007). Existem várias explicações para estas diferenças entre géneros. Uma delas é baseada na teoria evolucionista do investimento parental, segundo a qual é esperado que as mulheres desenvolvam um maior sentimento de carinho e proteção em relação aos seus filhos do que os homens, sendo mais capazes de perceber as necessidades dos mesmos. Há um possível paralelismo entre estas aptidões em relação aos filhos e a empatia em relação aos pacientes. Outra das explicações, relaciona-se com os diferentes papéis expetáveis em relação a cada género. Também se defende que, as mulheres têm uma maior tendência para desenvolver relações interpessoais e oferecer maior suporte emocional, mostrando também uma sensibilidade social e humanista, enquanto que os homens, tendem a adotar atitudes mais orientadas pela justiça, domínio, independência e controlo (Magalhães et al., 2011). Outros autores sugerem ainda que, ao nível neurobiológico os estudos de ressonância magnética revelam diferenças de género no córtex frontal inferior, o que sugere diferenças no sistema de neurónios, espelho entre homens e mulheres (Bratek et al., 2015).

Relativamente à idade e também aos anos de profissão, constatou-se que o nível de fantasia e desconforto pessoal parecem diminuir ao longo do tempo, significando que a capacidade de imaginar uma situação hipotética diminui e que os médicos tendem a lidar emocionalmente melhor com o sofrimento dos pacientes. Verificou-se ainda que, a capacidade de empatizar dos estudantes de medicina parece apresentar ligeiras oscilações e/ou flutuações ao longo do tempo, embora não estatisticamente significativas (Bratek et al., 2015).

Em síntese destaca-se que, vários aspetos da empatia evoluem em direções opostas: a tomada de perspectiva aumenta, enquanto a fantasia e o desconforto pessoal diminuem com o tempo, o que significa que os médicos sentem menos desconforto pelo sofrimento dos pacientes do que os estudantes de medicina, o que é positivo, pois evita a exaustão emocional. O aumento da perspectiva, permite uma melhor compreensão das reclamações do paciente e o estabelecimento de uma relação médico-paciente satisfatória (Bratek et al., 2015). Ou seja, maior capacidade de tomada de perspectiva está associada a maiores sentimentos de preocupação empática pelos outros e menos sentimentos de mal-estar pessoal diante das experiências negativas dos outros (Davis, 1980).

A relação entre satisfação e fadiga por compaixão e a empatia

Embora saibamos que, a empatia é um fator central na prática médica e no relacionamento médico-paciente, há menos concordância sobre os potenciais efeitos negativos do *stress* ou angústia no profissional de ajuda e nos pacientes, especialmente quando o médico perde a sua capacidade empática em resultado da fadiga por compaixão (Cunningham, 2004; Figley, 1995; Siebert, 2004). Se por um lado, a empatia é fundamental para a aliança terapêutica, por outro, a empatia sem a capacidade de permanecer separado do paciente e das suas emoções, aumenta o risco de fadiga por compaixão (Carvalho & Sá, 2011). Assim, a mesma capacidade empática que leva o profissional a agir e ajudar o outro, pode ao mesmo tempo colocar em risco o seu bem-estar (Figley, 1995; 2002; 1999; Lago, 2008; Decety & Lamm, 2006; Rothchild, 2006). Alguns estudos afirmam que, se por um lado, os indivíduos mais empáticos parecem retirar mais satisfação da prestação de cuidados aos outros e experienciar menos sintomas de *burnout*, por outro, a sua preocupação empática também parece ser um factor de risco para a fadiga por compaixão (Figley, 1995; Lago, 2008).

O estudo de Gleichgerrcht e Decety (2013), acerca da empatia clínica e dos fatores que podem prejudicar a experiência dos médicos na sua prática profissional, demonstrou que, a satisfação por compaixão associa-se fortemente à preocupação empática e à tomada de perspectiva, enquanto que, a fadiga por compaixão relaciona-se ao desconforto pessoal. Neste estudo, a variável género sobressai na dimensão da preocupação empática, com o género feminino a demonstrar pontuações mais altas, conduzindo a sentimentos mais negativos. Ou seja, as mulheres demonstraram aparentemente estar mais exaustas do que os homens. Na preocupação empática, estas tendem a pontuar níveis significativamente superiores à dos homens. Por sua vez, tais valores, justificam também o facto, destas apresentarem maiores níveis de exaustão emocional. Já a variável – anos de profissão –, não revelou qualquer significância, tal como outros estudos documentam que, os valores são semelhantes em relação aos anos de profissão relativamente à fadiga por compaixão. Todavia, existem estudos que revelam que, pessoas com mais idade, na maioria das profissões, parecem estar menos vulneráveis à fadiga por compaixão.

Assim, as evidências empíricas que relacionam o ProQOL-5 com o IRI demonstram que, maiores valores de fadiga por compaixão, refletem menores níveis de preocupação empática e tomada de perspectiva, bem como, maiores níveis de desconforto pessoal. Os resultados do estudo de Thomas e Otis (2010), indicaram que as subescalas que medem a preocupação empática e o desconforto pessoal, demonstraram uma associação significativa, embora fraca, com a satisfação por compaixão. A relação significativa, entre os níveis mais altos de satisfação por compaixão, e de preocupação empática na IRI indica que, a preocupação com os outros, contribui para o senso de significado e de realização do profissional (Thomas & Otis, 2010). Esse resultado, foi consistente com as recentes reflexões de Bride, Radey e Figley (2007) e Stamm (2010), que também enfatizaram a importância de considerar os efeitos positivos do cuidado. Parte desta relação entre a preocupação empática e a fadiga por compaixão (medidas no ProQOL-5 pelas dimensões do *burnout* e *stress* traumático secundário), poderá ser explicada, pelo facto do contacto com o outro em sofrimento, gerar no profissional uma resposta afetiva de empatia, ou seja, sentimentos de compaixão e preocupação com o outro. Caso o profissional se torne imerso nas suas reações emocionais subjetivas, poderá torna-se difícil distanciar-se da situação e adotar uma perspectiva mais objetiva, podendo então desenvolver uma resposta emocional negativa (fadiga por compaixão) ao contacto com o sofrimento do outro

(Klimecki & Singer, 2011). Por fim, Gleichgerrcht e Decety (2013), demonstraram igualmente que, o comportamento pró-social, reflete maiores níveis de satisfação por compaixão. Por conseguinte, ajudar os outros, pode influenciar negativamente o bem-estar do médico, caso a distinção eu-outro se torne menos clara, e este não possua bons recursos cognitivos e boas capacidades de autorregulação emocional, deixando-se afetar negativamente pelos custos da empatia, juntamente com as exigências da sua tarefa laboral (fadiga por compaixão). Ou pelo contrário, pode influenciar positivamente o bem-estar do clínico, que se sente satisfeito e realizado consigo mesmo e com o seu trabalho (satisfação por compaixão).

Concluindo, o cuidar do outro pode por um lado propiciar experiências positivas geradoras de satisfação (por compaixão), ou por outro negativas (fadiga por compaixão). A partir de revisão bibliográfica sobre o tema, verifiquei que, trabalhar sistematicamente com a dor e sofrimento alheio, envolve um custo emocional, positivo e/ou negativo, para os médicos de família. É a partir do «contacto afetivo», que o médico de família consegue compreender e atuar sobre o quadro clínico do seu paciente. Como a arte da medicina geral e familiar é centrada na pessoa, com foco na família e orientada para a comunidade, o paradoxo residirá no facto desta «abertura afetiva», possibilitada por uma maior capacidade empática do médico, poder despontar sofrimento ao clínico, afetando tanto a qualidade dos seus serviços como a sua qualidade de vida (Lago, 2008).

É ainda reduzido o conhecimento que temos acerca da satisfação e fadiga por compaixão em relação à empatia. No entanto, a compreensão de uma possível relação entre estes construtos, torna-se essencial, isto porque os diversos aspetos que contribuem para a capacidade empática, poderem constituir fatores potenciais de risco e/ou protetores da qualidade de vida profissional. Analisando tais relações, será possível intervir-se no futuro com mais precisão, atuando sobre a fadiga por compaixão, contribuindo assim, para a qualidade dos serviços do Sistema Nacional de Saúde.

Método

Objetivos do estudo

A presente investigação tem como objetivo contribuir para a melhoria do conhecimento acerca dos fatores internos (satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e empatia), que influenciam os profissionais de medicina familiar,

combatendo a lacuna de informação acerca desta temática principalmente em Portugal. Mais especificamente pretende-se: (1) caracterizar os níveis de qualidade de vida profissional e de empatia na nossa amostra; (2) analisar estes fenómenos em função de algumas variáveis sociodemográficas mais descritas na literatura, particularmente o género, a idade e os anos de profissão; (3) compreender as intra-relações e inter-relações entre a qualidade de vida profissional e a empatia, verificando a eventual existência de relações estatisticamente significativas; e ainda (4) analisar quais as variáveis em estudo capazes de prever a satisfação por compaixão, o *burnout* e o *stress* traumático secundário.

Participantes

Nesta investigação participaram 38 médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar do ACES Estuário do Tejo – ARSLVT, com idades compreendidas entre 26 e 68 anos ($M = 44.34$, $DP = 14.520$), constituída maioritariamente, por médicos do género feminino (63.2%), em vínculo laboral por tempo indeterminado ou efetivo (65.8%), e cujos anos de serviço oscilam entre os 2 a 41 anos ($M = 18.13$, $DP = 14.827$). Quanto à prática clínica, verificou-se uma carga horária de trabalho semanal de 30 a 52 horas ($M = 41.05$; $DP = 4.047$), a atender semanalmente 40 a 250 utentes ($M = 107.50$; $DP = 33.100$). Os dados demográficos da amostra do estudo podem ser consultados na tabela 1.

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica da amostra (N=38)

Variáveis	N (%)	M (DP)
Género		
Feminino	24 (63.2)	
Masculino	14 (36.8)	
Idade		
26-31 anos	9 (23.7)	
32-38 anos	11 (28.9)	
39-61 anos	10 (26.3)	
62-68 anos	8 (21.1)	
Estado Conjugal		
Solteiro	10 (26.3)	

Casado	19 (50.0)	
União de facto	4 (10.5)	
Divorciado	4 (10.5)	
Viúvo	1 (2.6)	
Anos de Profissão		
2-6 anos	13 (34.2)	
7-9 anos	6 (15.8)	
10-36 anos	9 (23.7)	
37-41 anos	10 (26.3)	
Vínculo Laboral		
Efetivo	25 (65.8)	
Contratado	13 (34.2)	
Horas de trabalho (em média) por dia		8.13 (0.741)
Horas de trabalho (em média) por semana		41.05 (4.047)
Nº de utentes atendidos (por semana)		107.50 (33.100)

Instrumentos de medida

No âmbito desta investigação, recorreu-se à utilização de um leque de instrumentos de medida das quais constam nomeadamente: o Questionário Sociodemográfico; a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) versão cinco (Stamm, 2009); e o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) (David, 1983). Relativamente, ao *Questionário Sociodemográfico*, este inclui informações gerais referentes a cada participante, tais como: Idade, Género, Estado Conjugal, Anos de Profissão, Vínculo Laboral, bem como, informações específicas do contexto laboral, como Carga Horária e Número de Utentes Atendidos (em média).

A *Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL; Professional Quality of Life; Stamm, 2005, versão cinco Stamm, 2009; versão portuguesa de Carvalho & Sá, 2011)* é composta por trinta itens de autorresposta, distribuídos equitativamente pelas três subescalas do instrumento, nomeadamente: satisfação de paixão (SC), *burnout* (BO) e *stress* traumático secundário (STS). Este instrumento é recomendado para objetivos de pesquisa e não de diagnóstico. De forma sucinta, esta ferramenta de medida, visa avaliar a qualidade da vida laboral em profissionais de saúde (Stamm, 2010; Duarte, 2017). A

dimensão da satisfação por compaixão, avalia o grau de satisfação do profissional de saúde relativamente ao seu trabalho, abrangendo as vivências positivas relativas ao seu contexto laboral, isto é, sentimentos de realização, satisfação e prazer ao desempenhar as suas funções laborais. Inclui itens como “Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros” ou ainda, “Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho”. Já a dimensão do *burnout*, avalia sentimentos de desesperança, insucesso e incapacidade experienciados pelo profissional, em resolver e lidar com os problemas adjacentes ao seu contexto laboral de forma eficaz, ilustrado por itens tais como: “Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho como cuidador(a)” ou ainda “Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho, porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo”. Por fim, a dimensão do *stress* traumático secundário, avalia a exposição secundária do profissional de saúde a eventos traumáticos decorrentes da prestação de cuidados. Salienta-se então que, esta exposição poderá acarretar consequências nefastas para o profissional (caso não esteja familiarizado com o contexto), como dificuldades ao nível do sono, sentimentos de medo, imagens intrusivas ou evitamento de lembranças das experiências traumáticas do paciente. Subjaz a esta dimensão itens como “Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador” ou “Eu evito certas atividades ou situações, porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei” (Stamm, 2010).

O tipo de escala deste instrumento consiste numa escala de *Likert* de 5 pontos, no qual o 1) nunca, 2) raramente, 3) por vezes, 4) frequentemente e 5) muito frequentemente. É de frisar que, o instrumento em questão, contém itens invertidos, nomeadamente os itens 1;4;15;17 e 29, sendo que a cotação destes deverá ser realizada de forma antagónica à escala de *likert* supracitada anteriormente. A cotação do ProQOL-5 é realizada através do cálculo da soma das respostas, em cada uma das subescalas, SC, BO e STS. Os valores obtidos enquadram-se em três níveis: baixo (≤ 22); moderado/médio ($23 \leq x \leq 41$); e elevado (≥ 42) (Stamm, 2010). Saliente-se que, o estudo de Carvalho e Sá (2011) de aferição do ProQOL-V à população portuguesa obteve ao nível da consistência interna para as três subescalas ($\alpha = .86, .71$ e $.83$), valores estes análogos aos obtidos por Stamm (2009) no ProQOL versão cinco, ($\alpha = .88, .75$ e $.81$).

O *Índice de Reatividade Interpessoal (IRI; Interpersonal Reactivity Index; David, 1980, 1983; versão portuguesa de Limpo, Alves & Castro, 2010)*, avalia a empatia à luz

de um modelo multidimensional. Este pretende mensurar a percepção que os indivíduos têm acerca da sua capacidade empática, quer ao nível das competências de empatia cognitiva, quer de empatia emocional. É composto por vinte e quatro itens, distribuídos por quatro subescalas, designadamente por: (1) tomada de perspetiva (TP) que avalia a frequência com a qual o indivíduo assume naturalmente o ponto de vista dos outros, exemplificado por itens do tipo “Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão.”, ou ainda “Quando estou aborrecido(a) com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento.”; (2) preocupação empática (PE), que mede a capacidade que o indivíduo tem em se preocupar com o outro, sendo capaz de demonstrar compaixão por este, face a uma experiência negativa, exemplificado por itens do tipo “Fico muitas vezes emocionado(a) com coisas que vejo acontecer.”; (3) desconforto pessoal (DP), que avalia o grau de ansiedade que o indivíduo vivencia numa relação interpessoal, através de itens como “Estar numa situação emocional tensa assusta-me.” ou ainda “Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido(a).”; e por fim (4) fantasia (F) que, pretende medir a eficácia das competências do indivíduo em conseguir pôr-se no contexto do outro (na realidade ou até mesmo na ficção) como é explícito nos itens “Facilmente deixo-me envolver nos sentimentos das personagens de um romance.” e “Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.”. A dimensão cognitiva da empatia é apreciada através da tomada de perspetiva, e a dimensão emocional pelas restantes subescalas (Davis, 1980; 1983; Pulos, Elison & Lennon, 2004; De Corte et al., 2007).

Quanto à escala de resposta, é pedido ao participante que indique, para cada item, em que medida a afirmação/item se aplica a si mesmo, usando uma escala de cinco níveis de resposta (0 = Não me descreve bem) a (4 = Descreve-me muito bem). A cotação do questionário é obtida através da média por subescala. Destaca-se que, nos itens invertidos (2, 3, 6, 10, 11, 12 e 15) a cotação é igualmente invertida (Limpo, Alves & Castro, 2010). No estudo de tradução e adaptação deste instrumento à população portuguesa, o mesmo demonstrou qualidades psicométricas semelhantes à versão original (alfa de Cronbach = 0.82); especificamente, o alfa de Cronbach = 0.74 para a subescala “Tomada de Perspetiva”, 0.77 para a subescala “Preocupação Empática”, 0.81 para a subescala “Desconforto Pessoal” e 0.83 para a subescala “Fantasia” (Limpo, Alves & Castro, 2010).

O IRI apresenta excelentes qualidades psicométricas, nomeadamente uma elevada consistência interna e confiabilidade de teste-reteste (Davis, 1980), para além de integrar a empatia num modelo teórico multidimensional.

Procedimento de recolha e análise dos dados

Os dados foram recolhidos nos locais de trabalho dos participantes, através da entrega por parte da diretora dos centros de saúde, em reunião. Foram entregues em envelope fechado, os instrumentos acima mencionados, e posteriormente recolhidos já devidamente preenchidos pelos participantes, permanecendo o anonimato. Inicialmente foi feita uma descrição exaustiva da investigação a realizar, sendo avaliada pela comissão de ética da ARSLVT, e posteriormente tendo a autorização do diretor da ARSLVT. A aplicação dos questionários teve em consideração cuidados ético-deontológicos da Ordem dos Psicólogos Portugueses, através do prévio preenchimento de um consentimento informado, informando os participantes acerca do objetivo da investigação, bem como, da confidencialidade dos dados, da voluntariedade da sua participação e da possibilidade de desistência. Saliente-se que, optou-se pela amostragem não-probabilística, nomeadamente amostragem de conveniência (Maroco, 2018), pelo que o critério de elegibilidade dos participantes foi serem médicos de Medicina Geral e Familiar daquela região.

Os dados foram introduzidos e tratados com recurso ao *software estatístico IBM SPSS Statistics*, versão 24.0 for *Windows*. Procedeu-se à exploração do ficheiro e tratamento estatístico das variáveis. Realizou-se a identificação e tratamento de dados omissos nas variáveis de interesse para o estudo, eliminando-os da base de dados. Relativamente às variáveis sociodemográficas, as variáveis idade e anos de profissão foram reconfiguradas/categorizadas por classes, sendo criadas outras novas variáveis, tendo sido atribuída a notação de (26-31 anos; 32-38 anos; 39-61 anos; 62-68 anos) e de (2-6 anos; 7-9 anos; 10-36 anos; 37-41 anos), respetivamente. As subescalas do ProQOL-5 foram recodificadas, sendo que se categorizou as dimensões SC, BO e STS em níveis, nomeadamente: baixo (≤ 22); moderado/médio ($23 \leq x \leq 41$); e elevado (≥ 42). O mesmo procedimento se estendeu às quatro dimensões do IRI, sendo considerado os seguintes níveis: nível baixo (≤ 1); nível médio (2); e nível elevado (≥ 3).

Num primeiro momento, recorreu-se a estatísticas descritivas com o objetivo de

conhecer-se e caracterizar-se a amostra ao nível sociodemográfico, assim como, das subescalas por níveis de cada um dos instrumentos, através de estatísticas de tendência central (M , Mdn e Mo), de dispersão (valores mínimo e máximo, e DP), e ainda percentis. O pressuposto de normalidade foi verificado através do rácio crítico (assimetria e curtose), $[-1.96 \leq \text{Assimetria}/\text{Std error}_{\text{assimetria}} \leq 1.96]$ e curtose $[-1.96 \leq \text{Curtose}/\text{Std error}_{\text{curtose}} \leq 1.96]$ (Maroco, 2014; Pestana & Gameiro, 2008); e através dos testes de normalidade, nomeadamente o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors ($N \geq 30$). Confirmou-se assim que, a distribuição é normal para as variáveis em estudo ($p > .05$) em ambos os instrumentos. Deste modo, utilizou-se testes paramétricos (Maroco, 2014; Pestana & Gameiro, 2008). Analisou-se a eventual existência de *outliers* nas variáveis dependentes. Por sua vez, testou-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias das variáveis em análise, através do teste de *Levene*, tendo-se assegurado ($p > .05$) este pressuposto para a maioria das variáveis de ambos os instrumentos utilizados no estudo.

Num segundo momento, recorreu-se aos testes *t-student* para amostras independentes, em função de analisar-se as diferenças entre a variável género e as diferentes dimensões dos dois instrumentos. Salvaguarda-se que, a dimensão do *stress* traumático secundário com o género, falhou no teste de homogeneidade sendo considerados os valores do “Equal variances not assumed”. Recorreu-se à Análise de Variância Univariada (ANOVA) *one-way* para variáveis com mais de dois grupos, com objetivo de verificar-se as diferenças entre as dimensões – SC, BO, STS, TP, PE, F, DP – em função das variáveis idade e anos de profissão. Saliente-se que, entre a variável idade e a dimensão Preocupação Empática, foi utilizado o teste de Welch/ANOVA de Welch em casos de violação do pressuposto de homogeneidade das variâncias ($p < .05$), tal como é indicado (Maroco, 2014; Pestana & Gameiro, 2008).

Num terceiro momento, realizou-se uma análise de correlações através, do coeficiente de correlação de Pearson, sendo possível analisar-se as relações entre as variáveis de interesse para o estudo (Maroco, 2014; Pestana & Gameiro, 2008), inclusive compreender a magnitude do efeito entre estas (Cohen, 1988). Como extensão da análise de correlações, recorreu-se ainda, ao Modelo de Regressão Linear Univariado com propósito de conhecer-se os preditores das dimensões da satisfação por compaixão, do *burnout* e do *stress* traumático secundário. Salvaguarda-se que, todos os pré-requisitos

do Modelo de Regressão Linear Univariado foram assegurados (Maroco, 2014; Pestana & Gameiro, 2008).

Resultados

Qualidade de vida profissional

Numa análise estatística descritiva dos dados verificou-se que, tal como apresenta a tabela 2, que 65.8% dos participantes apresentam níveis moderado e 34.2% elevado de satisfação por compaixão. Já 60.5% apresenta nível moderado de *burnout* e 55.3% de *stress* traumático secundário. Com base nestes resultados, verificou-se que 25 dos médicos da nossa amostra apresentam nível moderado satisfação por compaixão, e nenhum deles nível baixo. Observou-se ainda que, 15 dos médicos apresentam nível baixo de *burnout*, e 23 nível moderado. Em relação ao *stress* traumático secundário, 21 dos médicos apresentam nível moderado e 17 nível baixo. Para ambas estas últimas dimensões não se verificaram pontuações a nível elevado.

Tabela 2

Análise descritiva das dimensões do ProQOL-5 (N=38)

Dimensões	Nível Baixo	Nível Moderado	Nível Elevado
	N (%)	N (%)	N (%)
Satisfação por Compaixão	—	25 (65.8)	13 (34.2)
<i>Burnout</i>	15 (39.5)	23 (60.5)	—
<i>Stress</i> Traumático Secundário	17 (44.7)	21 (55.3)	—

Estes resultados sugerem que, ao nível do *burnout* e do *stress* traumático secundário, os 38 médicos da nossa amostra apresentam níveis baixos a moderados. Inversamente, verificaram-se, níveis moderados a elevados de satisfação por compaixão. Contudo, a interpretação destes resultados obtidos deve ser feita com cuidado, uma vez que, as dimensões *burnout* e *stress* traumático secundário apresentaram níveis ligeiramente moderados, 60.5% e 55.3% respetivamente. De facto, tais resultados poderão indicar que, a nossa amostra, poderá demonstrar algum risco de fadiga por compaixão.

Para estudarmos a relação das dimensões da *Escala de Qualidade de Vida Profissional* (ProQOL-5) e a variável sociodemográfica – gênero –, recorreu-se ao teste *t-student* para amostras independentes, em função das diferentes subescalas. Os resultados obtidos indicaram que, para dimensão da satisfação por compaixão, o gênero feminino ($M = 39.29$) e masculino ($M = 40.50$); $t(36) = -.81, p = .421$, IC a 95% [-4.221, 1.804], g (de Hedges) = $-.27$; do *burnout*, gênero feminino ($M = 23.79$) e masculino ($M = 24.36$); $t(36) = -.37, p = .715$, IC a 95% [-3.685, 2.554], $g = -.12$; e do *stress* traumático secundário, feminino ($M = 24.08$) e masculino ($M = 22.57$); $t(35,194) = 1.56, p = .128$, IC a 95% [-.458, 3.481], $g = .43$. Assim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a todas as dimensões, entre indivíduos do gênero feminino e do gênero masculino.

Relativamente à variável idade, os resultados obtidos através da Análise de Variância Univariada (ANOVA *one-way*) demonstraram que, para a satisfação por compaixão [$F(3, 34) = 2.66, p = .064, \eta^2_p = .190$, potência = $.60$]; *burnout* [$F(3, 34) = 1.70, p = .186, \eta^2_p = .130$, potência = $.40$]; e *stress* traumático secundário [$F(3, 34) = .64, p = .595, \eta^2_p = .053$, potência = $.17$], não existem diferenças estatísticas significativas ($p > .05$) entre as várias idades dos participantes. Comparativamente à variável anos de profissão, os resultados obtidos demonstraram que, para a satisfação por compaixão [$F(3, 34) = 1.66, p = .194, \eta^2_p = .128$, potência = $.40$]; *burnout* [$F(3, 34) = .49, p = .691, \eta^2_p = .042$, potência = $.14$]; e *stress* traumático secundário [$F(3, 34) = .30, p = .825, \eta^2_p = .026$, potência = $.10$], não existem diferenças estatísticas significativas ($p > .05$) entre os vários anos de experiência dos participantes.

Empatia

Com base nos resultados obtidos da análise estatística descritiva, os resultados da tabela 3 permitiram verificar que, no geral, os 38 médicos da nossa amostra apresentam ao nível da capacidade empática, maiores níveis de tomada de perspectiva (76.3%) e preocupação empática (52.6%), comparativamente a menores níveis de desconforto pessoal (44.7%) e fantasia (26.3%).

Tabela 3

Análise descritiva das dimensões do IRI (N=38)

Dimensões	Nível Baixo	Nível Médio	Nível Elevado
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
Tomada de Perspetiva	—	9 (23.7)	29 (76.3)
Preocupação Empática	—	18 (47.4)	20 (52.6)
Fantasia	10 (26.3)	21 (55.3)	7 (18.4)
Desconforto Pessoal	17 (44.7)	20 (52.6)	1 (2.6)

Os resultados ilustrados na tabela 3 permitem-nos verificar que, ao nível elevado da empatia, a nossa amostra apresenta maior empatia cognitiva (tomada de perspetiva, 76.3%), comparativamente a uma menor empatia emocional (preocupação empática, fantasia e desconforto pessoal, 73.6%).

Em conformidade com o teste *t-student* para amostras independentes, em função das diferentes subescalas do IRI, verificou-se a eventual existência de diferenças significativas entre “género feminino” e “género masculino”. Observou-se que, tomada de perspetiva, o género feminino ($M = 2.72$) e masculino ($M = 2.89$); $t(36) = -1.03$, $p = .310$, IC a 95% [-.507, .165], g de Hedges = -.34; preocupação empática, o género feminino ($M = 2.53$) e masculino ($M = 2.57$); $t(36) = -.24$, $p = .811$, IC a 95% [-.411, .324], g de Hedges = -.07; fantasia, o género feminino ($M = 1.90$) e masculino ($M = 1.76$); $t(36) = .54$, $p = .595$, IC a 95% [-.373, .641], g de Hedges = .18; e desconforto pessoal, o género feminino ($M = 1.56$) e masculino ($M = 1.36$); $t(36) = 1.03$, $p = .309$, IC a 95% [-.191, .588], g de Hedges = .34. Os resultados obtidos permitem-nos averiguar que, na nossa amostra, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre indivíduos do género feminino e do género masculino.

Os resultados das ANOVA *one-way* efetuadas, para a variável idade com mais de dois grupos (26-31 anos; 32-38 anos; 39-61 anos; e 62-68 anos, permitiram averiguar: tomada de perspetiva [$F(3, 34) = .16$, $p = .924$, $\eta^2_p = .014$, potência = .08]; fantasia [$F(3, 34) = 2.44$, $p = .081$, $\eta^2_p = .177$, potência = .56]; e desconforto Pessoal [$F(3, 34) = .54$, $p = .659$, $\eta^2_p = .045$, potência = .15]. Pela ANOVA Welch temos, preocupação empática [$F(3, 34) = 1.02$, $p = .395$, $\eta^2_p = .083$, potência = .25]. Deste modo, não se

verificaram diferenças estatísticas significativas ($p > .05$) entre as várias idades dos participantes. Em relação à variável – anos de profissão – os resultados obtidos atestaram: tomada de perspectiva [$F(3, 34) = .82, p = .492, \eta^2_p = .067, \text{potência} = .21$]; preocupação empática [$F(3, 34) = 1.63, p = .200, \eta^2_p = .126, \text{potência} = .39$]; fantasia [$F(3, 34) = 2.67, p = .063, \eta^2_p = .190, \text{potência} = .60$]; e desconforto pessoal [$F(3, 34) = .51, p = .678, \eta^2_p = .043, \text{potência} = .14$]. Assim, a partir destes resultados, verificou-se que, não existem diferenças estatísticas significativas ($p > .05$) entre os vários anos de experiência dos participantes.

Qualidade de Vida Profissional e a Empatia

As relações entre os construtos

Com vista a conhecer e compreender como se relacionam a qualidade de vida profissional e a empatia, recorreu-se a medidas de associação. Desta forma, através do coeficiente de correlação de Pearson, analisou-se as relações entre: (1) as dimensões do ProQOL-5; (2) as dimensões do IRI; e (3) todas as dimensões de ambos os instrumentos. Os resultados obtidos são apresentados na tabela 4.

Tabela 4

Análise de correlações entre as subescalas do ProQOL-5 e do IRI

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7
1. Satisfação por Compaixão	1						
2. <i>Burnout</i>	-.39*	1					
3. <i>Stress</i> Traumático Secundário	-.06	.43**	1				
4. Tomada de Perspetiva	.32*	-.14	-.14	1			
5. Preocupação Empática	.08	-.04	.08	.60**	1		
6. Fantasia	-.14	.03	.05	.18	.30	1	
7. Desconforto Pessoal	-.34*	.06	.19	-.23	-.01	-.09	1

Nota. $N = 38$. *correlação é significativa para $p < .05$ (bilateral). **correlação é significativa para $p < .01$ (bilateral).

Os resultados obtidos, através do coeficiente de correlação de Pearson, demonstraram

que, dentro das dimensões do ProQOL-5, verificou-se uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a satisfação por compaixão e o *burnout*. Desta forma, com uma magnitude de efeito moderada (Cohen, 1988) constata-se que, em média, maiores pontuações de satisfação por compaixão associa-se a menores pontuações de *burnout* ($r(38) = -.39, p < .05$). Observa-se ainda que, com uma magnitude de efeito igualmente moderada (Cohen, 1988), maiores pontuações do *burnout* relaciona-se significativamente com maiores pontuações do *stress* traumático secundário ($r(38) = .43, p < .01$).

Relativamente às subescalas do IRI, verificou-se que, com uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988) em média, maiores pontuações de tomada de perspectiva estão associados a maiores pontuações de preocupação empática ($r(38) = .60, p < .01$). Ainda desta análise de correlações verificou-se que, com uma magnitude de efeito moderada (Cohen, 1988), maiores pontuações de satisfação por compaixão estão associadas a maiores pontuações de tomada de perspectiva ($r(38) = .32, p < .05$); e contrariamente, a menores de desconforto pessoal ($r(38) = -.34, p < .05$).

Os preditores entre os construtos

Neste ponto, pretendeu-se conhecer e compreender, quais são e de que forma as variáveis em estudo contribuem significativamente para explicar os fenómenos da satisfação por compaixão, do *burnout* e do *stress* traumático secundário. Relativamente à dimensão da satisfação por compaixão, numa regressão linear múltipla, com método *Backward* (Maroco, 2014), foram testados dois modelos possíveis: modelo 1 (tomada de perspectiva e desconforto pessoal enquanto preditores da satisfação por compaixão) e modelo 2 (desconforto pessoal enquanto preditor da satisfação por compaixão).

Este procedimento indicou que, o modelo mais parcimonioso capaz de prever a satisfação por compaixão seria o modelo que se inclui como preditor apenas a variável desconforto pessoal (modelo 2). Isto porque, a análise das estimativas dos coeficientes do modelo linear atestou que, embora os valores da Tolerância = .95 (Tolerância >.1) e do VIF = 1.06 (VIF <.10) indicassem que não existia multicolinearidade entre as variáveis independentes do modelo 1, verificou-se que pelo coeficiente (β) da tomada de perspectiva, que este não demonstra ser relevante para o modelo ($t=1.64, p >.05$).

Desta forma, perante tais resultados, considerou-se que de facto, o modelo mais parcimonioso seria o modelo 2. Neste sentido, e visto que se reduziu o número de

variáveis independentes para uma, a Regressão Linear Univariada Simples com o método *Enter* (tabela 5) indicou que, existe uma correlação moderada ($r(1,36) = .34$) (Cohen, 1988) entre a variável independente (desconforto pessoal) e a de resposta (satisfação por compaixão). De acordo com os dados, este modelo linear permite explicar 12% (R^2) da variação da satisfação por compaixão.

Tabela 5

Regressão: desconforto pessoal a prever a satisfação por compaixão

Variável	r	R^2	$R^2_{ajustado}$	t	p	B	β
Desconforto Pessoal	.34	.12	.09	-2.17	.036	-2.62	-.34

Nota. $N = 38$. r = coeficiente de correlação de Pearson. R^2 = coeficiente de determinação. p para um nível de significância de .05. B = coeficiente não-estandardizado. β = coeficiente estandardizado.

Em relação ao nível de significância da regressão, a variável preditora (desconforto pessoal) mostrou ter uma relação linear estatisticamente significativa, com a satisfação por compaixão [$F(1, 36) = 4.720, p < .05$]. Neste sentido, aceita-se a hipótese alternativa da ANOVA da regressão verificando-se que, o ajustamento entre os modelos é diferente, sendo o modelo com preditor (desconforto pessoal) melhor do que o modelo sem preditor. Por sua vez, analisando as estimativas do coeficiente do modelo linear (tabela 5) verificou-se que, o desconforto pessoal é de facto capaz de prever o nível de satisfação por compaixão ($B = -2.62, \beta = -.34, t = -2.17, p = .036$). Concluiu-se assim que, quanto menor for o desconforto pessoal, maior será a satisfação por compaixão.

Em relação às dimensões do *burnout* e do *stress* traumático secundário, os resultados mostraram que, nenhuma dimensão do *Índice de Reatividade Interpessoal* (que mede a empatia), constituem preditores significativos destes fenómenos ($p > .05$). Neste sentido, aceita-se a hipótese nula da ANOVA da regressão apurando que, o ajustamento entre os modelos é igual. Ou seja, o modelo com possíveis preditores não explica melhor o *burnout* e *stress* traumático secundário, do que o modelo sem preditores.

Discussão

Relativamente à qualidade de vida profissional, através da análise descritiva dos níveis baixos, moderados e elevados das dimensões do ProQOL-5 verificou-se que, os 38 médicos da nossa amostra apresentaram níveis baixos a moderados de *burnout* e *stress*

traumático secundário, comparativamente a níveis moderados a elevados de satisfação por compaixão. A literatura sugere que, níveis mais elevados de satisfação por compaixão, poderá constituir um indicador de que existe compromisso e empenho profissional. Deste modo, os resultados sugerem que os médicos da nossa amostra, tendem possivelmente a sentirem-se apoiados, valorizados (reforço positivo) e de realizarem eficazmente com sucesso o seu trabalho. Com base nisto, poder-se-á pensar que, os médicos da nossa amostra, poderão lidar bem com situações laborais *stressantes*, e que os aspetos mais negativos subjacentes à sua prática (como a sobrecarga horária ou os conflitos interpessoais com os colegas), não influenciam a sua perceção de satisfação ou o seu bem-estar (Stamm, 2010; Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Lago & Codo, 2013).

Um dos objetivos deste estudo, consistia em analisar as dimensões da qualidade de vida profissional em função de algumas variáveis sociodemográficas. No tocante à variável género, os resultados obtidos não verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos do género feminino e do género masculino. Este resultado, é sustentado por estudos, que afirmam que não existem diferenças entre género relativamente à satisfação por compaixão, *burnout* e *stress* traumático secundário (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010; Gleichgerrcht & Decety, 2013). No tocante às variáveis – idade e anos de profissão – não se verificaram diferenças estatísticas significativas, sugerindo que, os médicos da nossa amostra, mais jovens ou mais velhos, e com menos ou mais anos de experiência em Medicina Geral e Familiar, não diferem nas dimensões da satisfação por compaixão, *burnout* e *stress* traumático secundário. Estes resultados, vão ao encontro da grande parte dos estudos que afirmam que, não existem diferenças significativas entre a qualidade de vida profissional e as variáveis sociodemográficas estudadas (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011; Gleichgerrcht & Decety, 2013).

No que concerne à empatia, através da análise descritiva dos níveis baixos, médios e elevados das dimensões do IRI verificou-se que, os 38 médicos de família da nossa amostra, apresentaram níveis elevados de tomada de perspetiva e preocupação empática e níveis moderados a baixos de desconforto pessoal e fantasia. Segundo a literatura, estes resultados sugerem que, a capacidade cognitiva dos médicos da nossa amostra, parece estar direcionada para a compreensão e coordenação das perceções do outro, com vista a resolver conflitos interpessoais. Indicaram ainda que, estes tendem possivelmente a

avaliar e sentir com o outro, sendo potencialmente capazes de reconhecer as suas próprias emoções e necessidades. Já os níveis moderados a baixos de desconforto pessoal, revelaram que os médicos da nossa amostra, perante situações contextuais de tensão, tendem possivelmente a adotar comportamentos de ajuda para com o outro, e não comportamentos de fuga e/ou evitamento (Davis, 1996; 1980; Limpo, Alves & Castro, 2010; De Corte et al., 2007).

Outra importante constatação, é que de acordo com os nossos resultados, se considerarmos o nível elevado da empatia, a nossa amostra de 38 médicos apresenta maior empatia cognitiva (tomada de perspectiva), comparativamente a uma menor empatia emocional (preocupação empática, fantasia e desconforto pessoal) (De Corte et al., 2007). Estes resultados são corroborados pela literatura, acerca da empatia médica que sobrevaloriza a empatia cognitiva, em detrimento da emocional (Halpern, 2003; 2007), à qual subjaz a capacidade de compreender (e não de sentir) as experiências, preocupações e perspectivas internas do outro (Mercer & Reynolds, 2002; Kataoka et al., 2012; Magalhães et al., 2010).

Um dos objetivos consistia em analisar a empatia, através das dimensões do IRI mais concretamente – tomada de perspectiva, preocupação empática, fantasia e desconforto pessoal – em função de algumas variáveis sociodemográficas. No tocante à variável género, os resultados demonstraram que, não existiram diferenças estatisticamente significativas relativamente entre indivíduos do género feminino e do género masculino. Este resultado não é sustentado empiricamente, na medida em que, inúmeros estudos afirmam que, o género feminino tende a apresentar valores mais elevados de capacidade empática comparativamente ao género masculino (Limpo, Alves & Castro, 2010; Hojat et al., 2002; Alcorta-Garza et al., 2005; De Corte et al., 2007; Rueckert & Naybar, 2008). Todavia, este resultado poderá ser justificado de certo modo pela própria profissão do indivíduo – ser médico. Isto porque, na empatia médica constata-se que, independentemente do género, verifica-se um «condicionamento cerebral» que ocorre ao longo da prática clínica (Goleman, 2014).

Acerca das variáveis – idade e anos de profissão – os resultados obtidos demonstraram que, ao nível da empatia, a nossa amostra não apontou diferenças estatísticas significativas entre as várias idades e os vários anos de experiência. Estes resultados não são sustentados pela literatura, nem pelo estudo de (Bratek et al., 2015)

que observou que, indivíduos com mais idade e/ou anos de experiência no seu trabalho, tendem a apresentar maiores pontuações de tomada de perspectiva, e menores de fantasia e desconforto pessoal.

Outro dos pontos fundamentais deste estudo, visou compreender como a qualidade de vida profissional e a empatia se relacionam entre si. Encontraram-se resultados estatisticamente significativos, nomeadamente a existência de correlações negativas entre a satisfação por compaixão e o desconforto pessoal, e correlações positivas com a tomada de perspectiva. De acordo com estes resultados, verificou-se que, a satisfação por compaixão aumenta à medida que diminui o desconforto pessoal e aumenta a tomada de perspectiva. Estes resultados são explicados pelos estudos que afirmam que, a capacidade empática dos profissionais poderá contribuir para que estes lidem eficazmente com situações adversas, apresentando maior satisfação por compaixão. Esta relação enfatiza, que o efeito do cuidar de outros pode ser positivo para o profissional (Stamm, 2010).

Embora não estatisticamente significativa, analisando a relação entre a preocupação empática e as dimensões da qualidade de vida profissional, verificou-se que a preocupação empática aumenta com a satisfação por compaixão e diminui com o *burnout*. Contudo também tende a aumentar com a dimensão do *stress* traumático secundário. Estas relações vêm corroborar a ideia de que, se por um lado os indivíduos mais empáticos parecem retirar maior satisfação por compaixão e menor *burnout*. Por outro, a sua preocupação empática também parece constituir um factor de risco para a fadiga por compaixão (maior *stress* traumático secundário) (Figley, 1995; Lago, 2008). Ou seja, por outras palavras, os indivíduos com uma maior preocupação empática, podem igualmente retirar maior satisfação da prestação de cuidados aos outros e experienciar menor fadiga por compaixão. Tal, depende das características pessoais do próprio indivíduo e dos fatores protetores de que ele dispõe, como um maior autoconhecimento, boas capacidades de regulação emocional, ou até mesmo uma boa rede de suporte emocional (Gleichgerrcht & Decety, 2013).

Destaca-se ainda que, os resultados obtidos demonstraram uma correlação negativa entre a satisfação por compaixão e o *burnout*, sugerindo que a satisfação por compaixão aumenta à medida que o *burnout* diminui. Por sua vez, verificou-se também que, o *burnout* aumenta à medida que aumenta o *stress* traumático secundário. Esta constatação é justificada na literatura, visto que, a dimensão da satisfação por compaixão relaciona-

se inversamente com o as dimensões do *burnout* e *stress* traumático secundário (Stamm, 2010). Por fim, outra relação interessante que os nossos resultados demonstraram, foi uma correlação positiva entre tomada de perspectiva e preocupação empática, verificando-se uma tendência para a tomada de perspectiva aumentar em função do aumento da preocupação empática. Esta constatação é justificada na literatura em virtude de que, o aumento da perspectiva, permite ao indivíduo uma maior compreensão das reclamações dos outros (Bratek et al., 2015), associando-se por sua vez, a maiores sentimentos de preocupação empática por parte do indivíduo pelos outros (Davis, 1980).

Após compreender-se as relações entre a qualidade de vida profissional e a empatia, verificou-se ser de interesse estudar, que variáveis seriam capazes de prever a satisfação por compaixão, o *burnout* e o *stress* traumático secundário. Deste modo, os resultados da análise de regressão, permitiram-nos verificar que, neste estudo não foi possível identificar diretamente os fatores preditores da fadiga por compaixão (fenómeno medido através das dimensões do *burnout* e o *stress* traumático secundário). Porém, este estudo permitiu determinar um modelo parcimonioso que nos permite prever a satisfação por compaixão (fenómeno este inverso à fadiga por compaixão), através de preditores como o desconforto pessoal. A literatura enumera vários preditores da satisfação por compaixão, como: relações interpessoais positivas; a prática de *mindfulness*; o reforço positivo pelo trabalho que o profissional realiza; uma boa regulação emocional; entre outras (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Kelly, Runge & Spencer, 2015; Murray et al., 2009).

Já no que toca à empatia Gleichgerrcht e Decety (2013), confirmam no seu estudo que, a tomada de perspectiva e a preocupação empática, constituem bons preditores da satisfação por compaixão, o que não foi possível constatar no presente estudo. Por outro lado, os nossos resultados vão ao encontro dos obtidos por Thomas e Otis (2010), onde no seu estudo destacaram a existência de uma relação negativa significativa entre o desconforto pessoal e satisfação de compaixão. Neste sentido, o facto de menor desconforto pessoal conseguir predizer maior satisfação por compaixão, poderá sugerir que os médicos da nossa amostra apresentam menores reações emocionais de ansiedade e desconforto perante situações contextuais de tensão (Davis, 1996; 1980; Limpo, Alves & Castro, 2010; De Corte et al., 2007) e tendem a sentirem-se apoiados, e gratificados por ajudar os seus pacientes, e que por sua vez, sentem que os seus esforços são

reconhecidos (Stamm, 2010; Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Lago & Codo, 2013).

Limitações, principais conclusões e estudos futuros

Os estudos em Portugal sobre os fatores internos (satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e a empatia) que influenciam a prática laboral, principalmente em médicos de Medicina Geral e Familiar são ainda escassos. Com base nesta lacuna, o presente estudo, vem enfatizar a pertinência de estudá-los. Contudo, não descurando os resultados obtidos, o presente estudo apresenta algumas limitações, particularmente ao nível da generalização dos resultados, devido ao tipo de amostragem de conveniência utilizado, pelo que, estudos futuros deverão utilizar outras amostras não probabilísticas ou uma amostra representativa da população (Maroco, 2014). É importante referir que, a interpretação dos resultados deste estudo, deve ser feita com cautela, devido a limitações metodológicas. Também, o facto de haver uma disparidade nos grupos amostrais quanto às variáveis predictoras, género, idade e anos de profissão, pode ter influenciado os resultados, já que o n dos grupos são diferentes. Estudos futuros deverão ter isso em consideração.

Apesar de neste estudo, se ter optado pelo IRI, dado que é um instrumento que apresenta excelentes qualidades psicométricas e considera a empatia à luz de um modelo teórico multidimensional, uma sugestão é que em futuros estudos, ao nível da empatia se utilize especificamente a escala *Jefferson Scale of Empathy* (JSE), uma vez que, esta foi diretamente desenvolvida para medir a empatia em médicos, estudantes de medicina e outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao paciente em contexto clínico. Destaca-se também que, em relação ao ProQOL-5, uma das limitações é o facto deste instrumento não medir diretamente a fadiga por compaixão como as versões anteriores, mas sim por forma indireta através do *burnout* e *stress* traumático secundário. Isto reflete-se do facto de, ainda ser controverso na literatura uma clara distinção entre os conceitos.

Outro ponto fundamental a ter em consideração em futuros estudos, é estudar-se os fenómenos de satisfação por compaixão, fadiga por compaixão, e empatia numa linha longitudinal e não transversal (como é o caso do presente estudo). Isto porque, estes fatores internos, são propícios a sofrerem alterações ao longo do tempo, derivadas a mudanças pessoais do indivíduo ou até mesmo a mudanças provindas do ambiente em que o indivíduo está inserido e interage. Seria assim interessante estudar os padrões

temporais destes fenómenos na prática laboral dos indivíduos.

Sem embargo a estas limitações, o presente estudo apresenta algumas virtudes. É de destacar, que este constitui um estudo pioneiro com a classe médica, especialmente da especialidade de Medicina Geral e Familiar, o qual dá o seu contributo inovador para a compreensão da relação entre os fenómenos de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão com variáveis quer sociodemográficas, quer variáveis relativas às capacidades empáticas dos indivíduos.

Ao longo dos anos, tem vindo a verificar-se um aumento do sofrimento psíquico dos trabalhadores resultante da sua prática laboral. O estudo realizado pela Deco, entre janeiro e fevereiro de 2018, apurou que, cerca de um terço dos trabalhadores, revelou que a profissão afeta negativamente a sua qualidade de vida e o mesmo em relação à sua saúde. No topo da tabela de profissões mais indutoras de *stress*, quem lidera são os médicos juntamente com os professores, enfermeiros, polícias, controladores de tráfego aéreo, bombeiros, entre outras (Frasquilho, 2005). Neste sentido, os resultados poderão fornecer a estudos futuros, o entusiasmo de aumentar o conhecimento (investigação) nesta área, com intuito de se criar e aplicar programas de estratégias direcionadas especificamente à prevenção da fadiga por compaixão, e por sua vez promoção da satisfação por compaixão, não só na classe médica, mas em todas as profissões que assim o exigem.

Finalizando, os dados sugerem que, neste estudo existe uma maior prevalência de satisfação por compaixão e menores níveis de fadiga por compaixão. Em relação à capacidade empática, verificou-se maiores níveis de empatia cognitiva do que empatia emocional, facto este corroborado pela literatura acerca da empatia médica, a qual indica que tal é espetável de se verificar nesta população-alvo, visto que, a nível neurobiológico os médicos são formatados para uma sobrevalorização da empatia cognitiva (tomada de perspetiva), em função de uma subvalorização da empatia emocional (preocupação empática, fantasia e desconforto pessoal). Os resultados evidenciaram que o aumento das pontuações de desconforto pessoal, enquanto dimensão da capacidade empática, prevê uma diminuição da satisfação por compaixão. Este estudo pretende despertar a atenção às entidades de saúde, acerca dos custos positivos (satisfação por compaixão) e negativos (fadiga por compaixão) do cuidar, bem como da importância dos profissionais possuírem e desenvolverem boas capacidades empáticas.

Referências bibliográficas

- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.
- Alcorta-Garza, A. González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatia médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28 (5) 57-63.
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P., & Evans, P. (2005). A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(5), 511-6.
- Anderson, M., Gusso, G., & Castro, E. (2005). Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade Family and Community Medicine: specialists in wholeness. *Revista APS*, 8(1), 61-67.
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323.
- Benson, J., & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Australian family physician*, 34(6), 497-498.
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., & Krysta, K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*, 27(1), 48-52.
- Bride, E., Radey, M., & Figley, C. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163.
- Carona, C. (2017). A importância da autocompaixão no exercício da psicologia. In C. Carona, *Pensar a Psicologia* (pp.5-14). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Carvalho, P., & Sá, L. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala "Professional quality of life 5"*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa, Porto.

César, F. (2015). Fadiga por compaixão: como tratar o desgaste emocional causado pela dor do outro. *Melhores Práticas*, 40-42.

Clucas, C., & Claire, S. (2011). Influence of patients' self-respect on their experience of feeling respected in doctor–patient interactions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 166-177.

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Craig, D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 319-339.

Cunningham, M. (2004). Teaching social workers about trauma: Reducing the risks of vicarious traumatization in the classroom. *Journal of Social Work Education*, 40, 305-321.

Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85-103.

Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. USA: Westview Press.

Davis, M. (2006). Empathy. In J. Stets & J. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotions* (pp. 443 – 462). New York: Springer.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.

Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal*, 6, 1146-1163.

- De Corte, K., Buysse, A., Verhofstadt, L. L., Roeyers, H., Ponnet, K., & Davis, M. H. (2007). Measuring empathic tendencies: Reliability and validity of the Dutch version of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychologica Belgica*, 47(4), 235-260.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology*, 5(6), 581-594.
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: contribution for the validation of the portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 4(XXXV), 529-542.
- El-bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area-a cross-sectional study. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 31.
- Figley C. (1995a). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunnar-Routledge.
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD: Sidran Press.
- Figley, C. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers and educators* (2 ed., pp. 3-28). Lutherville: Sidran.
- Figley, C. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (2014). *A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience*. Retirado de <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>.
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: compreender o stress para

- prevenir o burnout. *Acta Med Port*, 18(6), 433-44.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS ONE*, 8(4), 1-12.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2014). *Foco: o motor oculto da excelência*. Lisboa: Temas e debates.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy. *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670-674.
- Halpern, J. (2007). Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 696–700.
- Hespanhol, A., Pereira, A. C., & Pinto, A. S. (2000). Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 16(3), 183-99.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159 (9), 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Kane, G. C., & Gonnella, J. S. (2005). Relationships between scores of the Jefferson scale of physician empathy (JSPE) and the interpersonal reactivity index (IRI). *Medical teacher*, 27(7), 625-628.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M., Vergare, J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S., Isenberg, A., Veloski, J., & Gonnella, S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84, 1182–1191.
- Kataoka, H. U., Koide, N., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Medical Education*,

12(1), 48.

Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522-528.

Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp.368– 383). New York: Oxford University Press.

Lago, K. (2008). *Fadiga por Compaixão: quando ajudar dói*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 231-221.

Larson, B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106.

Limpo, T., Alves, A., & Castro, L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171-184.

Lown, B. (2016). A social neuroscience-informed model for teaching and practising compassion in health care. *Medical Education*, 50, 332–342.

Magalhães, E., DeChamplain, A., Salgueira, A., & Costa, M. (2010). Empatia Médica: Adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 77-89.

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico*. (3ª edição). Lisboa: Climepsi editores.

Maroco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number.

- Maroco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Portugal: ReportNumber.
- Melo, A., & Costa, J. (2008). *Dicionário de língua portuguesa* (7ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Mercer, S., & Reynolds, W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, 9-13.
- Murray, M., Logan, T., Simmons, K., Kramer, M. B., Brown, E., Hake, S., & Madsen, M. (2009). Secondary traumatic stress, burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in trauma nurses. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 1-17.
- Pessoti, I. (1996). A formação humanística do médico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29, 440-448.
- Pestana, M., & Gameiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfaff, K., Freeman-Gibb, L., Patrick, L., DiBiase, R., & Moretti, O. (2017). Reducing the “cost of caring” in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of interprofessional care*, 31(4), 512-519.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62.
- Portnoy, D. (2011). Burnout and Compassion Fatigue: Watch for the Signs. *Journal of the Catholic Health Association of United States: Health Progress*, 47-50.
- Pulos, S., Elison, J., & Lennon, R. (2004). Hierarchical structure of the Interpersonal Reactivity Index. *Social Behavior and Personality*, 32, 355-360.
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255-267.

- Romano, V. F. (2008). A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18, 13-25.
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W.Norton.
- Rueckert, L., & Naybar, N. (2008). Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain and Cognition*, 67 (2), 162-167.
- Sabo, B. (2006). Compassion Fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.
- Siebert, D. (2004). Depression in North Carolina social workers: Implications for practice and research. *Social Work Research*, 28(1), 30-40.
- Stamm, B. (2005). *The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales*. Lutherville, MD: Sidran Press. Retrieved from <http://tinyurl.com/27sopm5>
- Stamm, B. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Retirado de www.proqol.org.
- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.
- Teixeira, J., & Leal, I. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 4(8), 453-458.
- Thomas, J., & Otis, M. (2010). Intrapyschic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83-98.
- Van Dulmen, A., & Bensing, J. (2002). Health promoting effects of the physician patient encounter. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 289-300.

Anexos

Anexo B

Índice de Reatividade Interpessoal (Mark Davis, 1983)

Leia, por favor, as seguintes afirmações. Escolha um número numa escala de 0 a 4, em que **0** = “Não me descreve bem” e **4** = “Descreve-me muito bem”, sendo os restantes níveis intermédios. Faça um círculo à volta do número que melhor se aproxima de si, em cada frase. Não pense muito na resposta – a primeira que lhe ocorrer é, normalmente, a melhor.

1.Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu. [PE]	0	1	2	3	4
2.De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros. [TP] [i]	0	1	2	3	4
3.Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas. [PE] [i]	0	1	2	3	4
4.Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance. [F]	0	1	2	3	4
5.Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva. [DP]	0	1	2	3	4
6.Habitualmente mantenho a objetividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo. (F) [i]	0	1	2	3	4
7.Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão. [TP]	0	1	2	3	4
8.Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger. [PE]	0	1	2	3	4
9.Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspetiva de ver as coisas. [TP]	0	1	2	3	4
10.É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme. [F] [i]	0	1	2	3	4
11.Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma. [DP] [i]	0	1	2	3	4
12.As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito. [PE] [i]	0	1	2	3	4
13.Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens. [F]	0	1	2	3	4
14.Estar numa situação emocional tensa assusta-me. [DP]	0	1	2	3	4

15.Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências. [DP] [i]	0	1	2	3	4
16.Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer. [PE]	0	1	2	3	4
17.Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos. [TP]	0	1	2	3	4
18.Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole. [PE]	0	1	2	3	4
19.Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista. [F]	0	1	2	3	4
20.Tendo a perder o controlo em situações de emergência. [DP]	0	1	2	3	4
21.Quando estou aborrecido/aborrecida com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento. [TP]	0	1	2	3	4
22.Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo. [F]	0	1	2	3	4
23.Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido/perdida. [DP]	0	1	2	3	4
24.Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar. [TP]	0	1	2	3	4