

**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização / Psicologia Clínica

Dissertação

**Penso logo existo. Cuido logo sofro?: Um estudo sobre fadiga por compaixão e função reflexiva em médicos de família**

João Pedro Soeiro Fernandes

Orientador(es) / Isabel Maria Mesquita

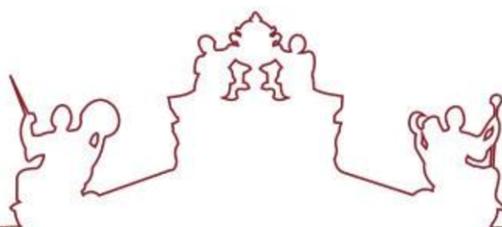
Évora 2021

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização / Psicologia Clínica

Dissertação

**Penso logo existo. Cuido logo sofro?: Um estudo sobre fadiga por compaixão e função reflexiva em médicos de família**

João Pedro Soeiro Fernandes

Orientador(es) / Isabel Maria Mesquita

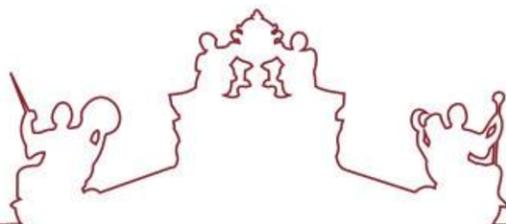
Évora 2021

---

---

---

---



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

Presidente / Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)

Vogais / Carla Semedo (Universidade de Évora) (Arguente)  
Isabel Maria Mesquita (Universidade de Évora) (Orientador)

É bom também ter contrariedades  
Sem nunca perder a fantasia  
Tentar, falhar, sofrer, perder  
Um tempo para duvidar

Dobrar o empenho e humildade  
É pintar cada momento de alegria  
Ver que a chuva parou  
O melro assobiou  
Deixem lá contagiar-se que eu  
Estou pronto para ganhar o dia.

(Diabo na Cruz – Ganhar o Dia)

## **Agradecimentos**

Após uma luta quase diária contra pressão, tempo, arrependimentos, frustração e incertezas é hora de agradecer a todos aqueles que nem por um momento deixaram de acreditar em mim e que de uma forma ou de outra me incentivaram a continuar.

À professora Isabel Mesquita, por todo o apoio demonstrado ao longo da construção desta dissertação, guiando-me em momentos chave que possibilitaram e levaram a bom porto este processo reflexivo a que me propus.

À minha namorada, Margarida, por todo o amor, amizade, paciência, compreensão e apoio que me tem dado ao longo destes anos. Se houve momentos em que pensei em desistir foste tu quem me deu forças para continuar e por isso, estou eternamente grato. Que esta etapa nos permita conquistar tudo o que quisermos, juntos!

Aos meus pais, Ana e José, por me permitirem seguir o meu próprio caminho, fosse ele qual fosse demonstrando sempre um apoio incondicional seguindo e celebrando de perto todas as minhas conquistas e estando ao meu lado sempre que precisei. Que assim seja.

Ao meu irmão, Nuno, o melhor e mais antigo amigo que tenho, por em todas as alturas da minha vida ser o meu conselheiro, o meu braço direito. Obrigado por tudo.

Aos meus avôs, Ana e Jacinto, que com 80 anos vêm o seu segundo neto formado. Obrigado por terem sempre a palavra amiga de apoio e de confiança que me ampara, conforta e me empurra para diante.

Ao Dinis, meu sobrinho, que com apenas um ano de idade e com um sorriso de um só dente, sem saber, me deu forças para seguir os meus sonhos.

A todos os meus amigos (Rio Maior Basket, Residência António Gedeão, afilhado, gente de Rio Maior) obrigado por todos os momentos de companheirismo e boa disposição ao longo deste tempo. Que haja sempre a oportunidade de nos juntarmos à volta de uma mesa recheada.

A todos, o meu sincero obrigado.

*“Diz lá, valeu a pena a travessia? Valeu pois.”*

## Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	vi
Abstract.....	vii
Introdução .....	1
Parte I – Enquadramento Teórico .....	3
1. Medicina Familiar e o papel do Médico.....	3
1.1. Contexto Português .....	4
1.2. Unidades de Saúde Primárias: unidades de saúde familiar (USFA/USFAB), modelo A e B e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) .....	5
2. Qualidade de Vida Profissional.....	7
3. Complexidades da Compaixão .....	10
3.1. Diferença entre Empatia e Compaixão .....	10
3.2. Fadiga por Compaixão .....	11
4. Função Reflexiva.....	13
4.1. Conceito de Função Reflexiva ou Mentalização .....	13
5. Relação Médico-Paciente e o seu impacto na saúde mental de ambos .....	15
Parte II – Estudo Empírico .....	17
Método.....	17
Pertinência do Estudo .....	17
Objetivos do Estudo.....	17
Participantes.....	18
Instrumentos.....	19
Questionário de Função Reflexiva 8 (RFQ-8) .....	19
Escala de Qualidade de Vida - PROQOL .....	21
Procedimento de Recolha de Dados .....	22
Procedimento de Tratamento de Dados e Análise Estatística.....	22
Resultados.....	23
Análise Descritiva dos Instrumentos .....	23
Análise Correlacional .....	24
Discussão .....	28
Limitações, Principais Conclusões e sugestões para estudos futuros.....	32
Referências Bibliográficas.....	34
Anexos .....	41

# **Penso logo existo. Cuido logo sofro?: Um estudo sobre fadiga por compaixão e função reflexiva em médicos de família**

## **Resumo**

Esta investigação tem como principal objetivo reconhecer de que forma a Fadiga por Compaixão e a Função Reflexiva influenciam a qualidade de vida profissional nos técnicos de medicina familiar. A amostra será constituída por sujeitos com idades compreendidas entre 25 e 65 anos, de ambos os sexos, de nacionalidade portuguesa e que estejam neste momento em funções como médico de saúde familiar, inseridos em centros de saúde ou Unidades de Saúde Familiar (modelo A ou B) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Para este fim foi desenhado um estudo quantitativo de forma a reconhecer o significado do fenómeno em estudo, tendo em consideração a perspetiva dos inquiridos. A recolha de informação irá assentar em dois questionários que são: Questionário de Função Reflexiva 8 (RFQ-8) e Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL).

**Palavras-Chave:** Fadiga por Compaixão; Médicos de Família; Função Reflexiva; Qualidade de vida Profissional

**I think therefore I am. I take care therefore I suffer?: A study on compassion  
fatigue and reflective function in family doctors**

**Abstract**

This research has as main objective to recognize how the Compassionate fatigue and Reflective Function influence the quality of professional life in the family medicine technicians. The sample will be made up of subjects between 25 and 65 years of age, of both sexes, of Portuguese nationality, who are currently working as a family health doctor, inserted in health centers or Family Health Units (model A or B) and Personalized Health Care Units. For this purpose a quantitative study was designed in order to recognize the meaning of the phenomenon under study, taking into account the perspective of the respondents. The collection of information will be based on two questionnaires that are: Reflective Function Questionnaire 8 (RFQ-8) and Professional Life Quality Scale (ProQOL).

**Key-Words:** Compassionate fatigue; Family physician; Reflective function; Quality of professional life

## **Introdução**

A medicina, sendo um dos campos da ciência que tem sido mais investida ao longo do último século, e por razões autoexplicativas, sofreu várias alterações da sua definição e na sua forma de aplicabilidade às sociedades. Hoje em dia essa definição está cada vez mais a retirar o foco da doença e seu tratamento e a olhar para o sujeito no seu todo – visão biopsicossocial. O entendimento da saúde já não passa mais pelos níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Aos dias de hoje este entendimento passa pela percepção de como os indivíduos potenciam a sua saúde e como consegue responder positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) dum ambiente (familiar, laboral, social, entre outros) em constante mudança.

Tal exige aos médicos que conheçam a fundo o seu paciente, não só a sua doença, através do estabelecimento de uma relação com bases na confiança, empatia e compaixão, que promova, em primeiro lugar, o bem-estar físico, psíquico e social do utente, mas também o seu nível de satisfação com o serviço prestado, o que se traduz numa maior adoção de comportamentos saudáveis e uma maior adesão às terapêuticas médicas (Clucas & Claire, 2011).

Esta dissertação partiu de uma experiência que todos nós certamente já passámos ou temos conhecimento de alguém, seja amigo ou familiar, que teve experiência similar. Quantos de nós já tivemos de nos dirigir a um centro de saúde mais próximo por motivo de doença e sentimos que o atendimento não foi o melhor, existindo várias explicações tais como: “o médico não respondeu a todas as minhas questões”, “a minha situação não ficou resolvida” ou, ainda, “o médico não era nada simpático.” Segundo o último Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema Nacional de Saúde Português efetuado pela Direção-Geral da Saúde (2015) parece haver alguns resultados contraditórios face à percepção da Qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Analisemos então o estudo que englobou 2300 sujeitos onde 56.2% dos mesmos utilizaram o serviço de um Centro de Saúde nos últimos 12 meses. Apesar de as respostas relacionadas com a prestação direta médico-utente serem positivas (índices sempre superiores a 82.7%), avaliado por vários parâmetros como “oportunidade de colocar todas as questões” e “esclarecer dúvidas”, “envolvimento nas decisões sobre os cuidados de saúde e tratamentos”, “tempo despendido”, “respeito pela privacidade do utente” e qualidade do serviço pelo profissional que atendeu”, existem dados que estão abaixo do que seria esperado para um atendimento de excelência. Os primeiros resultados menos positivos surgem relacionados

com o tempo de espera desde a efetivação da consulta até ao atendimento do médico onde 45.9% dos inquiridos afirmou ter esperado mais de uma hora até ser chamado. Porém o grande contrassenso surge quando é questionado qual a “Opinião geral sobre o funcionamento do Sistema de Saúde Português?”. Neste parâmetro 80.2% dos inquiridos respondeu que o SNS necessita de pequenas mudanças/ajustamentos (25.6%), ou que necessita de grandes mudanças/ajustamentos (38.6%) ou que precisa de ser completamente reestruturado (16%). O mesmo relatório justifica estes valores como “um desejo natural do consumidor de procurar a excelência nos serviços que lhe são oferecidos”. É sobre esta percepção que esta dissertação também se debruça, olhando para os médicos de saúde familiar como centro potencializador de mudança de visão do SNS, avaliando o grau da sua Fadiga por Compaixão analisando a relação desta com a variável interna Função Reflexiva.

É consensual que para a sobrevivência do ser humano e para o seu bom desenvolvimento é necessário a relação com outros, através de relações recíprocas e de complementaridade o que implica o desenvolvimento da capacidade de antever os seus comportamentos e lhes reagir adequadamente. Chamamos a esta competência, função reflexiva, somente desenvolvida na relação com o outro (Fonagy, 2000). Consideramos que esta competência permitirá aos médicos de saúde familiar estar em contacto com o utente, com o seu sofrimento, com a sua dor, entendendo-o e ajudando-o.

A empatia, sendo essencial ao desenvolvimento da profissão médica, a sua presença sem uma boa competência reflexiva pode tornar-se um entrave no seu desempenho quando não é possível ao profissional separar-se da dor do outro, tomando-a como sua, carregando a mesma constantemente surgindo, assim, a Fadiga por Compaixão.

Perante esta contextualização do grau de satisfação dos utentes do SNS e da conceptualização breve dos dois grandes temas desta dissertação e como estão relacionados, cabe-me explicitar que o objetivo da mesma é apresentar um conjunto de bases teóricas sobre a temática, promover a reflexão, criar dúvida, e tentar perceber como nós, psicólogos, poderemos intervir e qual o nosso papel junto dos nossos colegas da área de saúde para que haja técnicos de saúde mais satisfeitos com a sua profissão e uma sociedade cada vez mais saudável, tendo em vista a redução de custos para o sector da saúde e a otimização da mesma.

Desta forma este trabalho encontra-se organizado em três partes, sendo a primeira o enquadramento teórico, que tem o objetivo diferenciar conceitos que são muito

semelhantes e que a certa altura no meu trabalho tive a necessidade de os separar ou entendê-los como evolução um do outro (como é o caso da Empatia e da Função Reflexiva) e de apresentar as teorias base dos conceitos anteriormente explicitados. A segunda parte será a do Estudo Empírico, onde é apresentada a metodologia sendo delineadas as linhas gerais, bem como, todo o procedimento, desde a análise de dados, que permite dar resposta às questões de investigação, à sua discussão. Por fim, a terceira e última parte onde constam as Considerações Finais, conclusões do estudo, as suas limitações e recomendações para investigações futuras sobre esta temática.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

### **1. Medicina Familiar e o papel do Médico**

A Medicina Familiar é uma especialização Médica que se tornou necessária e fundamental no contexto social de Portugal na década de 80 que se caracteriza em três diferentes áreas: pelas competências nucleares (do médico): onde este deve ser um gestor de cuidados primários, deve ter uma abordagem abrangente, ter uma orientação vocacional para a comunidade e uma terapêutica holística; pelas áreas de implementação, onde as competências mencionadas terão de ser implementadas em tarefas clínicas, comunicação com pacientes e gestão da prática clínica; e pelos aspetos fundamentais que se traduzem pelos aspetos do contexto, considerando o contexto pessoal, familiar, comunitário e cultural, os aspetos da atitude: baseados nas capacidades, valor e éticas profissionais do médico e por fim os aspetos científicos: adotando uma abordagem crítica da prática clínica, baseada na investigação científica, bem como mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria da qualidade contínuas (Guterres, 2015). A medicina geral e familiar é uma medicina da pessoa. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural onde a família continua a ser um contexto fundamental em ter em conta na prática profissional destes médicos - o adoecer na família, a família face à doença, a família como geradora ou modeladora dos fenómenos de doença. (Sá, 1995).

O médico de família torna-se assim o primeiro contacto dentro do sistema de saúde sendo a sua principal ferramenta a consulta onde é possível criar uma ligação médico-utente baseada na confiança que se deseja que se prolongue no tempo detendo uma responsabilidade sobre a saúde da comunidade, o que pode transformar-se numa grande

carga de responsabilidade expondo estes profissionais de saúde a queixas e sofrimento alheio (Allen, *et al.* 2005). Devido a isso, é comum que a imagem do médico de família seja associada a uma postura “fria”, sendo estes encarados pela comunidade como desapegados emocionalmente onde o médico se refugia no modelo biomédico como forma de defesa ao contágio do sofrimento do outro. Ao mesmo tempo esta postura aumenta a percepção de competência por parte dos utentes uma vez que o envolvimento emocional pode afetar a tomada de decisão, o julgamento médico e objetividade que esta profissão requer (Kerasidou & Horn, 2016).

### **1.1. Contexto Português**

De forma a reconhecer a importância do médico família no nosso país, parece-nos pertinente fazer uma breve referência à evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal. Após a Revolução Democrática de 25 de Abril de 1974 e com a Constituição de 1976 foi possível uma mudança radical de pensamento, onde o foco foi disponibilizar o direito à proteção da saúde, garantindo um acesso geral, universal e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, ou seja, que fosse tendencialmente gratuito à população. Desta forma, e em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Com a entrada de Portugal na União Europeia, em 1986, foi possível expandir as instalações e os equipamentos do SNS e com a Lei de Bases legislada em 1990 o sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde públicos de apoio e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde (Guterres, 2015).

Apesar de ao longo das duas últimas décadas ter sido notório a evolução do SNS e dos cuidados primários cedidos à população através de reformas estruturais, do reforço da rede de prestação de cuidados e de um ambicioso processo de modernização e de transformação digital, ainda existiam algumas lacunas a serem colmatadas. Conforme nos indica Magalhães (2013) no início de 2006 os cuidados de saúde primários demonstravam-se dispendiosos (para o Estado) e ineficientes, sendo que um terço da população não recorria ao seu médico de família, 15% da população não tinha médico de família e cerca de um quinto das consultas eram realizadas sem marcação prévia, o que não reflete uma imagem da prestação de saúde primários num contexto estruturado. Acrescentar que os médicos de família que trabalhavam nestas instituições, como

funcionários públicos, tinham o seu salário fixo independentemente da produtividade e qualidade de serviço.

Assim, havendo a necessidade de uma nova reforma a solução proposta foi a criação das Unidades de Saúde Familiar que seriam constituídas por pequenas equipas multiprofissionais, médicos, enfermeiros e administrativos; com autonomia organizativa, funcional e técnica; com meios de diagnóstico descentralizado; e com um sistema retributivo que premiasse a produtividade e a qualidade, através de um acréscimo, ao ordenado fixo, de um suplemento variável, atribuído através do cumprimento de objetivos pré-contratualizados (Biscaia, 2006). Teriam como missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócios-familiares dos utentes (Psico, 2011).

### **1.2. Unidades de Saúde Primárias: unidades de saúde familiar (USFA/USFAB), modelo A e B e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)**

As Unidades de Saúde Familiares (doravante denominadas por USF) foram regulamentadas em 2006, pelo Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro. Desde então, essa regulamentação tem sido refinada através de sucessiva legislação posterior. Por definição a USF trata-se de uma organização de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e por pessoal administrativo, que podem ser organizadas em três modelos diferentes A, B e C, tendo como missão uma prestação de cuidados de saúde à população inscrita de uma determinada área de geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade do mesmo. Neste trabalho apenas nos debruçaremos sobre as duas primeiras pois são estes os modelos mais usuais em território nacional. Estas modalidades diferenciam-se com base no grau de autonomia, modelo retributivo e modelo de financiamento/estatuto jurídico. Caracterizam-se por equipas multiprofissionais de pequena dimensão (5 a 9 médicos, 5 a 9 enfermeiros, 4 a 7 secretário médicos, fazendo um total de 15 a 25 elementos), que se “escolhem a si próprios” – autonomia organizativa, mas também técnica e funcional.

Uma USF pode iniciar as suas funções após apresentada uma candidatura e é inaugurada e tendo no seu quadro de Recursos Humanos pelo menos um médico, um Enfermeiro e um Administrativo, sendo que este corpo clínico tem de dar resposta a uma lista 1550 utentes. Posteriormente, se a equipa de saúde admitir um incremento na sua

lista de utentes isso dará direito a beneficiar de incentivos institucionais, o que permite fazer crescer a equipa. Nas UCSPs o número anterior de utentes é frequente ser ultrapassado não havendo qualquer benefício para o médico de família, nem funcionários administrativos e enfermeiros nem para a própria organização.

O Despacho n.º 24 100/2007 de 22 de outubro vem então definir as USFs-A como um modelo inicial pelo qual todos os outros terão de passar previamente pois corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa com avaliação intercaladas de 3 em 3 meses pelas Autoridades de Saúde. Esta fase normalmente dura 3 anos. O financiamento desta tipologia de unidades, não representa um acréscimo significativo da despesa a assegurar por parte do Estado, dado que os profissionais mantêm as remunerações que auferiam anteriormente. Existe sim a possibilidade de beneficiar de incentivos institucionais, aumentando as listas de utentes.

Quando uma USF-A amadurece, isto é, quando existe um modelo organizacional coeso e um modo de trabalho bem estabelecido, estas entidades podem candidatar-se ao modelo B das USF. Esta proposta de transição a USF-B presume que a equipe aceita um nível de contratualização e desempenho mais exigente, possibilitando a entrada num regime retributivo especial que integra a remuneração base, suplementos (pelo alargamento das listas de utentes) e compensações (por atingir determinadas metas em termos de desempenho).

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) diferenciam-se dos “antigos” Centros de Saúde pois estes incorporavam em si atividades clínicas e de apoio e as UCSP apenas se centram na prestação de cuidados. Uma vez que a forma de organização das UCSP se têm verificado insuficientes na resposta à realidade social e às próprias carreiras dos diferentes profissionais de saúde que neles se inserem poderemos assistir, num futuro próximo, à extinção desta forma de organização. A maior diferença entre USF e UCSP é que nesta última todos os profissionais têm de assegurar não só os utentes da sua lista (utentes com médicos de família atribuídos e inscritos na comunidade) mas também daqueles que por alguma razão “não têm médico de família”.

Na prática, os profissionais das UCSPs, para além do trabalho similar ao das USFs, têm que dedicar parte do tempo normal de trabalho também aos utentes sem médico, passantes e turistas. Parece existir aqui um tratamento desigual no que respeita a incentivos institucionais.

## **2. Qualidade de Vida Profissional**

Sobre este capítulo, foi possível entender que pouca literatura existe sobre este conceito, sendo mais usual a aplicação do termo Qualidade de Vida no Trabalho. Desta forma parece-me útil para esta investigação explicitar ambos os conceitos fazendo, depois a distinção entre eles.

De acordo com Becker (2011), a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) surgiu num ambiente de imensa produtividade em vários sectores, sobretudo no sector da transformação/indústria, onde só era possível atingir metas altas através de um trabalho precário caracterizado por más condições de trabalho não havendo um respeito sobre a condição humana, quase como se o homem fosse visto como uma máquina. Consequentemente aspetos negativos surgiram como o absentismo, níveis baixos de bem-estar físico e psicológico, fadiga, acidentes de trabalho mais recorrentes, entre outros. A QVT surgiu como um conjunto de bases que visam o bem-estar de um trabalhador onde este é a peça central e fundamental de uma organização, sendo estes responsáveis pelo crescimento da mesma sendo assim merecedores de dignidade e respeito (Reddy & Reddy, 2010; Kulkarni, 2013). Seguindo esta linha de pensamento e sabendo que esta esfera é um fator essencial do desenvolvimento na fase adulta, segundo Morin (1996) o trabalho estabelece três pilares fundamentais para a pessoa que o desenvolve sendo que o trabalho; dá um propósito/significado à vida do Homem; dá-lhe uma vocação isto é algo em que é bom e assim se sente concretizado; e a coerência, como elemento que se traduz na harmonia e no equilíbrio que se espera que o trabalho seja capaz de proporcionar. Esta influência que o trabalho exerce sobre o indivíduo, a um nível mais macro, exerce também nas sociedades pois permite o entrosamento social dos indivíduos. Prova disto é a comum definição das sociedades consoantes a sua atividade laboral mais característica, são exemplos as sociedades rurais, tecnológicas, comerciais, industriais, etc (Harvey, 2000). De acordo com Cunha (2009), o conceito de qualidade de vida, quando relacionado com o trabalho, pressupõem a priorização do bem-estar para ambas as partes, isto é, do trabalhador e da entidade empregadora face aos seus colaboradores. Tal trouxe vários desafios às empresas de refletir acerca de iniciativas que promovessem esse mesmo bem-estar e assim surgiu a preocupação com a satisfação no trabalho o que, segundo o mesmo autor, promove uma maior capacidade de produção, não só em quantidade, mas como em qualidade.

Apesar de existir inúmeros artigos científicos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho relacionados com os sectores industriais e tecnológico, todo este enquadramento não

deixa de ser menos verdade no sector da saúde. Stamm (2010) centrou-se na Qualidade de Vida Profissional que está relacionado com o sentimento subjetivo sobre o próprio e sobre a sua capacidade para o trabalho, competência, satisfação com as suas ações e sentimento de pertença à sua própria função. Este conceito incorpora dois aspetos: o aspeto positivo que se denomina por Satisfação por Compaixão; e o aspeto negativo que se denomina por Fadiga por Compaixão. A Satisfação por Compaixão está relacionada com o prazer que deriva da oportunidade de realizar um bom trabalho associado a sentimentos de concretização, realização, ou seja, de satisfação relacionados com o trabalho. Pode ser um sentimento de prazer resultante da possibilidade de ajudar os outros ou sentimentos positivos que advêm por se fazer parte de algo construtivo no local de trabalho ou de um bem maior ao nível da sociedade. Stamm (2010) sugere que esta dimensão atua como um fator que protege o profissional dos fatores stressantes no trabalho. Faz parte deste conceito estar aberto e envolvido com o sofrimento do outro, envolvendo o desejo para aliviar tal sofrimento e oferecendo ao outro sentimento de bondade, paciência, compreensão e uma atitude de não julgamento, reconhecendo que faz parte da condição humana errar.

Já o aspeto negativo divide-se em duas partes (Fadiga por Compaixão): *Burnout*, que segundo a primeira definição (Freudenberger, 1974 *cit in* Teixeira, Ribeiro, Fonseca & Carvalho, 2014), entende-se por o “(...) estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas”. São múltiplos os fatores que tendem a aumentar as respostas de *burnout* nas pessoas, por um lado, há um conjunto de fontes sociais, organizacionais e de tarefas específicas, por outro, há um conjunto de necessidades insatisfeitas, como a necessidade de segurança, de aceitação social, de estima, de autonomia, de realização pessoal, social e profissional (Alvarez, *et al.*, 1993 *cit in* Queirós, 2005). Estas necessidades, culminam na Exaustão Emocional: enquanto sentimento de esgotamento, fadiga, falta de energia, a pessoa não consegue dar mais de si; na Despersonalização: desenvolvem-se relações de distanciamento, pautadas por cinismo, atitudes negativas e inapropriadas com os utentes e com os colegas, perdendo-se a idealização da profissão e da sua utilidade, transformando-se tudo em fonte de irritabilidade e em Diminuição da Realização Pessoal e Profissional: expressa através de um sentimento de incompetência e inutilidade face à inabilidade para dar respostas às solicitações quer profissionais, quer pessoais, ou pelo contrário, expressa através de um sentimento de onipotência, levando à perda de confiança por parte dos colegas e das chefias (Maslach & Leiter, 1997 *cit in* Teixeira

Ribeiro, Fonseca & Carvalho, 2014). A nível intrapessoal, o profissional fica repleto de ideias, de si e do trabalho, desfasadas da realidade. A nível profissional há uma sobrecarga de trabalho, há dificuldades de comunicação, e a estrutura organizacional é extremamente complexa, assim como, inúmeras consequências para o profissional, resultantes do isolamento, da desvalorização, dos conflitos de papéis, e da sobrecarga psíquica e afetiva associada à prestação de cuidados, sobretudo nas situações extremas como o confronto com a morte. Já a nível social, há que considerar fatores como os ideais de excelência e uma conjuntura socioeconómica frágil (Claix-Simons, 2006 *cit in* Teixeira, Marreiro, Fonseca & Carvalho, 2014). Assim, podemos considerar que a desproporção entre os esforços realizados e os resultados obtidos, ao não satisfazerem as expectativas pessoais e organizacionais, estão na origem do *Burnout* (Freudenberger, 1975 *cit in* Queirós, 2005).

Figley (1995) definiu o conceito de *stress* traumático secundário (STS) como os comportamentos e emoções naturais resultantes do conhecimento de um acontecimento traumatizante experienciado por um outro significativo – o stress resultante de ajudar ou querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. De acordo com Beaton e Murphy (1995), o STS inclui três componentes operacionais: ser confrontado com um episódio de morte ou de risco da integridade física de outros ou do próprio; ser estimulado de forma constante ou recorrente por respostas de medo, horror, desamparo ou desespero por parte de outros; e a exposição direta ou indireta, curta ou prolongada, a um stressante físico ou mental excepcional. No *stress* traumático secundário o cuidador que é afetado pelas experiências traumáticas de um utente pode apresentar semelhantes sinais e sintomas devido ao esforço efetuado de gerar um entendimento e identificação com a pessoa traumatizada (Figley, 1995). Este processo inclui reações como imagens visuais, problemas de sono, depressão e outras resultantes da visualização do material traumático do outro, da exposição direta aos sintomas ou da conjugação de ambos. Este modelo sugere que o esgotamento derivado do *stress* traumático secundário resulta, em parte, da preocupação empática do ajudante, das suas ações para com aquele que sofre, associado a uma incapacidade em encontrar consolo nessas mesmas ações através de mecanismos como a despersonalização, ou de sentir satisfação em aliviar o sofrimento do outro. A vontade de ajudar, ou seja, as preocupações empáticas juntamente com o contágio emocional formam uma resposta empática que não é mais que o esforço de reduzir o sofrimento daqueles que sofrem.

Ressalta-se que, neste modelo de dois polos, o primeiro é entendido como um moderador do segundo, ou seja, ter qualidade de vida profissional significa manter um equilíbrio entre as experiências positivas e negativas no trabalho, de modo que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos. Assim, o desequilíbrio entre os polos poderia levar o indivíduo a uma condição de satisfação ou de fadiga, dependendo de como ele vivencia suas experiências laborais no ato de ajudar.

Embora não exista na literatura uma definição aceita de modo unânime, há consenso de que o conceito de Qualidade de Vida Profissional é geralmente usado para se referir à percepção do indivíduo em relação à sua vida laboral, ao seu bem-estar físico e psíquico, mental e social (Limongi-França, 2004).

### **3. Complexidades da Compaixão**

#### **3.1. Diferença entre Empatia e Compaixão**

Antes de partir para a delimitação do conceito de Fadiga por Compaixão, creio ser útil fazer uma breve nota sobre a diferenciação entre empatia e compaixão, conceitos que até certo ponto desta dissertação foram particularmente difíceis de separar. A empatia pode ser definida de forma lata como o processo de partilha emocional/afetiva e está relacionada com a inquietação/incômodo que o indivíduo sente ao ver o outro em sofrimento. Esta aptidão desempenha um papel fundamental na vida em comunidade, pois potencia uma específica comunicação entre membros que acaba por ser uma habilidade fundamental para estabelecer e manter a vida em sociedade (Lago & Codo, 2010). Em linguagem comum, considera-se a empatia como a capacidade de calçar os sapatos do outro, na tentativa de caracterizar uma competência emocional para sentir o que o outro sente sem, contudo, ser este outro o que permite assim uma compreensão profunda, mesmo que diferente, dos estados emocionais que o outro experimenta.

Por outro lado, a compaixão refere-se à preocupação empática e ao impulso de socorrer quem está em sofrimento, apresenta-se ligada ao profundo desejo, motivação e ação relacional, que almeja aliviar o padecimento de outrem (Dev *et al.*, 2018). Os autores Lago e Codo (2010) indicam a compaixão como o último estágio do processo empático uma vez que o indivíduo pode sentir-se afetado por um determinado evento, logo sentir empatia, mas não se sentir impelido a intervir. Assim, a compaixão promove a ação de intervenção no sofrimento alheio, isto é, o impulso de intervir num determinado evento,

através do processo empático em que o indivíduo toma conhecimento do sofrimento do outro.

### **3.2. Fadiga por Compaixão**

Este termo foi introduzido pela primeira vez por Joinson (1992) para descrever um estado de reduzida capacidade para a compaixão como consequência da exaustão, resultante de “absorver” o sofrimento de outros.

A fadiga por compaixão tem sido, nos últimos tempos, a principal ameaça ao bem-estar e eficácia dos profissionais de saúde e trata-se de um declínio na sua habilidade de experimentar alegria ou preocupação com alguém. A fadiga por compaixão pode ser caracterizada pela exaustão devido ao custo emocional de lidar com o sofrimento do outro, ou seja, é um estado de desregulação biológica, psicológica e social resultante da exposição prolongada ao *stress* traumático de outros e baseia-se na experiência de empatia, preocupação e aflição pelo outro que está em sofrimento, acompanhado pelo desejo de aliviar a dor. Em termos simples, é um desvanecimento crónico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão (Figley, 1995, 2002). A capacidade de empatia, ou seja, a capacidade de compreender e notar o outro e, neste caso, a sua dor, é o instrumento chave destes profissionais para a atitude de ajuda, porém é esta mesma chave que se pode tornar num fator de risco para o desenvolvimento de fadiga por compaixão pela dificuldade em se distanciar do paciente, como indica o modelo explicativo da Fadiga por compaixão, desenvolvido por Figley. Neste modelo o cerne da questão é identificado como sendo a exposição à dor, ao sofrimento e/ou a um evento traumático do paciente, tendo por base que a empatia e a energia emocional têm inerente a exposição ao sofrimento humano, porém só através destes fenómenos é possível conceber uma resposta empática e estabelecer uma relação terapêutica com o paciente (Figley, 2002; Sabo, 2011; Sinclair *et al.*, 2017).

O estado de Fadiga por Compaixão é ainda estabelecido pela conjunção de três fatores determinantes: um sentimento de responsabilidade ininterrupto para com o paciente e o seu sofrimento; a incapacidade de se desresponsabilizar desse mesmo sentimento e das recordações traumáticas produtoras de sintomas característicos da perturbação de stress pós-traumático; e reações associadas, tais como a depressão e ansiedade (Figley, 2002). A sua principal causa parece ser a incapacidade de lidar de forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes através da adoção de respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho.

(Abendroth, 2005). Assim, a relação médico-paciente deverá ser entendida como "eu - tu - nós", no sentido que o profissional deverá ter a capacidade de distinguir o seu papel do papel do paciente, compreendendo a sua dor, mas nunca a tornando sua sem, contudo, descorar a dimensão de relação existente entre ambos naquele momento. Esta incapacidade de distanciamento do sofrimento do outro é o principal motivo da causa da fadiga por compaixão pois leva a uma contínua e exaustante exposição ao sofrimento dos outros, causando ativação de experiências traumáticas prévias que provocam uma resposta emocional mesmo quando o profissional não está em funções. Porém, devemos considerar duas variáveis de mecanismos de defesa ou *coping* positivas na prevenção da Fadiga por Compaixão: *Senso de satisfação*, enquanto medida em que o profissional está satisfeito com os seus esforços para ajudar o paciente e *Desapego/distanciamento emocional*, enquanto medida em que o profissional se consegue distanciar da carga emocional subjacente ao contacto com o paciente (Figley, 2002; Sinclair *et al.*, 2017; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

De salientar que para alguns autores os conceitos Fadiga por Compaixão, *Stress Traumático Secundário* e *Burnout* são o mesmo fenómeno, que muitas vezes podem surgir de forma súbita após exposição a um único acontecimento (Pfaff, 2017). Para outros (Figley, 2002), embora sejam conceitos relacionados e apresentem algumas similaridades, representam fenómenos distintos como será explicado no capítulo que se segue.

Foram já identificados alguns fatores de risco associados ao desenvolvimento da fadiga por compaixão, nomeadamente baixa-autoestima, pouca autonomia, baixa resiliência, empatia, extrema conscienciosidade, perfeccionismo, pouca capacidade de regulação emocional, histórias de trauma, pouco suporte social, ansiedade, exigências de vida e ainda *stressores* organizacionais, causando situações, quer para o indivíduo quer para a organização, de prejuízo a nível pessoal, profissional, familiar, social e económico podendo resultar na ocorrência de diversas reações, tais como, abuso de substâncias e elevado absentismo laboral acompanhado por um aumento de rotação de pessoal e diminuição dos níveis de produtividade. (Brackett, Palomera, Mojsa-Kaja, Reyes & Salovey, 2010; Maslach & Jackson, 1981; Mallar e Capitão, 2004; Dal Santo, Pohl, Saiani & Battistelli, 2014)

De acordo com o modelo transaccional da compaixão médica, a manifestação da compaixão e o desenvolvimento da fadiga, devem ser encarados como um processo dinâmico, entre médico, paciente e instituição em que são prestados os cuidados. Sendo

que é a qualidade da relação entre o trio que definirá a expressão ou não da fadiga, em função das barreiras e facilitadores existentes (Dev *et al.*, 2018; Fernando III & Consedine, 2014).

#### **4. Função Reflexiva**

##### **4.1. Conceito de Função Reflexiva ou Mentalização**

A Função Reflexiva (FR) ou Mentalização é o processo através do qual o sujeito entende os outros e a si próprio. Trata-se de um processo social por ser desenvolvido na relação com o outro, uma vez que o ser humano, de forma quase automática, desenvolve crenças acerca dos estados mentais daqueles com quem interage, sendo que a crença do outro também o influencia. Considera-se assim, uma atividade mental imaginativa, pré-consciente, onde se nomeia, percebe e interpreta o comportamento humano relativamente a estados mentais intencionais (necessidades, desejos, sentimentos, crenças, objetivos e motivações). Trata-se de um processo dinâmico e multifacetado que tem particular relevo no contexto das relações de apego, porém é importante realçar que a função reflexiva ou mentalização vai para além da empatia, uma vez que está associado ao processo de pensar sobre si e sobre o outro, contribuindo para uma regulação emocional (Kieling & Hauck, 2019).

Tratando-se de um constructo multidimensional a função reflexiva/mentalização pode organizar-se segundo quatro polaridades, sendo elas a FR *automática-controlada*, que se refere quer a processos reflexivos rápidos e paralelos que requerem pouca consciência ou esforço, quer a processos reflexivos mais conscientes, deliberados e em série; a FR *centrada em si ou nos outros*; a FR *com base em características internas ou externas de si e dos outros* e a FR *cognitiva e afetiva*, que se baseia em reações emocionais percebidas no outro e no próprio ou através de processos cognitivos relacionados com o que o sujeito observa e interpreta, sendo que, a mentalização plena envolve a integração tanto do conhecimento cognitivo quanto do input afetivo.

Normalmente, estas polaridades estão em equilíbrio e podem ser usadas de forma flexível, dependendo das exigências de processamento de um contexto ou cenário social específico. O domínio persistente de um polo sobre o outro sinaliza uma falha potencial no entendimento do estado mental do próprio ou do outro. Formas específicas de psicopatologia podem ser entendidas com base em diferentes combinações de falhas ao

longo das dimensões de mentalização (Bateman, Bolton, & Fonagy, 2013; Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011; Bateman & Fonagy *et al.*, 2010).

Como referido anteriormente, a Função Reflexiva/Mentalização é um processo dinâmico e assim, falhas temporais fazem parte desta capacidade sendo consideradas normais no seu funcionamento. Porém, sujeitos que conseguem manter esta capacidade intacta em momentos *stressores* e/ou que conseguem recuperar rapidamente de lapsos de mentalização, segundo Fonagy *et al.* (2002), tal significa que detêm uma capacidade de FR robusta fortemente relacionada ao apego seguro. Indivíduos com altos níveis de mentalização normalmente mostram maior capacidade de resiliência perante situações ansiogênicas e conseguem retirar uma perspectiva positiva de uma situação adversa. Este tipo de indivíduos apresentam uma boa capacidade de explorar o mundo externo, mas também o seu próprio mundo interno, sendo demonstrado através da criatividade, da capacidade de simbolismo, interesse em sonhos, fantasias, arte e música e um interesse genuíno pelo mundo interno do outro. Um indicador que reflete uma capacidade de mentalização robusta é a segurança interna para explorar e verbalizar memórias difíceis, de as experienciar novamente e reconhecer a necessidade de o fazer regularmente. Apresentam ainda a capacidade (quase) inata de ajudar os outros e a honestidade de pedir ajuda quando necessitam dela (Grossman *et al.*, 1999). Por outro lado, pessoas que não desenvolveram este tipo de capacidade devido a perturbações nas suas relações precoces vêm-se impedidas ao aperfeiçoamento de competências vitais para um normal desenvolvimento social. Desenvolvem então tendência para usar mecanismos diferentes de apego/relacionamento, normalmente pouco ajustados e ponderados, para entenderem os outros e a si, o que leva a efeitos nocivos para a saúde mental. É possível distinguir três mecanismos de interação: estratégia de *hipermentalização* (Mikulincer & Shaver, 2004), definida como a percepção do próprio que estabelece uma rápida e fácil relação com o outro, mesmo que isso não se verifique na realidade. Estes tipos de sujeitos assumem-se como verdadeiramente bons a estabelecer relação com os outros com base na sua condição profissional de médicos e não pelo seu verdadeiro conhecimento ou interesse genuíno acerca dos estados mentais do outro. Trata-se de uma excessiva mentalização sem consideração das evidências da realidade (Fonagy *et al.*, 2016). Como resultado, a maior parte das interações sociais podem tornar-se desapontantes por não responderem às expectativas que idealizou para aquela relação (Fonagy *et al.*, 2008). Fonagy e colegas (1990, 2000) sugeriram que a hiper-ativação do sistema de apego pode ser um aspeto central da Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB).

A estratégia de *hipomentalização*, ou pensamento concreto, reflete a incapacidade de um sujeito reconhecer e/ou interagir com modelos mentais complexos, seus ou dos outros. Ainda assim, sujeitos com tendência a utilizar esta estratégia, podem ter noção das suas limitações. Esta estratégia de baixa mentalização dificulta a regulação dos afetos e controlo dos impulsos (Rossouw, 2015). Este comportamento assemelha-se ainda a um comportamento típico do fóbico que rejeita o olhar do outro, muitas vezes crítico, de forma a proteger o *self* de uma ameaça que pode comprometer.

De salientar que estamos a falar de estados desregulados da mentalização uma vez que esta no seu estado saudável é uma manifestação genuína caracterizada pela modéstia acerca do conhecimento do seu estado mental e do outro e pela humildade na relação com ele.

### **5. Relação Médico-Paciente e o seu impacto na saúde mental de ambos**

No seguimento do que temos vindo a refletir podemos dizer que a função reflexiva e a fadiga por compaixão são dois processos que dentro das suas complexidades podem funcionar como altamente protetoras ou altamente destrutivas para aquilo que é o sujeito profissional e o seu mesmo sujeito pessoal que não se consegue distanciar e assim dissociar. Podemos assim, com base na teoria já desenvolvida, pensar em alguns funcionamentos psíquicos mais propensos a sofrer com estes processos, assim como funcionamentos que de acordo com as suas características de desenvolvimento se protegem de serem afetados pelos mesmos, independentemente de serem mais ou menos saudáveis do ponto de vista do funcionamento psicológico.

Sujeitos com um funcionamento mais depressivo, quer isto dizer com maior necessidade de corresponder às necessidades do outro, logo, mais empáticos e compassivos terão tendência a envolver-se no sofrimento do outro na tentativa de prestarem apoio e suporte emocional. As relações que estabelecemos com os outros funcionam muitas vezes no sentido de preencher necessidades sentidas pelo próprio (Decety & Jackson, 2004) e por isso a compaixão pelo outro poderá também alimentar o afeto e admiração que este outro sente pelo sujeito em causa. Assim, quando o paciente manifesta o seu sofrimento, ocorre nestes sujeitos médicos, com barreiras emocionais muito permeáveis, um processo de comparação automática e conseqüente reação afetiva (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1993). Contudo acredita-se que se trata de uma reação emocional do observador dirigida a si mesmo (autodirigida) na observação de um objeto (emoção do outro) (Preston & De Waal, 2002). Desta forma, embora na base consciente

da ação esteja o desejo genuíno de ajuda ao outro e o senso de eficácia profissional para uma prática clínica de qualidade, o que é facto é que o sujeito calça os sapatos da dor do outro sem defesas e acaba assim, por se afundar nestes múltiplos sofrimentos, de múltiplos pacientes, culminando num desgaste emocional arrasador. Assim, podemos dizer que o médico acaba por ser sugado, ficando vazio, arrastando a sua saúde mental para um beco onde já não consegue manter a sua eficiência e eficácia profissional, contaminando não só o seu *self* profissional, mas também o seu *self* pessoal, numa tentativa incessante de validar (Fonagy & Target, 2002). Este estado a que podemos chamar de *burnout* ou de *stress* traumático, proveniente da ausência de barreiras e defesas protetoras, assim como, da constante exposição à dor e sofrimento do outro, leva o sujeito médico a não conseguir desempenhar o papel que desejava, afundando-o ainda mais por passar a ter uma perceção de incompetência em relação à sua prática e a si, uma vez que a separação dos papéis desempenhados se mantém ausente.

Já sujeitos com funcionamentos mais narcísicos, onde o sujeito evidencia um *self grandioso* com maiores necessidades de afirmação e de admiração por parte do outro, terão tendencialmente mais fragilidades ao nível da autoestima e mais dificuldade em empatizar com a dor e o sofrimento do outro. Porém, acabam por desenvolver um comportamento manifesto através de defesas que transformam a sua imagem naquilo que necessitariam que fosse adotando uma conduta mais exibicionista e distante dos estados afetivos do outro. Neste sentido, e de acordo com a realidade relacional médica, os pacientes acabariam por funcionar enquanto objetos do *self* que desempenhando um papel de necessidade deste outro, mais competente e detentor do saber, satisfazendo as suas necessidades narcísicas de grandiosidade e identificação idealizadora, mantendo o seu *self* coeso (Kohut, 1968, 1988 *cit in* Mesquita, 2013). Neste tipo de funcionamento, os sujeitos médicos acabam por sofrer menos de fadiga por compaixão, uma vez que o seu distanciamento emocional lhes permite criar uma barreira que os separa desse mundo mais afetivo e empático. No fundo, como se utilizassem o paciente como escudo humano e utilizassem a sua necessidade em fantasia de grandificação da sua competência, o que acaba por validar mais e mais o seu funcionamento, perpetuando-o e tornando o objeto dependente deste seu objeto do *self* enquanto nutriente narcísico (Mesquita, 2013). Por outro lado, olhando para a sua capacidade de função reflexiva, esta também se nos apresenta como desajustada, protegendo o sujeito pessoal, mas deixando o sujeito profissional suscetível de cometer mais erros na sua prática clínica.

Assim, podemos pensar que o ideal seria um intervalo ótimo, onde o sujeito não cai nos polos da relação profissional, compaixão-ilimitada ou não-compaixão, conseguindo intervir de forma eficaz e empática na dor do outro, sem ficar contaminado pela mesma acabando por levá-la para a sua vida pessoal. O que se pretende então seria o equilíbrio no fio da navalha entre a realidade individual, o Eu ideal e um supereu saudável que dite as regras de funcionamento e respeito pelo próprio e pelo outro (Coimbra de Matos, 2001) de modo a manter uma relação saudável entre profissional e paciente, criando um espaço e um tempo onde a eficácia empática é cumprida, iniciada e terminada, sem contaminar as outras relações profissionais necessárias, mantendo a relação interna intacta.

## **Parte II – Estudo Empírico**

### **Método**

#### **Pertinência do Estudo**

A investigação realizada tem como principal objetivo perceber de que forma a Função Reflexiva influencia a Fadiga por Compaixão. As constantes e aceleradas mudanças ao nível social e o aumento da esperança de vida acarreta outras exigências aos técnicos de saúde, nomeadamente aos técnicos da medicina familiar. Assim, ao explorar a relação entre estes dois conceitos seria possível a nós, psicólogos, atuar com este público muito específico de forma mais informada e focada obtendo melhores resultados a nível terapêutico promovendo um maior bem-estar aos médicos de família aumentando assim a sua produtividade, aumentando os níveis de saúde e bem-estar da população, aumentando o nível de satisfação dos utentes do SNS e conseqüente redução de custos dos sectores da saúde.

#### **Objetivos do Estudo**

Este estudo tem como objetivo tentar colmatar uma lacuna na investigação sobre a forma como a nossa área de psicologia pode influenciar o bem-estar biopsicossocial de outros profissionais de saúde, neste caso os médicos de medicina geral e familiar. Com o estudo de variáveis internas destes profissionais de saúde como a satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e função reflexiva será possível reconhecer fragilidades neste sector profissional, realizar um plano de ação e intervir junto dos

mesmos para que estes possam ser mais satisfeitos no seu local de trabalho e prestar um melhor serviço à comunidade melhorando a sua saúde.

De forma a aprofundar estas questões pretendemos caracterizar a qualidade de vida profissional na nossa amostra, relacionar estes conceitos com algumas variáveis sociodemográficas pouco abordadas na literatura atual portuguesa como o agregado familiar e verificar que tipo de funcionamento de função reflexiva se demonstra protetora ou perturbadora da Fadiga por Compaixão e da Satisfação por Compaixão. Por fim, e como existe uma reestruturação a acontecer neste momento nas Unidades de Saúde Familiar, queremos tentar perceber se esta mesma reestruturação está a ser benéfica na Qualidade de Vida Profissional dos médicos de saúde familiar.

### **Participantes**

A amostra é constituída por 41 participantes, sendo 27 (64.3%) de Sexo Feminino e (35.7%) Sexo Masculino. Relativamente à idade, os participantes têm entre 26 e 68 anos, sendo a média de idades de 43.57 anos e desvio padrão 14.16. A mediana situa-se nos 38 anos de idade e a moda nos 31. No que refere às medidas de assimetria e achatamento, verifica-se uma distribuição assimétrica negativa ( $G = 1.27$ ,  $G < 1.96$ ) e platocúrtica dos dados ( $K = -2.1$ ,  $K < -1.96$ ). Assim, verifica-se uma predominância de idades mais novas, embora haja uma maior dispersão nos extremos das idades apresentadas pelos participantes.

No que toca ao agregado familiar a maioria das pessoas (moda) vive com mais uma pessoa. Referindo-nos à amplitude da amostra o mínimo de elementos do agregado é 1e o máximo 5. Dos 42 participantes: 12 vivem sozinhos, 13 com mais 1 elemento, 12 com mais 2 elementos, 4 com mais 3 elementos e apenas 1 participante com mais 4 elementos.

A amplitude do número de anos de profissão tem um mínimo de 2 e um máximo de 41, sendo a sua média 16 anos de serviço. Dos sujeitos inquiridos 11 (26.2%) trabalha enquadrado no modelo USF A, 16 (38.1%) está integrado no modelo B e 15 (35.7%) trabalha numa USCP, sendo que todas estas Unidades de Saúde se encontram na região de Lisboa e Vale do Tejo, - ACES Estuário do Tejo - ARSLVT, Portugal. No que toca ao tempo em que trabalham integrado num dos modelos em cima indicados, a amostra apresenta uma média de 8.7 anos de trabalho em modelo USF/USCP.

A maioria dos inquiridos informou que em média trabalha oito horas diárias (83.3%), fazendo 40 horas semanais.

Por fim, as respostas à questão: “número de utentes atendidos em média por semana” foi a questão onde se verificou uma dispersão maior de respostas, provavelmente relacionado com a acumulação de outras tarefas (como administrativas, chefia de equipas, etc), onde a amplitude de resposta está entre os 40 e 250 utentes. No entanto os três resultados com maior volume, encontram-se nos números 80 (9.5%), 100 (14.3%) e 120 (31%), dando uma média de 111,9 pacientes por semana.

## **Instrumentos**

Com intuito de caracterizar os sujeitos que participaram neste estudo foi solicitado que fosse preenchido um questionário sociodemográfico com várias variáveis como: Idade, género, estado conjugal, formação académica e composição do agregado familiar. Dentro do mesmo questionário foram elaboradas questões mais relacionadas com a atividade laboral como estatuto laboral (trabalho por conta própria ou por conta de outrem), zona/região de trabalho, em que modelo de trabalho se insere (dentro do que são os modelos já explicados de USF A ou B ou UCSP), número de anos a trabalhar nesse(s) modelo(s), profissão, anos de profissão, vínculo laboral, horas de trabalho (em média) por dia e por semana e, por fim, número de utentes em média por semana. Este conjunto de dados fornece-nos uma caracterização dos sujeitos inquiridos possíveis de correlacionar com os resultados dos seguintes instrumentos:

### Questionário de Função Reflexiva 8 (RFQ-8)

Desenvolvido por Fonagy *et al.* (2016) trata-se de uma escala de autorresposta, composta por oito itens onde o sujeito tem de se posicionar numa escala tipo Likert de 1 a 7, sendo 1 “Não concordo nada” e 7 “Concordo Totalmente”, face às afirmações. Originalmente esta escala foi construída com uma escala de 1 a 6 sendo depois alterada para uma escala de 7 pontos a fim de aumentar o intervalo de pontuação permitindo ao questionado de forma a dar uma resposta mais concisa. Tem como objetivo medir a capacidade de mentalização/função reflexiva, onde é pedido ao sujeito que se coloque em perspetiva (*meta-perspective*) em relação aos seus próprios estado mentais, isto é, solicitamos que o sujeito face à pergunta colocada, como por exemplo “*Nem sempre sei porque faço o que faço*”, mentalize. Esta versão apresenta duas subescalas, a escala de *Certeza* que será possível de relacionar com o conceito de *hipermentalização*, e a escala da *Incerteza* possível de relacionar com o conceito de *hipomentalização*. Cada subescala tem 6 itens, onde dois são únicos para cada subescala e quatro partilhados entre cada

uma. A subescala da certeza (doravante denominada como QFRc) é medida consoante o nível de desacordo com as declarações. Os itens são recodificados (3, 2, 1, 0, 0, 0, 0 com 3 = não concordo nada). Assim, e tomando como exemplo o item: “Os pensamentos das pessoas são um mistério para mim”, uma resposta na escala de Likert com o número 1 é recodificado para número 3 representando um alto nível de mentalização/Função Reflexiva, ou seja, hipermentalização. Já uma resposta na escala de Likert de 7, ao ser recodificada é tomada com uma resposta de cotação 0 que representa um nível de mentalização neutra significando uma mentalização genuína. Já a subescala da Incerteza (doravante denominada como QFRi), explicita a incerteza sobre os estados mentais e é mensurável através da concordância com a afirmação. Os itens são novamente recodificados (0, 0, 0, 0, 1, 2, 3; sendo 3 = concordo totalmente). Tomando como exemplo o item: “Às vezes faço coisas sem saber exatamente porquê”, uma resposta na escala de Likert com o número 1 é recodificado com o número 0 que pode significa uma mentalização genuína e uma resposta na escala de Likert de 7 é recodificada para 3 que representa uma falha de reconhecimento de estados mentais, ou seja, *hipomentalização*. Ambas as escalas têm por base a média dos 6 itens. Os itens 2, 4, 5 e 6 são partilhados entre ambas as escalas, enquanto os itens 1 e 3 estão relacionados com a subescala QFRc, e os itens 7 e 8 com a QFRi.

Por ser um teste relativamente novo e por não possuir um ponto de corte bem estabelecido ou validado para pontuações clinicamente altas em suas escalas o ponto de corte nesta dissertação foi definido em 1 para as duas escalas consoante a análise da literatura existente e usos deste teste em outros trabalhos. Assim, as pontuações acima foram categorizadas como altas e as pontuações abaixo foram classificadas como baixas / normais. Esse ponto de corte foi definido com base no pressuposto de que uma pontuação média de pelo menos um em qualquer uma dessas escalas representa um déficit acentuado de RF.

Segundo os estudos elaborados por Fonagy (2016) estes fornecem evidências preliminares para a confiabilidade satisfatória e teste-reteste e validade do RFQ. O facto de ser um questionário de apenas 8 itens facilita a sua aplicação para estudos epidemiológicos com grandes amostras clínicas ou não clínicas. Segundo o mesmo a natureza genérica da associação à psicopatologia relatado acima indica que os problemas de mentalização identificados pelo RFQ podem ter um papel a desempenhar em muitas (se não todas) as perturbações mentais.

## Escala de Qualidade de Vida - PROQOL

Professional Quality of Life Scale (ProQOL – V), avalia a qualidade de vida dos grupos ocupacionais que exercem trabalhos de ajuda individual ou comunitária a pessoas em situação de sofrimento.

O Professional Quality of Life Scale 5 (Escala de qualidade de vida profissional – ProQOL 5) foi desenvolvido por Figley & Stamm (1995). É um instrumento de auto-resposta, formada por 30 itens divididos em 3 subescalas que avaliam três aspetos distintos: Satisfação por Compaixão: trata-se de um elemento positivo do cuidar relacionado com o prazer que advém do gostar e saber fazer a profissão; *Burnout*; representa um elemento negativo da escala e é associado a sentimentos de desespero e dificuldade em lidar com o trabalho e em fazê-lo de forma eficaz; e Stress traumático: ligado à exposição a pessoas que experienciaram situações de extremo sofrimento ou situações traumáticas graves, esta escala tem como consequências dificuldades em dormir, imagens/pensamentos intrusivos e evitar recordar pessoas que tiveram este tipo de experiências. (Stamm, 2010). A cada subescala correspondem 10 itens – Satisfação por Compaixão (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); *Burnout* (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29) e Stress Traumático Secundário (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Cada item da escala equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5, correspondendo a uma escala tipo Likert (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por Vezes; 4=Freqüentemente; 5=Muito Freqüentemente). A cotação do ProQOL 5 é realizada através de três simples passos, a citar: a inversão da cotação dos itens 1;4;15;17 e 29, onde uma resposta de valor 5 irá, na verdade, corresponder ao valor 1 (e assim consecutivamente); calcular a soma das respostas aos itens de cada subescala e por fim transformar através do *software* SPSS estes valores *notas t*. Estes valores após convertidos são comparados com pontos de corte que são iguais para cada sub-escala: baixo ( $\leq 43$ ); moderado/médio ( $24 \leq x \leq 56$ ); e elevado ( $\geq 57$ ) (Stamm, 2010).

Quanto à consistência interna da versão portuguesa, para as subescalas da Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Stress Traumático Secundário, o valor para o alpha de cronbach é de  $.86$ ,  $.71$  e  $.83$ , quanto à fiabilidade obtidos no pré-teste ( $\alpha = .60$ ,  $.63$  e  $.68$ ), estão muito próximos do ProQOL5 original ( $\alpha = .88$ ,  $.75$  e  $.81$ ) (Carvalho & Sá 2011). Ressalva-se que o ProQOL – V não é indicado como teste de diagnóstico, visto que a fadiga por compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

(DSM – V). Assim, o instrumento é recomendado para fins de pesquisa, cujos resultados devem ser interpretados como reflexos de que há compromisso e empenho profissional quando as pontuações de satisfação por compaixão forem altas, e de que há prenúncios de desequilíbrio emocional entre indivíduo/organização quando as pontuações de fadiga por compaixão forem altas, sendo que tal desequilíbrio não é de natureza patológica.

A utilização desta versão portuguesa foi autorizada após efetuada uma requisição no site do instrumento.

### **Procedimento de Recolha de Dados**

A recolha dos dados foi realizada apenas de uma forma, através do preenchimento dos questionários em formato papel. Estes foram distribuídos por médicos de família espalhados pelos diversos centros de saúde/ Unidades de Saúde Familiar da área de Lisboa e Vale do Tejo entre o ano de 2018 e 2019.

De forma a obter mais questionários preenchidos e de forma mais rápida possível, foi criada uma versão *online* (através da plataforma *Google Drive*) que foi partilhada com outros médicos de família da mesma zona do país, porém tal não foi utilizada uma vez que não teve qualquer tipo de adesão. Cremos que se deve à perceção de garantia da confidencialidade que o papel fornece.

### **Procedimento de Tratamento de Dados e Análise Estatística**

Todos os dados foram recolhidos em formato papel sendo depois exportados para formato digital num programa criado para a análise de dados estatísticos o *software* Statistical Package for the Social Sciences (IBM.SPSS) versão 21. Todas as respostas dadas numa medida nominal foram transformadas em medidas ordinais para a sua possível análise no programa informático, como foi o caso das variáveis: “Sexo”, “Estado conjugal”, “Estatuto Laboral”, “Zona/Região de trabalho” e “Modelo USF/UCSP”.

Os dados foram tratados e analisados através de métodos estatísticos que nos pareceram adequados para o propósito desta dissertação e as suas características. Sendo um estudo quantitativo realizou-se uma análise descritiva da amostra possível de colocar em evidências as características mais salientes da mesma através de frequências e respetivo valor percentual, medidas de localização, medidas de dispersão e medidas de assimetria e achatamento, consoante a natureza das variáveis. Também com o mesmo objetivo de resumir a informação que consta nas escalas e subescalas dos instrumentos foi realizada uma análise descritiva dos instrumentos através de medidas de localização,

medidas de dispersão, frequências e respetivo valor percentual. Por fim, e de forma a dar respostas aos objetivos em cima proposto realizou-se uma análise correlacional de modo a analisar as associações entre as diversas variáveis em estudo e com o objetivo de compreender a intensidade e direção da relação entre elas, através de medidas como o Chi-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ) Coeficiente de Contingência (C), e Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

## Resultados

### Análise Descritiva dos Instrumentos

#### Professional Quality of Life Scale (PROQOL)

Como referido anteriormente a Satisfação por Compaixão é explicada pelo prazer que o colaborador retira do seu trabalho por se sentir capaz de o realizar de forma competente. Esta competência pode ser sentida através de feedback direto (nos casos dos médicos de família pode tratar-se de um elogio de um paciente), sentir-se uma mais-valia num grupo de trabalho ou, ainda, sentir que o seu trabalho contribui para uma causa maior. A satisfação dos profissionais de saúde em relação ao seu trabalho são calculados através da transformação dos resultados brutos em resultados notas *t* conforme sugere a autora desta prova (Stamm, 2010)

Estes resultados são em seguida comparados com pontos de corte que são iguais para cada sub-escala: baixo ( $\leq 43$ ); moderado/médio ( $44 \leq x \leq 56$ ); e elevado ( $\geq 57$ ) (Stamm, 2010).

Na nossa amostra, 6 dos 42 médicos de família inquiridos (14.4%) obtiveram resultados inferiores a 43 nas suas respostas, o que demonstra uma insatisfação geral com o trabalho, 28 (66,6%) demonstraram resultados compreendidos entre 44 e 56 que demonstra uma satisfação por compaixão moderada e, por fim, 8 dos 42 médicos (19%) reportaram níveis elevados de satisfação por compaixão ( $\geq 57$ ). Estes resultados de forma geral demonstram que estes profissionais estão satisfeitos com o seu trabalho, que sentem que têm um feedback positivo diretamente dos seus utentes ou das suas chefias e/ou que estão a contribuir para uma causa maior.

A escala de *Burnout* é, neste estudo, uma das variáveis da fadiga por compaixão. Associa-se a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho diário que a profissão apresenta expresso em diversas formas, como o sentimento que por mais esforços feitos estes não irão ser um contributo válido para o utente/equipa, o sentimento

de incapacidade de lidar com o volume de trabalho, ou o sentimento de não haver um ambiente de suporte suficientemente capaz de colmatar os aspetos negativos da profissão (como a falha). A nossa amostra informa-nos que dos 42 médicos inquiridos 10 (23,8%) apresentam níveis baixos ( $\leq 43$ ) de *burnout*. 23 dos inquiridos (54,8%) apresentam níveis moderados de *burnout* ( $44 \leq x \leq 56$ ) e, por fim 9 (21,4%) apresentam níveis elevados de *Burnout* ( $\geq 57$ )

A subescala Stress Traumático Secundário (STS) expressa-se essencialmente por sentimentos de medo, ou por evitamento a expor-se a situações que recordem eventos traumáticos de um outro. Nesta escala 13 dos 42 (40%) inquiridos apresentaram níveis baixos de STS ( $\leq 43$ ), 20 (47,6%) demonstraram níveis médios ( $44 \leq x \leq 56$ ) e os restantes 9 (21,4%) apresentaram níveis elevados de STS ( $\geq 57$ ).

#### Questionário de Função Reflexiva 8 (RFQ-8)

Como já referido anteriormente o funcionamento reflexivo (FR) é a manifestação da capacidade de mentalizar, e é referido como a capacidade de entender, antecipar e interpretar o próprio comportamento e o comportamento dos outros à luz dos estados mentais subjacentes (Fonagy, Steele, Steele, Moran e Higgitt, 1991). Este questionário é então bipolarizado em duas subescalas: Certeza (RFQ\_C) e Incerteza (RFQ\_I) que se destinam a explorar dimensões opostas da mentalização: hiper-mentalização e hipomentalização, respetivamente.

Do total de 42 médicos de família inquiridos, 30 (71,5%) obtiveram resultados que se concentram na subescala certeza, 4 (9,5%) na subescala de Incerteza e 8 (19%) obtiveram resultados que não são possíveis de classificar nestas duas extremidades, que segundo o autor deste teste significa que estes médicos têm uma Função Reflexiva genuína.

#### **Análise Correlacional**

De forma a chegarmos a resultados que no permitam alcançar os objetivos a que nos propusemos anteriormente, foram efetuadas algumas correlações que consoante a literatura já existente, nos pareceram essenciais para caracterizar a Qualidade de Vida Profissional.

Assim, a partir da análise correlacional entre a variável “Satisfação por Compaixão” e a variável sociodemográfica “Agregado Familiar” através de coeficiente de Correlação de *Pearson*, demonstra-se que existe relação estatisticamente significativa

entre ambas ( $p = 0.038$ ,  $p < 0.05$ ). Os dados demonstram que parece existir uma relação positiva entre elas, demonstrando uma boa magnitude ( $r = 0.322$ ,  $r > 0.3$ ) esta relação demonstra que a família tem um peso no aumento/manutenção da Satisfação por Compaixão do médico de família. Neste caso deveremos considerar quanto mais suporte do agregado familiar, mais nível de satisfação sentida pelo médico de família no seu trabalho.

A partir da análise correlacional entre a subescala “Certeza” da variável “Função Reflexiva” e os resultados da subescala de Satisfação por Compaixão do teste ProQol através de coeficiente de Correlação de *Pearson*, demonstra-se que existe relação estatisticamente significativa entre ambas ( $p = 0.003$ ,  $p < 0.05$ ) (ver tabela 1). Os dados demonstram que parece existir uma relação positiva entre elas, demonstrando uma boa magnitude ( $r = 0.441$ ,  $r > 0.3$ ): quanto maior o nível de mentalização excessiva (hipermentalização), maior o nível de satisfação e de realização sentida pelo médico de família no seu trabalho.

Consistentemente, foi-se verificar o nível de correlação entre a subescala “Incerteza” da variável “Função Reflexiva” e os resultados da subescala de “Satisfação por Compaixão” do teste ProQol, utilizando o mesmo tipo de análise. Assim, foi possível observar uma relação estatisticamente significativa, demonstrando desta vez uma relação negativa entre ambas ( $r = -0.542$ ,  $r > -0.3$ ;  $p = 0.001$ ,  $p < 0.05$ ) (ver tabela 1), sendo-nos possível observar que quanto maior o nível de mentalização concreta (hipomentalização), menor o nível de satisfação e de realização sentida pelo profissional de saúde. A partir destes dados ainda nos foi possível verificar através robustez da magnitude apresentada pelo nível de mentalização concreta (hipomentalização) que esta tem um papel influenciador mais forte para o nível de Satisfação e realização com o trabalho do que um maior nível de capacidade reflexiva (hipermentalização).

**Tabela 1:** Correlação entre as subescalas “Certeza” e “Incerteza” da variável “Função Reflexiva” e a variável “Satisfação por Compaixão”

		Satisfação por Compaixão	
		Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>	<i>P-value</i>
Variável (RFQc)	<i>Certeza</i>	0.441	0.003*
Variável (RFQu)	<i>Incerteza</i>	-0.542**	0.001**

*Nota:* \* Coeficiente estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ), \*\* Coeficiente estatisticamente muito significativo ( $p < 0.01$ ).

A partir da análise correlacional entre a subescala “Certeza” da variável “Função Reflexiva” e os resultados da subescala “*Burnout*” da variável Fadiga por Compaixão do teste ProQol através de coeficiente de Correlação de *Pearson*, demonstra-se que existe relação estatisticamente significativa entre ambas ( $p = 0.002$ ,  $p < 0.05$ ) (ver tabela 2). Os dados demonstram que parece existir uma relação negativa entre elas, demonstrando uma boa magnitude ( $r = -0.472$ ,  $r > 0.3$ ): quanto maior o nível de mentalização excessiva (hipermentalização), menor o nível de *Burnout* sentido pelo médico de família no seu trabalho. De modo a avaliar ambas as subescalas da variável Fadiga por Compaixão fomos ainda correlacionar a subescala “Certeza” da variável “Função Reflexiva” e os resultados da subescala “Stress Traumático Secundário” da variável Fadiga por Compaixão que também demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre ambas ( $p = 0.006$ ,  $p < 0.05$ ). Os dados demonstram que parece existir uma relação negativa entre elas ( $r = -0.416$ ,  $r > 0.3$ ), logo quando maior o nível de mentalização excessiva (hipermentalização) menor o nível de Stress Traumático Secundário sentido pelo médico de família.

A partir da análise correlacional entre a subescala “Incerteza” da variável “Função Reflexiva” e os resultados da subescala “*Burnout*” da variável Fadiga por Compaixão do teste ProQol através de coeficiente de Correlação de *Pearson*, demonstra-se que existe relação estatisticamente significativa entre ambas ( $p = 0.006$ ,  $p < 0.05$ ) (ver tabela 2). Os dados demonstram que parece existir uma relação positiva entre elas, demonstrando uma boa magnitude ( $r = 0.415$ ,  $r > 0.3$ ): quanto maior o nível de mentalização concreta (hipomentalização), maior o nível de *Burnout* sentido pelo médico de família no seu trabalho. De modo a avaliar ambas as subescalas da variável Fadiga por Compaixão fomos ainda correlacionar a subescala “Incerteza” da variável “Função Reflexiva” e os

resultados da subescala “Stress Traumático Secundário” da variável Fadiga por Compaixão que também demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre ambas ( $p = 0.001, p < 0.05$ ) (ver tabela 2). Os dados demonstram que parece existir uma relação positiva entre elas ( $r = 0.494, r > 0.3$ ), logo quando maior o nível de mentalização concreta (hipomentalização) maior o nível de Stress Traumático Secundário sentido pelo médico de família.

Estes resultados demonstram de forma genérica que quanto mais Função Reflexiva (sendo um aspeto negativo por excesso de mentalização) menor Fadiga por Compaixão. Enquanto que quanto menos Função Reflexiva (entenda-se incapacidade de sair do concreto) maiores níveis de Fadiga por Compaixão sentidos pelo médico de família.

**Tabela 2:** Correlação entre a subescala “Certeza” da variável “Função Reflexiva” e as subescalas “Burnout” e “Stress Traumático secundário” da variável “Fadiga por Compaixão”.

	<i>Burnout</i>		<b>Stress Traumático Secundário</b>	
	Coefficiente de Correlação de <i>Pearson</i>	<i>P-value</i>	Coefficiente de Correlação de <i>Pearson</i>	<i>P-value</i>
<b>Variável Certeza (RFQc)</b>	-0.472	0.002**	-0.416	0.001**
<b>Variável Incerteza (RFQu)</b>	0.415	0.006**	0.494	0.006**

*Nota:* \* Coeficiente estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ), \*\* Coeficiente estatisticamente muito significativo ( $p < 0.01$ ).

A partir da análise de associação entre as duas variáveis, através do Coeficiente de Contingência ( $C$ ) e do Chi-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ), “Fadiga por Compaixão” e “Modelo A de Unidade Saúde Familiar” (USFa), pode verificar-se que existe relação significativa entre elas já que  $p = 0.024$  ( $p < 0.05$ ) com valores de relação moderados  $C = 0.329$  ( $C > 0.3$ ) (ver tabela 3).

A partir da mesma análise, utilizando na mesma do Coeficiente de Contingência ( $C$ ) e o Chi-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ) verificou-se que não existe relação significativa entre “Fadiga por Compaixão” e “Modelo B de Unidade de Saúde Familiar” (USFb) uma vez que  $p = 0.269$  ( $p > 0.05$ ) (ver tabela 3).

Por fim, a partir da análise de associação entre as duas variáveis, através do Coeficiente de Contingência ( $C$ ) e do Chi-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ), “Fadiga por Compaixão” e “Modelo Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados” (UCSP) verificou-se que não existe relação significativa uma vez que  $p = 0.341$  ( $p > 0.05$ ) (ver tabela 3),.

**Tabela 3:** Associação entre as variáveis “Fadiga por Compaixão” e “Modelo A de Unidade Saúde Familiar”.

<b>Fadiga Por Compaixão</b>				
	Coeficiente de Contingência ( $C$ )		Chi-quadrado de <i>Pearson</i> ( $\chi^2$ )	
	Valor	p-value (p)	Valor	p-value (p)
<b>USFa</b>	0.329	0.024*	5.110	0.024*
<b>USFb</b>	0.168	0.269	1.224	0.269
<b>UCSP</b>	0.145	0.341	0.908	0.341

### Discussão

Neste capítulo propomo-nos a pensar sobre os resultados obtidos, à luz da base teórica. O principal objetivo é pensar sobre o papel da Fadiga por Compaixão na vida emocional dos médicos de família e o seu impacto para a sua vida profissional e pessoal, mas também para aqueles que recebem os seus cuidados. Achamos também importante refletir sobre as limitações desta investigação e linhas orientadores para os próximos estudos nesta área.

Através de uma análise apenas dos resultados obtidos através do teste *ProQOL-5* verificamos que os médicos de família desta amostra concentram os resultados em níveis moderado nas três subescalas (SC 66,6%; BO 54,8%; STS 47,6%), o que é comitente com os resultados obtidos por Račić *et al.* (2019), numa amostra de médicos de família da Bósnia e Herzegovina. Com estes resultados e consultando a autora do teste (Stamm, 2010), é possível afirmar, em geral, que estes profissionais de saúde conseguem retirar satisfação da sua profissão e do seu dia-a-dia laboral não se sentindo sobrecarregados, sendo reforçados positivamente através dos seus pacientes e/ou chefias acreditando que o seu esforço é recompensado e tem um objetivo concreto.

Apesar destes resultados nos parecerem otimistas não podemos desconsiderar que estes profissionais de saúde também obtiveram resultados moderados nas subescalas de *burnout* e stress traumático secundário que, em conjunto, definem a Fadiga por Compaixão. Assim, consideramos que existe um risco de estes profissionais de saúde desenvolverem Fadiga por Compaixão devido, sobretudo, ao constante contacto com o sofrimento do outro, havendo a necessidade urgente de implementar medidas que protejam os médicos de família deste sofrimento (Ghazanfar *et al.*, 2018; Račić *et al.*, 2019).

Sendo um dos objetivos deste estudo saber se os fatores sociodemográficos podem servir de protetores ou de risco para a Fadiga de Compaixão, foi realizada uma análise correlacional entre estes. De forma contrária ao que demonstra a literatura, o género (Kleiner, & Wallace, 2017), a idade (Ghazanfar *et al.*, 2018), os anos de profissão (Hamilton *et al.*, 2016; Chan *et al.*, 2015) e estado conjugal (Kleiner, & Wallace, 2017) não influenciam a fadiga por compaixão, uma vez não ter sido registada uma correlação estatisticamente significativa entre elas. As duas exceções foram verificadas nos fatores sociodemográficos “agregado familiar” e “Unidade de Saúde Familiar (USF)”. Na nossa amostra verificámos que tal como indica a teoria o agregado familiar é um fator essencial para o bem-estar da saúde mental dos profissionais de saúde, ou seja, quanto mais coesa é a rede de suporte familiar maior é o nível de satisfação por compaixão, isto é, melhor o médico de família se sente em relação ao seu desempenho laboral, aumentando assim os seus níveis de motivação e compromisso com o trabalho, evitando que este adoença. (Lago & Codo, 2013). Esta rede de suporte não funciona apenas como momentânea estanque, consideramos que é algo mais ou menos estável ao longo do tempo, quer na sua função quer na sua estrutura (Pronk, 2005), funcionando como um mecanismo de manutenção da Satisfação por Compaixão. Mesmo o constructo avaliado tendo sido o número de elementos do agregado familiar, acreditamos que o que sustenta esta rede de suporte e por consequência a Satisfação por Compaixão nos médicos de família é a qualidade dessas mesmas relações (Poelmans, Stepanova & Masuda, 2008, cit. in Gareis, Barnett, Ertel & Berkman, 2009). Já sobre a segunda exceção – as unidades de saúde familiar- e sabendo que a Qualidade de Vida Profissional está dependente não só do próprio sujeito, mas também do contexto, quisemos avaliar, de forma a ser possível sustentar uma reflexão, de que forma os modelos das Unidades de Saúde Familiar (USF) influenciam este constructo. Sabendo da divisão das USF em dois modelos (A e B) e juntando o modelo único antigo, os Modelos Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

(UCSP), chegámos ao resultado que os médicos de família que trabalham no Modelo A das USF apresentam maiores níveis de Fadiga por Compaixão. Tal poderá ser explicado porque o Modelo A é considerado um modelo de transição entre as UCSP, que têm muito pouca autonomia, para uma fase onde o sucesso da USF depende dos profissionais que a integram, mas que são fiscalizadas várias vezes em espaços curtos de tempo, havendo a constante necessidade de aprimoramento dos serviços prestados pela USF-A e pelos médicos de família que aí trabalham, aumentando assim a pressão de sucesso na mesma. Assim, consideramos que urge a necessidade de repensar a transição UCSP para USF-A para que esta possa acontecer de forma mais suave, dando a mesma autonomia a estes profissionais, porém retirando-lhes alguma pressão para que a adaptação seja feita de forma mais progressiva.

Ao analisar os resultados obtidos pelo teste Reflective Function Questionary (Fonagy *et al.* 2016) podemos constatar que a maioria dos médicos de família inquiridos neste estudo têm pontuações mais elevadas nos itens que correspondem à subescala da Certeza – isto é – da hipermentalização (71.4%). Conforme nos informam os autores deste teste, tal significa que estes profissionais de saúde mentalizam sobre os estados mentais de um outro de forma rápida, sem terem evidências para sustentar essa mesma mentalização e devido a essa rápida mentalização têm uma noção da sua Função Reflexiva particularmente boa e “certeira” (Fonagy *et al.* 2016). Visto que é parte do trabalho do médico de família recorrer à empatia de forma a estabelecer uma relação duradoura e com bases enraizadas na confiança (Clucas & Claire, 2011; Halpern, 2007), estes resultados acabam por ser surpreendentes para nós, pois seria de esperar, segundo esta premissa, que os médicos tivessem a disponibilidade de dar espaço ao outro para se revelar sobre si próprio, sobre a doença e sobre como isso afeta as restantes esferas onde o utente atua. Desta forma, e analisando estes resultados de forma individual, decidimos avançar com uma análise correlacional entre a Qualidade de Vida Profissional (que englobam a Fadiga por Compaixão e a Satisfação por Compaixão) e a Função Reflexiva.

A capacidade excessiva de pensar (hipermentalização) faz com que o médico de família tenha maiores níveis de satisfação por compaixão, que envolvem sentimentos de competência. Porém de acordo com a teoria, compreendemos que esta noção de competência, proveniente da ideia de conexão rápida e fácil com outro, não é necessariamente real podendo estar associada a uma fantasia em torno da sua profissão. Concomitantemente o pensamento concreto (hipomentalização) faz com que a dimensão de Satisfação por Compaixão seja sentida de forma negativa. Tal leva-nos a pensar que

estes médicos na sua prática diária se encontrem desmotivados, com sentimentos de desesperança e em risco de *Burnout* (Stham, 2010). Verificou-se ainda que o impacto da hipomentalização na Satisfação por Compaixão é sentido como mais negativo tendo mais impacto nos médicos de família, do que o impacto da hipermentalização é sentido como positivo, pelos mesmos.

Ainda na nossa amostra, verificou-se que os sujeitos que tendem a utilizar uma estratégia de hipermentalização acusam menor Fadiga por Compaixão, ou seja, estão em menor risco de *Burnout*, não sentindo (ou com menor frequência) sentimentos de desesperança e sentimentos negativos face à sua prestação no quotidiano, já que a sua noção de si está associada a uma imagem de hipercompetência, provavelmente ligada à imagem que têm da sua profissão e da sua importância, havendo uma proteção do self face a sentimentos negativos e/ou falhas na sua performance laboral. Pelo contrário, os médicos de família que tendem a utilizar estratégias de hipomentalização acusam níveis elevados de Fadiga por Compaixão estando mais expostos ao risco de *Burnout*. Acreditamos que este maior desgaste emocional dos sujeitos que utilizam a hipomentalização se deve ao facto de estes, contrariamente aos sujeitos que utilizam hipermentalização, terem uma maior capacidade de reconhecimento das suas limitações (Fonagy, 2016), logo uma maior consciência de si e das suas falhas que os leva ao desgaste mais rapidamente.

Refletindo sobre estes parágrafos somos levados a pensar que mesmo a estratégia de hipermentalização sendo desajustada, acaba por ser uma estratégia mais protetora para o próprio, porém pode tornar-se danosa para o outro, uma vez que, ao fundamentar a sua prática na sua noção hipercompetência pode não corresponder à realidade ao torna-se indisponível de ouvir e reconhecer as verdadeiras necessidades do outro. Tal como referido anteriormente na nossa conceptualização teórica consideramos que esta estratégia está relacionada com a tentativa destes profissionais de saúde regularem a sua autoestima e a sua visão de competência enquanto profissionais, o que nos leva a pensar sobre a definição funcional do narcisismo desenvolvida por Stolorow e Lachmann (1983, *cit in* Mesquita 2013), onde em casos de clara vulnerabilidade narcísica, o sujeito utiliza operações mentais que tem ao seu dispor de forma a regular o mesmo com o objetivo de manter a coesão e a estabilidade do *self*. Estas operações mentais passam pela utilização do outro (neste caso o paciente), para que o médico de família possa espelhar a sua noção de competência e certeza sobre o que outro pensa (hipermentalização) e, ao ver o retorno dessa imagem – como se se visse ao espelho – vai reforçar e validar essa mesma noção

de grandiosidade. Assim desenvolvesse um *self-ideal defensivo* livre de afetos e considerações nocivas para o *self*, o qual permite a regulação da autoestima e a manutenção da ligação com outros, ainda que seja necessária uma constante validação deste *self* grandioso (Mesquita, 2013), neste caso, por parte de utentes ou de colegas profissionais. Assim, considerando a hipermotivação como um fator protetor do *self*, podemos justificar os níveis médios/elevados que encontramos na nossa amostra de Satisfação por Compaixão, pois tal como afirmam Fernando III e Consedine (2017), embora os médicos dos cuidados de saúde primários valorizem o contacto interpessoal, estes são os que mais possuem barreiras à compaixão. Sabemos que estes tipos de defesas são inconscientes, moldáveis ao longo do tempo e que têm falhas temporais (Perry *et al*, 2009), características que também definem a Função Reflexiva. Assim, havendo falhas neste mecanismo de defesa, os médicos entram em contacto com os seus próprios medos – por exemplo o de não ser competente e assim não admirado pelo outro – o que aumenta o risco de *Burnout* e Stress Traumático Secundário ao haver um contacto mais “despido” com outro.

### **Limitações, Principais Conclusões e sugestões para estudos futuros**

Apesar desta temática em Portugal ainda ser pouco estudada concluímos que esta dissertação pode ser um ponto de partida para pensarmos de forma construtiva sobre o assunto e tentar agir, enquanto psicólogos, junto dos nossos parceiros profissionais de saúde ao ajudar a garantir um maior bem-estar e assim uma maior qualidade de vida profissional. Assim, seria possível aos médicos de saúde familiar prestarem um melhor serviço às suas comunidades, tornarem-se mais eficientes e centrados no utente, aumentando a eficácia na sua prática clínica reduzindo a probabilidade de erro ajudando também à redução de custos no sector da saúde. Pegando no título desta dissertação “Penso logo existo, Cuido logo sofro?” podemos concluir que sim, existe sofrimento por parte dos médicos de família ao cuidar do sofrimento do outro, demonstrado pela maioria das respostas centradas nos níveis médios e elevados nas subescalas de *burnout* e stress traumático secundário do teste *ProQOL-5*. Ainda assim, podemos afirmar que os médicos se sentem satisfeitos no seu local de trabalho ainda que através de mecanismos psíquicos de defesa que colmatam os aspetos negativos. Urge a necessidade de repensar não só as estruturas administrativas em que estes médicos de família se inserem, mas também de olhar para estes profissionais como falíveis, como outro qualquer ser humano que

necessita de cuidados e de acompanhamento. Só assim estes níveis médios/elevados de Satisfação por Compaixão resultantes da nossa amostra podem manter-se, mas sendo sustentados por uma “genuína” Satisfação por Compaixão (isto é, proveniente apenas e só dos resultados positivos reais do seu trabalho) e não sustentada em mecanismos de defesa.

Neste estudo apontamos como limitações: a) a não existência de uma amostra probabilística, mas sim de conveniência, o que limita não só o tamanho da mesma mas também a possível generalização dos resultados; b) o teste ProQOL-5 medir o conceito de Fadiga por Compaixão de forma indireta através das subescalas *burnout* e stress traumático secundário, uma vez que existe na literatura alguma dificuldade em distinguir estes dois conceitos; c) a dificuldade em estabelecer um ponto de corte validado e claro no Questionário de Função Reflexiva 8 tendo sido utilizado aquele que é mais comum na literatura.

A principal sugestão para futuros estudos é claramente obter uma amostra probabilística, de maior número e de diversos pontos do país para que seja possível obter resultados que sejam generalizáveis. Uma vez que todos os constructos avaliados nesta dissertação sofrem alterações ao longo do tempo (mudanças pessoais e/ou do contexto onde se inserem), seria interessante fazer este tipo de estudos e de avaliação do panorama nacional de forma longitudinal e não transversal como esta dissertação demonstra.

## Referências Bibliográficas

- Abendroth, M. (2005). Predicting the Risk of Compassion Fatigue: An Empirical Study of Hospice Nurses. Retrieved from [http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU\\_migr\\_etd-0041](http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-0041)
- Allen, *et al.* (2005). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 21(5) 11-6.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>.
- Beaton, R. & Murphy, S. (1995). Working with people in crisis: Research implications. IN: Figley, C. (Ed.). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York and London: Brunner-Routledge.
- Becker, L. (2011). *Psicologia para concursos e graduação: teoria e questões*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Bevington, D., Fuggle, P., Cracknell, L. & Fonagy, P. (2017). *Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment: A guide for teams to develop systems of care*. New York: Oxford University Press.
- Biscaia, A. (2006). Reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22. 67-79
- Bouchard, MA., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, LM., Schachter, A. & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.47>.
- Brackett, M., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J. & Salovey, M. (2010). Emotion-regulation ability, *burnout*, and job satisfaction among british secondary-school teachers. *Psychology in the schools*, 47(4), 406-417. Doi: 10.1002/pits.
- 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.
- Chan, A., Chan, Y., Chuang, K., Ng, J., & Neo, P. (2015). Addressing physician quality of life: understanding the relationship between burnout, work engagement, compassion fatigue and satisfaction. *Journal of Hospital Administration*, 4(6), 46-55.

- Clucas, C. & Claire, L. (2011) Influence of patients' self-respect on their experience of feeling respected in doctor–patient interactions, *Psychology, Health & Medicine*, 16:2, 166-177, DOI: 10.1080/13548506.2010.542168
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Cucchi, A., Hampton, J.A. & Moulton-Perkins, A. (2018). Using the validated reflective functioning questionnaire to investigate mentalizing in individuals presenting with eating disorders with and without self-harm. *PeerJ*, 6, e5756. <https://doi.org/10.7717/peerj.5756>.
- Cunha, K.C. (2009) *Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho em instituições de saúde. In Rossi, A.M., Quick, J.C., Perrewé P.L., Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: o positivo e o negativo*. São Paulo: Atlas. Pp. 225-255
- Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L. & Battistelli, A. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 74–81. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>.
- De Waal, F.B.M. (2012). *The antiquity of empathy*. *Science* 336, 874–876.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-10.
- Dev, V., Fernando III, A., Kirby, J., & Consedine, N. (2018). Variation in the barriers to compassion across healthcare training and disciplines: a cross-sectional study of doctors, nurses, and medical students. *International Journal of Nursing Studies*, 90, 1-28.
- Despacho n.º 24 100/2007 de 22 de outubro – Diário da República, 2.ª série – N.º 203. (30419)~
- Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro – Diário da República – I Série B – n.º 34. (1256 – 1258).
- Diário da República. (16 de Fevereiro de 2006). *Despacho normativo n.º 9 / 2006*. Ministério da Saúde, 12 de Janeiro de 2006 – O ministro da saúde, António Fernando Correia de Campos.
- Diário da República, 2ª série – N.º 203. (22 de Outubro de 2007). *Despacho n.º 24 101/2007*. Ministério da Saúde, 8 de Outubro de 2007 – O ministro da saúde, António Fernando Correia de Campos.

- Direção Geral de Saúde (2015). *Estudo da Satisfação dos Utentes dos Sistema de Saúde Português* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-de-satisfacao-dos-utentes-do-sistema-de-saude-portugues-2015-pdf.aspx>.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Estudo sobre as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados de saúde personalizados*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Fernando III, A., & Consedine, N. (2014). Beyond compassion fatigue: the transactional model of physician compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 289-298.
- Fernando III, A., & Consedine, N. (2017). Barriers to medical compassion as a function of experience and specialization: psychiatry, pediatrics, internal medicine, surgery, and general practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(6), 979-987.
- Figley, C. R. (1995). *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* (p. 3–28). The Sidran Press.
- Figley, Cr. (2002). *Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care*. *Journal of clinical psychology*. 58. 1433-41. 10.1002/jclp.10090.
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., Taubner, S., Tmej, A., Rentrop, M., Buchheim, P., & Fonagy, P. (2011). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder: Correction to Fischer-Kern et. al. (2010). *Psychoanalytic Psychology*, 28(1), 74. <https://doi.org/10.1037/a0022611>.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *JAPA*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008a). *Handbook of mentalizing in Mental Health practice*. Arlington: APA.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008b). The development of borderline personality disorder: A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4–21. DOI 10.1521/pedi.2008.22.1.4.

- Fonagy, P., Bateman, A. & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *The British Psychological Society*, 84(1), 98-110. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x>.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P. & Lowick, B. (2016). *Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire*. *PLOS ONE*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self. *Pathology. Journal of Personality disorders*. 20(6), 544-576.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual. Version 5 for application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Gareis, Karen & Barnett, Rosalind & Ertel, Karen & Berkman, Lisa. (2009). Work Family Enrichment and Conflict: Additive Effects, Buffering, or Balance?. *Journal of Marriage and Family*. 71. 696-707. [10.1111/j.1741-3737.2009.00627.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00627.x).
- Ghazanfar, H., Chaudhry, M., Asar, Z., & Zahid, U. (2018). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue in cardiac physicians working in tertiary care cardiac hospitals in pakistan. *Cureus*, 10(10), 1-7.
- Grossman, E., Zimmermann, P. (1999), A wider view of attachment and exploration. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. J. Cassidy & P. R. Shaver. New York: Guilford, 760–786.
- Guterres, A. (2015). *A especialidade de medicina Geral e Familiar*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra.
- Hamilton, S., Tran, V., & Jamieson, J. (2016). Compassion fatigue in emergency medicine: the cost of caring. *Emergency Medicine Australasia*, 28(1), 100-103

- Halpern, J. (2007). Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 696–700.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 2(3), 96-99. doi:10.1111/1467-8721.ep10770953.
- Harvey, D. (2000). *Condição pós-moderna: Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. (9. ed.). São Paulo: Loyola
- Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing*, 92: 22(4), 116, 118-119, 121.
- Kerasidou, A., Horn, R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Med Ethics* 17, 8. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0091-7>
- Kieling, C. & Hauck, S. (2019). Psicoterapia baseada na mentalização. IN: A, Cordioli. & E, Grevet. (Eds.). *Psicoterapias: abordagens atuais*, 236-249. Porto Alegre: Artmed.
- Kleiner, S., & Wallace, J. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of workfamily conflict. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-8.
- Kulkarni, P. (2013). A Literature Review on Training & Development and Quality of Work Life. *Journal of Arts, Science and Commerce* 4, 136-143
- 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.
- Limongi-França, A. (2004). Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós industrial. *Atlas*.
- Magalhães, N. (2013). Unidades de Saúde Familiar: O seu papel na reforma dos cuidados de saúde primários. Tese Mestrado, Universidade de Coimbra.
- Mallar, S. & Capitão, C. (2004). *Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade de São Francisco. *Psico-USF*, 9(1), 19-29.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: Report Number.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Organizational Behaviour. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *The Maslach Burnout Inventory* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Mesquita, I. (2013). *Disfarces de Amor: Relacionamentos Amorosos e Vulnerabilidade Narcísica*. Lisboa: Climepsi Ed.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2004). *Security-based self-representations in adulthood: contents and processes*. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (p. 159–195). Guilford Publications.
- Morin, E. M. (1996). *La quête du sens au travail. Le papier a présenté dedans 9e Congrès international de l'Association de Psychologie du travail de langue française*. Sherbrooke, France: Universidade de Sherbrooke
- Perry, J., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy, J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*, 121-153. Totowa, NJ US: Humana Press.
- 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.
- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25(1), 1-20.
- Pronk, N. (2005). The Challenge of Work and Family Balance. *ACSM'S Health & Fitness Journal*, 9 (3), 34-36
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais
- Račić, M., Virijević, A., Ivković, N., Joksimović, B., Joksimović, V., & Mijovic, B. (2019). Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 25(4), 630-637.
- Reddy, L.M. and Reddy, M.P. (2010) Quality of Work Life of Employees: Emerging Dimensions. *Asian Journal of Management Research*, 1, 827-839.
- Rossouw, T. (2015). The use of mentalization-based treatment for adolescents (TBM-A) with a Young woman with mixed personality disorder and tendencies to self-harm. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 178-187. Doi:10.1002/jclp.22153.
- SÁ, A. B. (1995). Filosofia e prática da clínica geral: consequências da sua especificidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 12. 47-53

- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1-11.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & SmithMacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
- Sprang, G., Clark, J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and *burnout*: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259-280.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Teixeira, C. Ribeiro, O. Fonseca, M. Carvalho, A. (2014) *Burnout* in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol.* 13:38. doi: 10.1186/1471-2253-13-38.
- Thomas, J. & Otis, D. (2010). Intrapsychic Correlates of Professional Quality of Life: Mindfulness, Empathy, and Emotional Separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83-95. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.7>.

# **Anexos**

## Anexo A



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

### **Termo de Consentimento Informado**

Tomei conhecimento de que a Professora Doutora Isabel Mesquita, do departamento de Psicologia da Universidade de Évora, está a desenvolver uma investigação sobre a *Fadiga por Compaixão* em Médicos Especialistas em Medicina Familiar, no sistema nacional de saúde, para compreender fatores protetores e fatores precipitantes dessa fadiga.

Neste âmbito, foram-me explicados os objetivos do trabalho e foi solicitada a minha colaboração.

Fui informado(a) de que a minha participação tem caráter anónimo e que os dados serão usados unicamente para fins de investigação. A minha colaboração tem carácter voluntário, podendo desistir em qualquer momento.

Compreendo que não irá existir qualquer tipo de remuneração ou custos pela minha participação neste estudo. É-me garantido que, sempre que necessitar, ser-me-á proporcionado qualquer esclarecimento.

Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim.

Aceito, pois, colaborar neste estudo e assino onde indicado.

Ass: \_\_\_\_\_

junho - Janeiro de 2018/2019

**Anexo B**

**Questionário Sociodemográfico**

**Data da aplicação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Idade** \_\_\_\_\_ **Sexo:** F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

**Formação académica** \_\_\_\_\_  
**NAECS\*** \_\_\_\_\_

**Estado conjugal:** casado \_\_\_\_\_ união de facto \_\_\_\_\_ divorciado \_\_\_\_\_  
solteiro \_\_\_\_\_ viúvo \_\_\_\_\_ outra situação \_\_\_\_\_

**Composição do agregado familiar:** \_\_\_\_\_

**Estatuto laboral:** EPCO\*\* \_\_\_\_\_ EPCP\*\*\* \_\_\_\_\_

**Zona/Região de trabalho:** \_\_\_\_\_

**USF**

**modelo A** \_\_\_\_\_ **Anos** \_\_\_\_\_

**USF modelo B** \_\_\_\_\_ **Anos** \_\_\_\_\_

**UCSP** \_\_\_\_\_ **Anos** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Anos de profissão:** \_\_\_\_\_

**Vínculo laboral:** \_\_\_\_\_

**Horas de trabalho (em média):** por dia \_\_\_ horas por semana \_\_\_ horas

**Número de utentes atendidos em média por semana:** \_\_\_\_\_

---

NAECS – número de anos de estudo com sucesso

EPCO – empregado por conta de outrem

EPCP – empregado por conta própria



## Anexo D

### Questionário de Função Reflexiva 8 (RFQ-8)

Fonagy *et al.*, 2016

#### Tradução e Adaptação portuguesa (2018)

Leia, por favor, as seguintes 8 afirmações. Escolha um número numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “*não concordo nada*” e 7 “*concordo totalmente*”, e faça um círculo à volta do número que melhor se aproxima de si, pessoalmente, em cada frase. Não pense muito na resposta – a primeira que lhe ocorrer é, normalmente, a melhor.

Use a seguinte escala de 1 a 7 nas suas respostas:

Não concordo nada	1	2	3	4	5	6	7	Concordo totalmente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

1. Os pensamentos das pessoas são um mistério para mim	1	2	3	4	5	6	7
2. Nem sempre sei porque faço o que faço	1	2	3	4	5	6	7
3. Quando fico zangado digo coisas sem realmente saber porque é que as digo	1	2	3	4	5	6	7
4. Quando me zango digo coisas das quais depois me arrependo	1	2	3	4	5	6	7
5. Se me sinto inseguro(a) posso comportar-me de uma maneira que incomoda os outros	1	2	3	4	5	6	7
6. Às vezes faço coisas sem saber exactamente porquê	1	2	3	4	5	6	7
7. Sei sempre o que sinto	1	2	3	4	5	6	7
8. Muitas vezes sentimentos fortes ofuscam-me o pensamento	1	2	3	4	5	6	7

Fonagy P., Luyten P., Moulton-Perkins A., Lee YW., Warren F., Howard S., *et al.* (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7):e0158678. doi: 10.1371/journal.pone.0158678