ANA CATARINA OLIVEIRA SANTOS

SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS, SATISFAÇÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO E ATITUDES PERANTE A MORTE EM ENFERMEIROS

Orientadora: Professora Doutora Barbara Gonzalez

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

ANA CATARINA OLIVEIRA SANTOS

SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS, SATISFAÇÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO E ATITUDES PERANTE A MORTE EM ENFERMEIROS

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 13 de Novembro de 2017 com o Despacho de Nomeação de Júri nº 191/2017 com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Barbara Nazaré

Arguente: Professora Doutora Ana Prioste

Orientadora: Professora Doutora Barbara Gonzalez

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2016

Agradecimentos

No culminar deste trabalho, desejo exprimir o meu reconhecimento a todas as pessoas, entidades e instituições, que das mais variadas formas contribuíram para que pudesse atingir os objetivos propostos, na realização desta Dissertação.

Agradeço, em primeiro lugar e em especial ao meu Pai pelo apoio, esforço e confiança, por acreditar em mim e estar sempre ao meu lado em todos os momentos do meu percurso académico, respeitando sempre as minhas escolhas. Pois proporcionou-me esta oportunidade e esteve constantemente disponível para me ouvir e compreender. Estou grata pelos conhecimentos, ensinamentos e valores transmitidos, e pela sua presença fundamental ao longo de toda a minha vida.

Ao meu namorado e companheiro de vida: Miguel, o meu agradecimento pela força, compreensão e incentivo durante todo este processo, pelo seu positivismo constante, por acreditar em mim e por estar sempre presente em todos os momentos da realização deste trabalho mostrando-me, constantemente que vale a pena lutar pelos nossos objetivos, sempre com a sua boa disposição tornando tudo mais simples e alegre.

À Doutora Barbara Gonzalez, professora do seminário de Dissertação em Psicologia Clínica e da Saúde, obrigada pela compreensão e apoio profissional, disponibilidade total, pelos ensinamentos e pela sua colaboração.

Agradeço a todos os que me acompanharam ao longo desta jornada, alguns mesmo estando longe, e que de diversas formas nunca deixaram de estar presentes, apoiando-me e tornando a realização deste trabalho possível. Em especial, à Vera Sequeira pela sua disponibilidade e ajuda incondicional, e à Denise pela força e confiança, pelas aprendizagens transmitidas durante a elaboração desta Dissertação, pela compreensão e sempre boa disposição para ajudar.

A todos os participantes enfermeiros e responsáveis dos centros hospitalares pela autorização, participação e disponibilidade em colaborar neste trabalho, estou consciente que o preenchimento do mesmo exigiu razoável consumo de tempo e disponibilidade, os meus agradecimentos.

Por fim, a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização desta Dissertação.

Toda a elaboração desta Dissertação tem um pouco de todos vós.

Por isso a todos, muito obrigada!

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar as variáveis satisfação das necessidades básicas, atitudes face à morte e satisfação e fadiga por compaixão em enfermeiros que lidam com a morte. Trata-se de um estudo comparativo, de natureza quantitativa e de cariz transversal, que compara enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos com enfermeiros que trabalham nas Urgências, nestas variáveis. Participaram 84 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 23 e os 58 anos de idade (M = 32.23; DP = 7.75). Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Satisfação das Necessidades Básicas (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva, 2012), ProQOL5 (Carvalho & Sá, 2011), Escala do Perfil de Atitudes Perante a Morte (Loureiro, 2010) e um Questionário sociodemográfico. Os resultados mostram que não existem diferenças entre os dois tipos de enfermeiros ao nível das dimensões em estudo e que se confirma que a satisfação das necessidades psicológicas básicas está negativamente associada à fadiga por compaixão e ao burnout. Conclui-se, ainda, que a satisfação das necessidades básicas e as atitudes perante a morte são preditoras do burnout e da satisfação por compaixão, não o sendo da fadiga por compaixão.

Palavras-Chave: Satisfação das Necessidades Básicas, Satisfação e Fadiga por Compaixão, Atitudes Perante a Morte, Enfermeiros que lidam com a Morte.

Abstract

This study aimed to analyze the psychological implications of the following variables: satisfaction of basic psychological needs, attitudes towards death, and satisfaction and fatigue compassion, in nurses that deal with death. This is a comparative, quantitative and cross-sectional study aimed at comparing nurses working in palliative care and those who work in the urgencies in the aforementioned psychological variables. A total of 84 nurses, aged between 23 and 58 years (M = 32.23; DP = 7.75), participated in the study. The assessment instruments used were: Basic Needs Satisfaction Scale (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva, 2012), ProQOL5 (Carvalho & Sá, 2011), Attitudes towards Death Scale (Loureiro, 2010) and a Sociodemographic Questionnaire. The results show that there are no differences between the two types of nurses in the studied dimensions and that the satisfaction of basic psychological needs is negatively associated with compassion fatigue and burnout. It is also concluded that satisfaction of basic needs and attitudes toward death are predictive of burnout and compassion satisfaction, but not of compassion fatigue.

Key-words: Basic Needs Satisfaction, Compassion Satisfaction and Fatigue, Attitudes toward death, nurses dealing with death.

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Tabela 2. Média, desvio padrão e intervalos de valores da satisfação das necessidades psicológicas básicas, satisfação e fadiga por compaixão e atitudes perante a morte

Tabela 3. Correlações entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas, a satisfação e fadiga por compaixão e as atitudes perante a morte na amostra total

Tabela 4. Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério fadiga por compaixão

Tabela 5. Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério burnout

Tabela 6. Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério satisfação por compaixão

Índice de Anexos

Anexo 1- Consentimento Informado

Anexo 2-Questionário Sociodemográfico

Anexo 3- Instrumento de avaliação - (BNSG)

Anexo 4- Instrumento de avaliação - (PROQOL5)

Anexo 5- Instrumento de avaliação - (DAP-R)

Abreviaturas, Siglas e Símbolos

α - Alfa de *Cronbach*ŋ

p^2 Eta quadrado parcial

% - Percentagem

χ^2 - Qui-quadrado

A- Autonomia

AA - Aceitação aproximação

AE - Aceitação escape

AN - Aceitação neutral

APA - American Psychological Association

B - burnout

BNS - Basic Need Satisfaction

BNSG - Basic Need Satisfaction in General Scale

C – Competência

DAP-R – Death attitude profile – revised

DF - BNS Total

EM - Evitamento da morte

FC - Fadiga por Compaixão

MM - Medo da morte

p - Nível de significância

PAPM- Perfil de Atitudes Perante a Morte

PROQOL 5 - Escala de qualidade de Vida Profissional versão 5**SC –** Satisfação por Compaixão

RP - Relações de pertença

SDT – Teoria da Auto-determinação

SC – Satisfação por compaixão

SFC – Satisfação e Fadiga por Compaixão

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Índice

Introdução 11

Teoria da autodeterminação e sua aplicação no domínio da saúde 12

Satisfação das necessidades psicológicas básicas 13

Satisfação e fadiga por compaixão nos profissionais de saúde 14

Atitudes perante a morte 17

Satisfação das necessidades básicas, atitudes perante a morte e fadiga e satisfação por compaixão 19

Objetivos e hipóteses 20

Método 21

Participantes 21

Procedimento 23

Instrumentos 23

Análises Estatísticas 27

Resultados 28

Discussão 33

Conclusão 37

Limitações do estudo 37

Implicações para a prática clínica e investigação 38

Referências 40

ANEXOS 47

Introdução

A morte é um acontecimento natural, universal, inevitável, que acaba por inquietar a omnipotência humana, e ao qual podemos atribuir diversos significados (Gama, 2013). Segundo Morin (1988), é impossível conhecer o homem sem se lhe estudar a morte, pois é na morte, talvez mais do que na vida, que o homem se revela: é nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental. Percebemos, assim, que a morte ocupa um espaço central nas nossas vidas. No entanto, não podemos falar indefinidamente da morte sem falar da vida, pois falar da organização da morte remete para a organização da vida (Urbain, 1997).

Ao longo dos séculos, a relação do Homem com a morte foi sendo diferente e mutável. O lugar que esta ocupa não tem sido simples nem estável, variando segundo a expetativa de vida, o grau de exposição à morte, o sentimento de controlo sobre a natureza (ausência de causalidade conhecida das doenças e contágio rápido) e o estatuto do indivíduo (Kastenbaum & Aisenberg, 1983). Contudo, a partir do séc. XX, houve um grande desenvolvimento das práticas de saúde, o que acarretou, grandes alterações nos padrões da morte e da doença: o ato de morrer deixou de ser vivido intimamente e em família, passando a ser o hospital, o lugar da morte dos tempos modernos. É também desta forma que surge a necessidade de uma reorganização e institucionalização das estruturas hospitalares (White, 2014).

Todas estas alterações vão implicar mudanças na forma de atuar nos cuidados prestados ao doente, nomeadamente no contexto profissional do enfermeiro, onde se dá um aumento da sua convivência com a morte. Estas mudanças podem provocar consequências psicológicas de sentido positivo: quando os profissionais as percepcionam como um desafio no seu crescimento pessoal e profissional, estas podem provocar diferentes graus de motivação, gratificação, apego e satisfação, principalmente na maneira como desempenham a tarefa. No entanto, as mudanças também podem acarretar algumas consequências psicológicas negativas, pelas dificuldades emocionais que desencadeiam e pelas consequências de sobrecarga destes profissionais, que, por sua vez, podem sofrer evitamento relacional e isolamento social e profissional. É importante salientar que o que se apresenta como um desafio positivo pode originar resultados negativos (White, 2014).

Com o presente estudo, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão desta problemática, explorando a associação entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas, a satisfação e a fadiga por compaixão e as atitudes perante a morte em enfermeiros que trabalham nas urgências hospitalares e nas unidades de cuidados paliativos. Tal conhecimento poderá contribuir para perceber se existem diferenças e em que vertentes, bem como analisar quais as implicações mais relevantes, em função das relação observada entre variavéis, nomeadamente se a satisfação das necessidades psicológicas básicas, enquanto variável de nível personológico, é preditora da satisfação, fadiga por compaixão e burnout. Espera-se assim contribuir, de forma indireta, para a melhoria futura da qualidade de vida profissional nas equipas de enfermagem, em função dos resultados encontrados.

Teoria da autodeterminação e sua aplicação no domínio da saúde

Antes de abordar a temática da satisfação das necessidades básicas, pertencente ao presente estudo, não podemos descurar a macro teoria da autodeterminação que está na base desta mini-teoria e que permite esclarecer conceitos pertinentes para este estudo. A teoria da autodeterminação (SDT) foi elaborada em 1981 por Ryan e Deci, que defendem que a saúde e o bem-estar psicológicos são resultantes de uma ligação com determinados desafios e propósitos da vida, ou seja, as razões pelas quais os indivíduos adotam determinados comportamentos de saúde dependem do tipo de motivação. Os autores constatam, ainda, que os objetivos inerentes à motivação variam de indivíduo para indivíduo e que são um *continuum* entre a motivação intrínseca e a motivação extrínseca, dependendo da forma que o indivíduo interioriza suas experiências (Deci & Ryan, 1985, 2002).

As necessidades psicológicas básicas (competência, autonomia e relações de pertença) são os nutrientes psicológicos necessários para um desenvolvimento saudável e um funcionamento eficaz, sendo essenciais para que os processos naturais operem de forma otimizada, mas também nutrem de elevada importância emocional, permitindo a previsão das condições sociais que promovem o desenvolvimento e o desempenho de alta qualidade. Visto que é uma teoria que tem por base a personalidade, em todos os contextos sociais e todas as diferenças individuais que apoiam a satisfação das

necessidades básicas vão facilitar os processos de crescimento natural, incluindo o comportamento intrinsecamente motivado e a integração de motivações extrínsecas, enquanto aqueles que impedem a autonomia, competência ou relações de pertença estão associados a uma menor motivação, desempenho e bem-estar (Deci & Ryan, 2000).

Satisfação das necessidades psicológicas básicas

A teoria da satisfação das necessidades psicológicas é uma micro teoria que se insere na teoria mais vasta da autodeterminação, que está muito relacionada com a personalidade, o comportamento em saúde e resultados de saúde (Simoneau & Bergeron, 2003). Esta teoria descreve a satisfação destas necessidades como um processo psicológico central pelo qual a motivação intrínseca, a tendência inata integrativa e a persecução de objetivos intrínsecos são facilitados, resultando em bem-estar e funcionamento ótimo, que, por sua vez abarcam, três dimensões: a autonomia, a competência e as relações de pertença. A necessidade de autonomia é definida como as decisões em conformidade com os valores pessoais do indivíduo e com um elevado nível de reflexão e consciência. Podemos dizer que esta necessidade é satisfeita quando o indivíduo age de acordo com os valores integrados. (Sheldon, Ryan, Deci & Kasser, 2004). No que diz respeito à necessidade de competência pessoal, está relacionada com a adaptação ao ambiente e refere-se a uma aprendizagem de um modo geral, assim como a um desenvolvimento cognitivo. Podemos, assim, dizer que a necessidade de competência é satisfeita quando o indivíduo experiencia interações e faz uma busca ativa no sentido de desenvolver capacidades e verificar se obtém ou não os resultados desejados com eficácia. (Deci & Ryan, 2000; Sheldon & Bettencourt, 2002). Por último, a necessidade das relações de pertença ou vínculo social surge na procura de relacionamentos com outras pessoas, grupos ou comunidades e também uma preocupação, responsabilidade, sensibilidade. Assim, a satisfação desta necessidade consiste em sentir-se próximo e ligado a outros, é uma tendência à proximidade e ao desejo de ligação (Deci & Ryan, 2000).

Com base nos estudos realizados por Ryan et al. (2008) e por Simoneau e Bergeron (2003), constatou-se que pacientes com maiores níveis de autonomia estarão mais motivados para fazer mudanças positivas nos comportamentos relacionados com a

saúde. Como objetivo final das necessidades intrínsecas, podemos dizer que se referem à integração do indivíduo no ambiente social, porém de forma coerente com os seus valores culturais. Estas necessidades fazem com que o indivíduo possa lidar com múltiplas variáveis do seu contexto, com segurança e intimidade com os outros e possa auto-organizar o seu comportamento (Deci & Ryan, 1990). Assim, podemos dizer que as três necessidades intrínsecas apresentam equifinalidade, isto é, elas são interdependentes e o desenvolvimento de uma gera o desenvolvimento das outras. É fundamental um bom contexto cultural que disponha de nutrientes para dar uma boa resposta sistemática às necessidades que surgem ao longo da vida, principalmente durante a infância, para que as necessidades intrínsecas se possam desenvolver adequadamente, mantendo o crescimento, a integridade e a saúde (Deci & Ryan, 2002).

A satisfação das necessidades básicas está associada a um conjunto de diferentes e variados resultados positivos, tanto ao nível educacional (Black & Deci, 2000), como ao nível da adesão à prática religiosa (Ryan, Rigby & King, 1993), na adoção de comportamentos de proteção do ambiente (Pelletier, Dion, Tuson & Green-Demers, 1999) e no campo da saúde, por exemplo ao nível da adoção de comportamentos relacionados com a saúde (Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996) e na motivação para o tratamento (Pelletier, Tuson & Haddad, 1997).

Satisfação e fadiga por compaixão nos profissionais de saúde

A par do desenvolvimento na área da saúde, no âmbito da formação dos profissionais verifica-se um aumento significativo do nível de exigência aos mesmos em diferentes áreas. Este aumento está associado a recursos progressivamente menos abundantes resultantes de políticas de contenção económica e financeira, levando a que os profissionais de saúde estejam expostos a contextos de trabalho cada vez mais exigentes, frequentemente sujeitos a fatores de *stress*, podendo mesmo atingir estados de exaustão profissional. Outra reação continua a ser o elevado absentismo profissional acompanhado por baixos níveis de produtividade e altas taxas de rotação de pessoal (Jamieson, Teasdale, Richardson & Ramirez, 2010).

O estado de exaustão profissional mais estudado é o burnout. No entanto, existem também outros estados stressantes que derivam da relação direta com os

doentes e que alguns autores consideram ter um impacto tão importante e significativo quanto o burnout na vida destes profissionais de saúde, sendo um destes aspetos a fadiga por compaixão, um fenómeno ainda pouco conhecido e difundido em relação a outros tipos de traumas, despoletando também alguma confusão na definição e distinção de todos estes fenómenos. A nível mundial, este tema tem sido menos analisado em contextos de saúde e mais trabalhado em contextos de catástrofe. Existem, no entanto, estudos que exploram a fadiga por compaixão em profissionais de saúde, muito direcionados para os enfermeiros (Florio, 2010).

Figley (1995) deu um novo significado aos conceitos de *stress* por compaixão e fadiga por compaixão, primeiramente utilizados por Joinson (1992), quando abordou nos seus estudos o desgaste dos enfermeiros por experiências repetidas em situações de emergência. Os estudos verificaram que os profissionais de saúde que lidam constantemente com indivíduos em risco de morte ou que são vítimas de situações traumáticas podem ser afetados pela dor e pelo sofrimento do outro e desenvolver problemas de saúde como *burnout* (descrito como um estado de esgotamento físico e psíquico, que surge como reacção ao stress crónico no trabalho) e *stress traumático secundário ou fadiga por compaixão* (pode ser considerado um tipo de transtorno psíquico que pode afetar indivíduos que, ao tentarem ajudar alguém vitimado por alguma situação traumática, são indiretamente influenciados pela dor do outro) (Teixeira, Farci, Sampaio & Guimarães, 2004).

Desta forma, não podemos deixar de abordar o conceito de qualidade de vida que integra dois aspetos que, por sua vez, influenciam o profissional de saúde. O aspeto positivo, denominado como satisfação por compaixão, diz respeito aos afetos positivos vivenciados no âmbito do trabalho, ou seja, ocorre quando o profissional experimenta sentimentos de alegria em ajudar outrem (Figley, 2002). Existem estudos que referem que a satisfação por compaixão pode provocar, no campo profissional, alguns efeitos como um aumento significativo do reconhecimento pessoal, um sentido elevado de empatia para com o próximo, uma maior coesão entre os grupos e uma compreensão mais aprofundada da natureza humana (Stamm, Varra, Pearlman & Gillierl, 2002). O aspeto negativo, denominado fadiga por compaixão, é constituído pelas vivências negativas experienciadas no local de trabalho, inerentes à atividade de cuidar e envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração (Figley, 2002; Thompson 2003),

sendo que estes sentimentos, num *continuum*, podem causar aos profissionais um declínio na capacidade de experimentar alegria ou sentir preocupação com alguém e sintomas como incapacidade de concentração, diminuição da autoestima, apatia, precaução com o trauma, perfecionismo, e em casos extremos, pensamentos de agressão para consigo e para com os outros (Harr & Moore, 2011).

Existem estudos que demonstram que a presença do burnout e da fadiga por compaixão, por mais baixos que sejam os níveis, provocam danos na saúde física, psíquica e social dos indivíduos, podendo-se refletir de forma negativa na prestação de serviços (Maslach, 2009; Teixeira, Farci, Sampaio & Guimarães, 2004).

Assim, o desequilíbrio entre o aspeto positivo e o negativo poderia levar o indivíduo a uma condição de satisfação ou de fadiga, dependendo do modo como este vivencia as experiências profissionais (Figley, 2002). A confirmar esta assunção, parece haver evidências, encontradas em estudos com enfermeiros, de que fatores não relacionais que provocam sentimentos de ambiguidade e/ou conflito acerca da capacidade em proporcionar os cuidados que consideram ser necessários, poderão facilitar estados de fadiga por compaixão (Sabo, 2011). A exposição contínua ao sofrimento do outro contribui, concomitantemente, para a fadiga por compaixão (Carvalho & Sá, 2011; Sabo, 2011).

O nível de satisfação do profissional, ou seja, o sentimento de concretização e a capacidade para este se distanciar da situação traumática, são fatores que podem impedir o desenvolvimento de fadiga por compaixão (Carvalho & Sá, 2011).

Apesar de ter sido estudada em diversos contextos, a fadiga por compaixão parece ser mais prevalente em profissionais de saúde e especificamente em enfermeiros (Carvalho & Sá, 2011; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010; Stamm, 2010). No que diz respeito a variáveis demográficas, regista-se uma maior prevalência de burnout em enfermeiros com idades inferiores a trinta anos, em início de carreira, solteiros e sem filhos (Hyman et al., 2011). No entanto, de acordo com um estudo de Carvalho e Sá (2011) realizado com enfermeiros portugueses dos cuidados paliativos, não foram encontradas diferenças significativas no burnout em função das variáveis género, idade, tempo total de atividade na área da saúde e nos cuidados paliativos.

Portanto, para Lago e Codo (2010), a fadiga por compaixão está relacionada com uma fadiga física e emocional, resultante da compaixão que os profissionais de

saúde vivenciam no seu local de trabalho, com os sujeitos que estão em sofrimento. Por sua vez, esta pode desencadear atitudes de medo, angústia e sofrimento, devido ao contato e ligação constantes com os seus pacientes.

Atitudes perante a morte

O estudo das atitudes tem interessado a investigadores de diversas áreas, por se pensar que estas constituem poderosos componentes no processo de tomada de decisão em contextos diversos (Brewer & Crano, 1994). Nomeadamente no campo da saúde, as atitudes perante a morte fazem a ligação entre a morte percebida como ocorrência final, irreversível e universal e os aspectos que consideramos importantes na nossa vida (Tomer, 2000), daí o estudo destas se ter tornado tópico de interesse a partir da década de 50, em grande parte devido ao trabalho pioneiro de Herman Feifel, cujo contributo se estendeu ao longo de várias décadas (Neimeyer & Fortner, 1997; Neimeyer, Wittkowsky & Moser, 2004).

Com o decorrer do tempo, houve uma maior necessidade de especificar os contextos ao nível das atitudes, nomeadamente em estudos com os mais idosos. Daí foram encontradas referências a que as atitudes serão difíceis de explicar apenas recorrendo à fase do ciclo de vida em que os indivíduos se encontram e não tendo em conta as suas experiências, enquanto indivíduos enquadrados numa dimensão temporal mais lata (Kastenbaum, 2000; Wong, 2000). Adicionalmente, houve outros estudos cujos resultados mostraram maiores níveis de ansiedade perante a morte em alguns contextos específicos de doença quando comparados com os resultados de indivíduos saudáveis (Fortner & Neimeyer, 1999; Kureshi & Hussein, 1981).

Especificamente no que refere às atitudes perante a morte em profissionais de saúde, Feifel (1969) estabeleceu a hipótese de que os próprios médicos podem ter dificuldade em veicular informação acerca da gravidade da doença, devido ao facto deles próprios terem dificuldade em lidar com o tema da morte, ou terem atitudes exageradamente negativas face à mesma.

As atitudes perante a morte, tal como foram estudadas na presente investigação, incluem o medo da morte, o evitamento da morte e as atitudes de aceitação (neutral, como aproximação e como escape) (Loureiro, 2010).

Segundo os resultados de um estudo de Andrade (2007), os profissionais de saúde com formação em áreas distintas e com diferentes graus de exposição à morte, mostraram que os seus objetivos de vida influenciam positivamente as sua satitudes relativamente à morte, especialmente quando a exposição a acontecimentos deste tipo é mais frequente ou seja, a existência de um propósito ou sentido de vida bem estruturado funciona como protetor dos profissionais de saúde, resultantes do desgaste intrínseco das suas áreas profissionais e do contacto com a morte dos seus pacientes. Este efeito protetor é mais acentuado quanto maior for o nível de exposição à morte e parece ser mediado parcialmente por uma atitude perante a morte (a aceitação de escape). Este estudo mostra também que o aumento da experiência e do contacto com a morte não exerce efeito significativo, nem no sentido da promoção de atitudes mais positivas face à morte, nem mais negativas.

Estes estudos levam-nos a concluir que, estando constantemente diante da fragilidade e vulnerabilidade humanas, os profissionais de saúde que atuam na atenção ao paciente oncológico realizam uma identificação com o paciente, pela qual o profissional reconhece-se como um ser aberto ao sofrimento, sendo esse também frágil e vulnerável à própria morte (Rockembach, Casarin & Siqueira, 2010).

Num estudo de Velgaard e Addington-Hall (2005) com médicos e enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados paliativos, constatou-se que os médicos apresentavam atitudes significativamente mais negativas face aos pacientes em fase final de vida e afirmavam que a sua atividade profissional era pouco gratificante, quando comparados com os enfermeiros. No entanto, os enfermeiros apresentavam níveis significativamente mais elevados de ansiedade perante a morte do que os médicos.

Costa e Lima (2005) também concluíram que a impotência, frustração, tristeza, sofrimento e angústia dos enfermeiros são uma resposta negativa à morte dos pacientes. No entanto, estes autores também referem que as emoções nem sempre são exteriorizadas e que, por vezes, o "tabu" do tema morte está associado a mecanismos de defesa, como a repressão e a negação. Estes mecanismos levam a consequências emocionais e psicológicas de caráter negativo, podendo não só afetar a nível pessoal, mas também os cuidados que este presta aos pacientes e familiares (Wolfram, 2008; Kovács, 2010; Simões, 2011).

Existem ainda alguns fatores que também podem influenciar a reação de cada enfermeiro perante a morte, nomeadamente antecedentes de luto pessoal mal resolvido, pouca ou nenhuma formação para lidar com este processo, sobrecarga de horário de trabalho e prestação de cuidados onde a morte seja mais frequente (Kovács, 2010).

Satisfação das necessidades básicas, atitudes perante a morte e fadiga e satisfação por compaixão

Embora não exista muita literatura que relacione estes constructos entre si, um estudo de Kjellenberg, Nilsson, Daukantaité e Cardena (2014) realizado com trabalhadores em contexto de guerra ou com sobreviventes de torturas, nos quais se incluíam enfermeiros, concluíram que a fadiga por compaixão se associa de forma positiva com o medo da morte, e o medo da morte é preditor de menor satisfação por compaixão.

Como referido anteriormente, embora, a morte esteja quase sempre associada a um acontecimento negativo, também pode ser vivenciada como um momento de redefinição pessoal e profissional, de consciencialização, na qual o sujeito se questiona sobre o seu papel, numa perspetiva de entendimento da sua morte e a dos outros. Estes fatores estão relacionados com as motivações da vida dos indivíduos, estudadas pela teoria da satisfação das necessidades psicológicas básicas (Kovács, 2010).

Popim e Boemer (2005) verificaram que enfermeiros que lidam com pacientes em fases terminais criam com estas relações mais estreitas, sendo uma relação que gera vínculos afetivos, onde a morte implica uma rutura do vínculo gerado, que terá que ser gerida pelo profissional. Do mesmo modo, Franco (2003) salienta que os profissionais de saúde, especialmente da área hospitalar, reconhecem que existem pacientes especiais, com os quais estabelecem uma relação diferenciada e singular.

Assim, no que respeita à satisfação das necessidades psicológicas básicas, Perry, Toffner, Merrick e Dalton (2011) referiram que com um aumento da competência os enfermeiros encontram-se menos suscetíveis à fadiga por compaixão, uma vez que os conhecimentos lhes permitem ajudar melhor os doentes e diminuir o seu sofrimento. Os autores referem também que as relações de pertença, nomeadamente o suporte entre colegas, também são fatores protetores da fadiga por compaixão.

Olafsen, Niemiec, Halvari, Deci & Williams (2017) acrescentam que a frustração das necessidades se relaciona positivamente com a exaustão emocional, constructo constituinte do burnout.

Objetivos e hipóteses

A presente investigação tem como objetivo geral explorar a associação entre satisfação das necessidades básicas, satisfação e fadiga por compaixão e atitudes perante a morte em enfermeiros que trabalham nas urgências hospitalares e nas unidades de cuidados paliativos.

Estabeleceram-se como objetivos específicos:

1. Comparar os níveis de satisfação das necessidades básicas, a satisfação e fadiga por compaixão e as atitudes perante a morte entre enfermeiros que trabalham nas urgências e enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos;
2. Explorar a associação entre os níveis de satisfação das necessidades básicas, a satisfação e fadiga por compaixão e as atitudes perante a morte;
3. Verificar se a satisfação das necessidades básicas e as atitudes perante a morte são preditoras da fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão.

A partir dos objetivos delineados, e tendo como base a revisão da literatura, foram colocadas as seguintes hipóteses:

1. É esperado que os enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos apresentem valores superiores de burnout e de fadiga por compaixão do que os enfermeiros que trabalham nas urgências;

2. É esperado que a satisfação das necessidades psicológicas básicas esteja negativamente associada à fadiga por compaixão e ao burnout;

3. É esperado que a atitude de medo da morte esteja associada a menor satisfação por compaixão.

As restantes variáveis em estudo não foram incluídas nas hipóteses devido ao seu carácter exploratório.

Método

Participantes

Foi recolhida uma amostra de conveniência, de enfermeiros que trabalham no âmbito dos Cuidados Paliativos e enfermeiros que trabalham nas Urgências hospitalares

Foram considerados, neste estudo, todos os enfermeiros (as), que compõem estas duas unidades.

No total, foram recolhidos dados de 84 indivíduos, 42 enfermeiros dos Cuidados Paliativos: 13 homens (31%) e 29 mulheres (69%) e 42 enfermeiros das Urgências hospitalares: 14 homens (33.3%) e 28 mulheres (66.7%). A amostra foi constituída por 27 homens (32.1%) e 57 mulheres (67.9%).

Os 84 participantes tinham idades compreendidas ente os 23 e os 58 anos (*M* = 32.23; *DP* = 7.75).

Como se pode observar, só existem duas variáveis em que os dois grupos diferem significativamente: tipo de vínculo e considerar que trabalha em termos de volume de horas, sendo que a percentagem de enfermeiros com contrato de trabalho incerto é superior no serviço de cuidados paliativos (Urgências: n = 1, 2.4% vs. Cuidados Paliativos n = 10, 23.8%) e são os enfermeiros das urgências que mais frequentemente consideram exagerado o volume de trabalho que habitualmente lhes é atribuído (Urgências: n = 33, 78.6% vs. Cuidados Paliativos n = 18, 72.9%).

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra em estudo

	Enfermeiros das Urgências (n = 42)		Enfermeiros dos Cuidados Paliativos (n = 42)		χ^2	*P*
	N	%	N	%		
Sexo					.055	.815
Feminino	14	33.3	13	31.0		

Masculino	28	66.7	29	69.0		
Estado civil					.360	.835
Solteiro(a)	22	52.4	22	52.4		
Casado (a)/ União de Facto	19	45.2	18	42.9		
Divorciado (a)/Separado(a)	1	2.4	2	4.8		
Pessoas com quem vive					4.682	.322
Sozinho/a	9	21.4	7	16.7		
Marido/mulher ou Companheiro/a	14	33.3	14	33.3		
Com Filhos	12	28.6	10	23.8		
Pais ou familiares	5	11.9	11	26.2		
Com amigos	2	4.8				
Tipo de vínculo à Instituição					8.538	014
Contrato de trabalho por tempo indeterminado	39	92.9	30	71.4		
Contrato de trabalho a termo certo	2	4.8	2	4.8		
Contrato de trabalho a termo incerto	1	2.4	10	23.8		
Tipo de horário					1.050	.306
Fixo	8	19.0	12	28.6		
Rotativo	34	81.0	30	71.4		
Considera exagerado o volume de trabalho que habitualmente lhe é atribuído					11.230	.001
Sim	33	78.6	18	42.9		
Não	9	21.4	24	57.1		
Motivos de ingresso na área da enfermagem					2.658	.752
Área de preferência	32	76.2	33	78.6		
Remuneração			1	2.4		
Reconhecimento profissional	1	2.4	1	2.4		
Incentivo por parte de outrem	3	7.1	4	9.5		
Elevado teor de empregabilidade	5	11.9	3	7.1		
Não entro em medicina	1	2.4				
Se hoje pudesse voltar atrás escolheria esta área profissional					.049	.825
Sim	25	59.5	24	57.1		
Não	17	40.5	18	42.9		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*	*P*
Tempo de serviço nesta profissão	8.88	7.81	8.05	5.82	.554	.581
Horas de trabalho/semana	39.17	1.89	37.31	6.46	1.787	.080

Procedimento

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias em Janeiro de 2016. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e comparativo, uma vez que se pretende explorar e descrever as relações entre as variáveis em estudo num determinado momento, e ainda comparar dois grupos de enfermeiros dos cuidados paliativos e das urgências hospitalares (Ribeiro, 1999).

Para a realização deste estudo, foi solicitada por escrito a autorização institucional, dirigida aos locais da recolha e da administração. Após conseguidas as autorizações, a investigadora deslocou-se aos locais: 4 Hospitais do distrito da grande Lisboa e 2 Hospitais do conselho Algarvio (ambos contendo cuidados paliativos e urgências hospitalares), no sentido, de acordar a data e o horário para recolher a amostra.

As psicólogas das unidades de cuidados paliativos e os enfermeiros chefes das urgências hospitalares reuniram com os enfermeiros das respetivas equipas, transmitindo-lhes o convite à participação no estudo e a devida informação apresentada na declaração de consentimento informado, relativa aos objetivos do estudo, ao anonimato dos participantes, à confidencialidade das respostas e o contacto da investigadora responsável.

Os protocolos foram preenchidos no ambiente de trabalho, através de uma aplicação coletiva, e com uma duração estimada de 15 minutos, tendo sido o protocolo entregue pela investigadora inserido em envelopes e recolhido mais tarde da mesma forma, a fim de preservar o anonimato e assegurar maior confidencialidade das respostas. Os dados foram recolhidos entre Maio e Outubro de 2016, tendo sido cumpridos todos os requisitos legais e éticos aplicáveis (Declaração de Helsínquia,1964, OPP, 2011; APA, 2010).

Instrumentos

Neste estudo os instrumentos utilizados foram: a Escala de Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva 2012); a versão portuguesa da escala *Professional Quality of Life*, versão 5 (ProQOL5; Stamm,

2010), traduzida para português (Escala de Satisfação e Fadiga por Compaixão; Carvalho & Sá 2011); Escala do Perfil de Atitudes Perante a Morte (DAP; Loureiro, 2010). Foi ainda aplicado um questionário de dados sociodemográficos, construído para o presente estudo.

Escala de satisfação das necessidades psicológicas básicas.

A *Basic Need Satisfaction in General Scale* (Gagné, 2003; Johnston & Finney, 2010), cuja versão portuguesa é a Escala de Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva, 2012) pretende avaliar a satisfação de três necessidades básicas, sendo composta por três subescalas: a autonomia, a competência e as relações de pertença, com um total de 21 itens.

A subescala autonomia, contem sete itens, (e.g., "Sinto-me livre para decidir por mim próprio/a como viver a minha vida." ou "Na minha vida diária tenho que fazer frequentemente o que me mandam"). A subescala da competência tem seis itens (e.g., "Frequentemente não me sinto muito competente" ou "Fui capaz de aprender recentemente novas competências interessantes"). E a subescala das relações de pertença é composta por oito itens (e.g., "Dou-me bem com as pessoas com quem contacto" ou "Sou uma pessoa reservada e não tenho muitos relacionamentos sociais").

Os itens são avaliados numa escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos (1 = *Nada verdadeiro* a 7 = *Totalmente verdadeiro*). A pontuação é efetuada pela média das respostas dos itens de cada subescala após inversão da pontuação dos itens negativos (recodificação – itens assinalados com R): Autonomia – média dos itens 1, 4R, 8, 11R, 14, 17 e 20R; Competência – média dos itens 3R, 5, 10, 13, 15R, 19R; Relações de pertença – média dos itens 2, 6, 7R, 9, 12, 16R, 18R e 21. Por fim, um somatório das três dimensões permite obter a pontuação Total de satisfação das necessidades. Os valores mais elevados correspondem a um maior grau de satisfação das necessidades.

Relativamente à consistência interna da versão para a língua portuguesa das escala, a subescala Autonomia apresentou valor de alfa de Cronbach (α) de .67, a subescala Competência apresentou valor de .64, a subescala Relações de Pertença apresentou valor de . 77 e o total da escala, um valor de .86. Como tal, os autores

referem que a consistência interna global da escala é apropriada (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva, 2012).

No presente estudo os valores de alfa de Cronbach foram .66 para competência, .74 para relações de pertença e .83 para o total da escala. Na subescala autonomia foi retirado o item 14 "As pessoas com quem convivo diariamente costumam ter em consideração os meus sentimentos", por prejudicar significativamente a consistência interna da mesma, obtendo-se assim um valor de .65.

Escala de satisfação e fadiga por compaixão (ProQol-BR).

Para avaliar a qualidade de vida profissional foi utilizada a versão portuguesa da escala *Professional Quality of Life*, versão 5 (ProQOL5; Stamm, 2010; versão traduzida: Escala de Satisfação e Fadiga por Compaixão, validada para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011).

O ProQOL5 é um instrumento de auto-resposta composto por 30 itens, que avalia a fadiga por compaixão como sendo um fenómeno multidimensional, composto por três dimensões: Satisfação por Compaixão (SC), Burnout (BO), e Fadiga por Compaixão (FC). A Fadiga por Compaixão refere-se aos efeitos nocivos da exposição secundária a eventos ligados à dor e ao sofrimento e é composta pelos itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 e 28, que avaliam a vivência indireta do trauma de outrem, através do seu trabalho, através da sucessiva repetição de imagens do trauma e uma tentativa de evitar, situações que possam recordar o evento (exemplo de item "Eu acho que devo ter sido 'contaminado' pelo stress traumático daqueles a quem eu atendo"). O burnout refere-se aos aspetos ligados à exaustão emocional, ou seja, um sentimento de falta de energia e de desânimo e é composto pelos itens 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 e 29, que refletem a perceção de dificuldade em fazer o trabalho de uma forma eficaz, pelo sentimento de desespero e pela sensação de que os seus esforços não fazem diferença (exemplo de item "Sinto-me revigorado após trabalhar com aqueles que atendo"); sendo que todos os itens desta dimensão estão formulados num sentido positivo, devem ser posteriormente recodificados. A Satisfação por Compaixão é a única dimensão num sentido positivo, referindo-se ao prazer proveniente do sentir-se capaz de desempenhar bem o seu trabalho e à satisfação por sentir-se capaz de ajudar as pessoas que estão em

sofrimento, e é composta pelos itens é composta pelos itens 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, que diz respeito ao quanto o indivíduo se sente satisfeito em fazer o bem através do seu trabalho e recompensado por ajudar o próximo e a sociedade (exemplo de item "Sou feliz por ter escolhido esse trabalho").

A escala de respostas do instrumento é do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = Nunca a 5 = Muito Frequentemente. A cotação faz-se através do somatório para cada subescala, após a inversão da pontuação dos itens 1,4,15,17 e 29 da dimensão burnout.

Relativamente à consistência interna da versão para a língua portuguesa de Carvalho e Sá (2011), a subescala Satisfação por Compaixão (SC) apresentou valor de alfa de Cronbach (α) de .86, o burnout (BO) apresentou valor de .71 e a Fadiga por Compaixão (FC) teve valor de .83, muito próximos dos obtidos na ProQOL5 original construída por Stamm (2009; α = .88, .75 e .81).

No presente estudo os valores de alfa de Cronbach foram .79 para a Satisfação por Compaixão e .69 para a Fadiga por Compaixão. Na subescala burnout foi retirado o item 15 tenho crenças que me suportam" por prejudicar significativamente a consistência interna da mesma, obtendo-se assim um valor de .65.

Escala do perfil de atitudes perante a morte (DAP-R).

Para medir as atitudes perante a morte, foi utilizada a *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R; Gesser e Wong et al. (1994)), que foi validada para a população portuguesa por Loureiro (2010). A DAP-R é uma medida que estuda as atitudes perante a morte. Na versão portuguesa foi feita uma revisão e reformulação da escala de medo da morte, retirando alguns itens relativos ao medo de morrer, acrescentando ainda outros itens novos nas escalas de aceitação. Desta forma, este instrumento é constituído por 32 itens, com formato de resposta tipo *likert*, e avalia cinco dimensões: medo da morte, evitamento da morte, atitude de aceitação neutral, atitude de aceitação como aproximação e atitude de aceitação como escape (Loureiro, 2010).

Os itens de cada dimensão são calculados pela média das pontuações de cada dimensão: Medo da morte – 1, 2, 7, 18, 20, 21 e 32; Evitamento da morte – 3, 10, 12, 19 e 26; Dimensões de aceitação: Neutral – 6, 14, 17, 24 e 30; Aproximação – 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 e 31; Escape 5, 9, 11, 23 e 29.

Na versão portuguesa da escala, o valor de alfa de Cronbach variou entre .65 e .97 para as cinco componentes. Quanto à fiabilidade temporal, mostrou que as escalas no seu conjunto mantêm uma boa consistência temporal (Loureiro, 2010).

No presente estudo os valores de alfa de Cronbach foram .75 para Medo da morte, .90 para Evitamento da morte, .48 para Aceitação neutral, .88 para Aceitação como aproximação e .82 para Aceitação como escape. Devido ao facto de se revelar impossível a retirada de algum item que alterasse o valor de alfa da subescala Aceitação neutral, esta foi retirada das análises posteriores.

Questionário de dados sociodemográficos.

Este questionário foi constituído por questões de resposta aberta e fechada, relativas aos dados sociodemográficos dos participantes (e.g., sexo, idade, nacionalidade, estado civil, com quem vive, tempo de serviço, tipo de vínculo à Instituição, horas de trabalho por semana, tipo de horário, perceção sobre o volume de trabalho atribuído, motivos de ingresso na área e questão sobre a possibilidade de escolher a mesma área profissional se a escolha fosse feita na atualidade).

Análises Estatísticas

Após a recolha dos dados, estes foram inseridos numa base de dados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi avaliada através do cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach.

Foram efetuadas análises de estatística descritiva, nomeadamente média, desvio padrão e intervalo de valores das variáveis em estudo.

Foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson para avaliar a direção e magnitude da relação entre as variáveis em estudo: a satisfação das necessidades psicológicas básicas, as atitudes perante a morte e a satisfação e fadiga por compaixão.

Foram efetuadas três análises de variância multivariadas (MANOVA), para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (enfermeiros que trabalham nas urgências e enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos) ao nível das variáveis satisfação das necessidades psicológicas básicas, satisfação e fadiga por compaixão e atitudes perante a morte. Foram controladas as variáveis tipo de vínculo profissional e perceção de que trabalha em excesso, visto que os dois grupos de enfermeiros diferiam significativamente nestas variáveis.

Foram realizadas três análises de regressão linear múltipla hierárquica, para predizer as três dimensões da Satisfação e Fadiga por Compaixão, tendo como variáveis preditoras as necessidades psicológicas básicas e as atitudes perante a morte, e controlando-se um conjunto de variáveis sociodemográficas.

Resultados

Foi levada a cabo uma análise descritiva das variáveis em estudo, sendo os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Média, desvio padrão e intervalos de valores da satisfação das necessidades psicológicas básicas, satisfação e fadiga por compaixão e atitudes perante a morte

	M	*DP*	Intervalo observado	Intervalo Possível
Satisfação das necessidades psicológicas básicas				
Autonomia	5.07	.79	4-7	1-7
Competência	5.39	.75	3-7	1-7
Relações de pertença	5.41	.74	4-7	1-7
BNS Total	15.87	1.82	11-20	3-21
Satisfação e fadiga por compaixão				
Satisfação por compaixão	38.86	4.35	28-49	10-50
Burnout	21.46	3.58	15-31	10-50
Fadiga por compaixão	23.57	4.13	15-36	10-50
Atitudes perante a morte				
Medo da morte	3.95	1.22	2-7	1-7
Evitamento da morte	3.24	1.28	1-6	1-7
Aceitação como aproximação	3.82	1.06	1-7	1-7

Aceitação como escape	3.50	1.20	1-7	1-7

No que respeita às análises de variância multivariadas (MANOVA), para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de enfermeiros nas variáveis em estudo, controlando-se as variáveis tipo de vínculo e perceção de que trabalha em excesso, a primeira análise diz respeito ao compósito de dimensões das satisfação das necessidades psicológicas básicas e revela a não existência de diferenças significativas, em função do tipo de serviço, $F(3;77) = .027$; $p = .994$; Wilk's $\Lambda = .999$, η^2 parcial = .001.

A segunda análise, relativa ao compósito da satisfação e fadiga por compaixão, revela igualmente que não existem diferenças significativas em função do tipo de serviço, $F(4;76) = 2.320$; $p = .065$; Wilk's $\Lambda = .891$, η^2 parcial = .109. No entanto, existem diferenças significativas em função da perceção de que trabalha em excesso, $F(4;76) = 2.559$; $p = .045$; Wilk's $\Lambda = .881$, η^2 parcial = .119. Especificamente, a diferença dá-se na variável burnout, $F(1) = 8.770$; $p = .004$; η^2 parcial = .100 sendo que considerar que trabalha em excesso associa-se a maior nível de burnout.

A terceira análise, relativa ao compósito de atitudes perante a morte, revela a não existência de diferenças significativas em função do tipo de serviço, $F(4;76) = .593$; $p = .669$; Wilk's $\Lambda = .970$, η^2 parcial = .030.

A Tabela 3 apresenta os resultados relativos à relação entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas, a satisfação e fadiga por compaixão e as atitudes perante a morte.

Tabela 3

Correlações entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas, a satisfação e fadiga por compaixão e as atitudes perante a morte na amostra total

	1. A	2. C	3. RP	4 BNS	8	9	10	11
5. SC	.34**	.60***	.47***	.58***	-.21	-.24*	.20	.06
6. B	-.55***	-.46***	-.43***	-.56***	.25*	.30**	.06	.18
7. FC	-.27*	-.19	-.22*	-.28***	.21	.28*	.19	.01
8. MM	-.12	-.20	-.17	-.20				
9. EM	-.29**	-.37***	-.29**	-.40***				

10. AA	-.11	.08	.15	.05
11. AE	-.07	.05	-.09	-.04

Notas: A = Autonomia; C = Competência; RP = Relações de pertença; DF = BNS Total; SC = Satisfação por compaixão; B = burnout; FC = Fadiga por compaixão; MM = Medo da morte; EM = Evitamento da morte; AA = Aceitação aproximação; AE = Aceitação escape.

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

Relativamente às correlações significativas observadas, no que respeita à satisfação das necessidades psicológicas básicas, a autonomia correlacionou-se de forma positiva e fraca (Santos, 2007) com a satisfação por compaixão, de forma negativa e moderada com o burnout e de forma negativa e fraca com a fadiga por compaixão e com o evitamento da morte; a competência correlacionou-se de forma positiva e moderada com a satisfação por compaixão, de forma negativa e fraca com o burnout e com o evitamento da morte; a variável relações de pertença correlacionou-se de forma positiva e fraca com a satisfação por compaixão, e de forma negativa e fraca com o burnout, fadiga por compaixão e evitamento da morte; o total da satisfação das necessidades psicológicas básicas correlacionou-se de forma positiva e moderada com a satisfação por compaixão, de forma negativa e moderada com o burnout e de forma negativa e fraca com a fadiga por compaixão e evitamento da morte.

Relativamente às dimensões da fadiga e satisfação por compaixão, a satisfação por compaixão correlacionou-se de forma negativa e fraca com o evitamento da morte. O burnout correlacionou-se de forma positiva e fraca com o medo da morte e o evitamento da morte e, por fim, a fadiga por compaixão correlacionou-se de forma positiva e fraca com o evitamento da morte.

Na Tabela 4 é apresentada a análise de regressão múltipla hierárquica relativa ao modelo constituído pelas necessidades psicológicas básicas e atitudes perante a morte enquanto preditoras da fadiga por compaixão, efetuando-se o controlo de variáveis sociodemográficas.

Tabela 4.

Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério fadiga por compaixão

Variáveis preditoras	*B*	*EP*	ß	*T*	*p*

Constante	20.213	7.159		2.823	.006
Modelo 1					
Idade	.077	.071	.143	1.085	.282
Sexo	1.078	1.005	.123	1.073	.287
Volume de trabalho	.298	.988	.035	.301	.764
Tipo de horário	1.205	1.225	.125	.984	.328
R^2 = .030; R^2 ajustado = .019; F (4; 79) = .605; p= .666					
Modelo 2					
Autonomia	-.774	.695	-.148	-1.113	.269
Competência	.262	.846	.047	.309	.758
Relações de pertença	-1.045	.770	-.187	-1.357	.179
Medo da morte	.001	.533	.000	.002	.999
Evitamento da morte	.694	.543	.215	1.279	.205
Aceitação aproximação	1.035	.477	.266	2.168	.033
Aceitação escape	-.425	.421	-.123	-1.011	.315
R^2 = .203; R^2 ajustado = .082; F (11; 72) = 1.671; p = .098; R^2 modificado = .174; F modificado (7, 72) = 2.243; p = .040					

Como podemos observar na tabela 4, o modelo composto pelas necessidades psicológicas básicas e atitudes perante a morte não é um preditor significativo da fadiga por compaixão.

Tabela 5.

Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério burnout

Variáveis preditoras	*B*	*EP*	ß	*T*	*p*
Constante	32.494	4.838		6.717	<.001
Modelo 1					
Idade	.046	.048	.100	.966	.377
Sexo	-.874	.679	-.115	-1.287	.202
Volume de trabalho	-2.101	.668	-.288	-3.147	.002
Tipo de horário	1.178	.828	.141	1.423	.159
R^2 = .201; R^2 ajustado = .160; F (4; 79) = 4.995; p= .001					
Modelo 2					
Autonomia	-1.486	.470	-.328	-3.162	.002
Competência	-.852	.571	-.178	-1.491	.140
Relações de pertença	-.292	.520	-.060	-.561	.576

Medo da morte	.682	.360	.233	1.893	.062
Evitamento da morte	-.214	.367	-.077	-.584	.561
Aceitação aproximação	-.308	.323	-.091	-.956	.342
Aceitação escape	.767	.284	.256	2.696	.009
R^2 = .515; R^2 ajustado = .440; F (11; 72) = 6.938; p < .001;					
R^2 modificado = .314; F modificado (6, 72) = 6.653; p < .001					

Como se verifica na tabela 5, o modelo composto pelas necessidades psicológicas básicas e atitudes perante a morte prediz de forma estatisticamente significativa o burnout [F (11; 72) = 6.938; p < .001] e, controlando-se as variáveis sociodemográficas, a contribuição que dá para a explicação da variância nesta variável é significativa, explicando uma variância adicional de 31.4%. Especificamente, as variáveis que contribuem de forma estatisticamente significativa para o burnout são a autonomia (com relação negativa) e a aceitação como escape (com relação positiva).

Tabela 6.

Modelo de regressão múltipla hierárquica para a variável critério satisfação por compaixão

Variáveis preditoras	*B*	*EP*	ß	*T*	*p*
Constante	13.257	5.993		2.212	.030
Modelo 1					
Idade	.023	.059	.040	.382	.703
Sexo	.907	.841	.098	1.078	.285
Volume de trabalho	1.923	.827	.217	2.325	.023
Tipo de horário	-.533	1.025	-.052	-.518	.606
R^2 = .101; R^2 ajustado = .056; F (4; 79) = 2.227; p = .074					
Modelo 2					
Autonomia	.410	.582	.075	.705	.483
Competência	2.684	.708	.461	3.793	<.001
Relações de pertença	.673	.645	.115	1.044	.300
Medo da morte	-.858	.446	-.241	-1.923	.058
Evitamento da morte	.614	.454	.181	1.350	.181
Aceitação aproximação	1.037	.400	.253	2.595	.011
Aceitação escape	-.324	.352	-.089	-.921	.360
R^2 = .496; R^2 ajustado = .419; F (11; 72) = 6.453; p < .001;					
R^2 modificado = .395; F modificado (7, 72) = 8.070; p < .001					

Por fim, observando a tabela 6, verificamos que o modelo composto pelas necessidades psicológicas básicas e atitudes perante a morte prediz de forma estatisticamente significativa a satisfação por compaixão, [$F (11; 72) = 6.453$; $p < .001$] e, controlando-se as variáveis sociodemográficas, a contribuição que dá para a explicação da variância nesta variável é significativa, explicando uma variância adicional de 39.5%. Especificamente, as variáveis competência e aceitação por aproximação são as que contribuem de forma estatisticamente significativa, no sentido positivo.

Discussão

Foi objetivo da presente dissertação explorar a associação entre satisfação das necessidades básicas, satisfação e fadiga por compaixão e atitudes perante a morte em enfermeiros que trabalham nas urgências hospitalares e nas unidades de cuidados paliativos.

Os resultados médios dos enfermeiros em estudo, no que concerne à satisfação e fadiga por compaixão, mostram que a presente amostra apresenta valores aproximados aos da amostra de enfermeiros e outros cuidadores utilizada no manual da escala original (Stamm, 2005), valores superiores de burnout e de fadiga por compaixão relativamente a enfermeiros de outras especialidades, por exemplo, da área da psiquiatria (Lauvrud, Nonstad, & Palmstierna, 2009), mas inferiores a outros estudos com enfermeiros de serviços de urgência (Kim & Heejung, 2012) e com profissionais de cuidados paliativos (Carvalho & Sá, 2011).

Como primeira hipótese era esperado que os enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos apresentassem valores superiores de burnout e de fadiga por compaixão do que os enfermeiros que trabalham nas urgências. Os resultados infirmam a hipótese, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de enfermeiros, contrariando o defendido em estudos anteriores (Redinbaugh et al., 2001; Sabo, 2011; Teixeira et al, 2004). Contudo, os resultados apontam para que os enfermeiros que consideram que trabalham em excesso apresentam maior nível de burnout, estando de acordo com outros autores que referem que existe uma relação

direta entre a carga horária e o desenvolvimento de burnout (David & Quintão, 2012). É possível que os resultados não confirmem a hipótese por o burnout e a fadiga por compaixão poderem ser tão presentes na profissão de enfermeiro (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000), que acabe por ser indiferente o tipo de serviço, contando mais a exaustão pelo cuidar e contato constante com doentes, do que se há ou não contato constante com a morte.

Na segunda hipótese esperava-se que a satisfação das necessidades psicológicas básicas estivesse negativamente associada à fadiga por compaixão e ao *burnout*. Os resultados confirmaram a hipótese, estando de acordo com a literatura (Carvalho & Sá, 2011; Olafsen et al., 2017; Perry et al., 2011), uma vez que estes resultados são comprovados tanto no que respeita à satisfação total das necessidades psicológicas como a cada necessidade individual (autonomia, competência e relações de pertença).

Por último, de acordo com a terceira hipótese, era ainda esperado que a atitude de medo da morte estivesse associada a uma menor satisfação por compaixão. Embora exista efetivamente uma correlação negativa entre dimensões, ela não se mostrou estatisticamente significativa, infirmando a hipótese e indo no sentido diferente do estudo de Kjellenberg et al. (2014).

Apesar de não se terem colocado hipóteses nesse sentido, devido ao seu carácter exploratório, havia ainda o objetivo de comparar os níveis de satisfação das necessidades básicas, a satisfação por compaixão e as atitudes perante a morte entre enfermeiros que trabalham nas urgências e enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos. Neste sentido, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão estudada, sendo possível que ambos os enfermeiros se encontrassem em situações homogéneas devido ao facto de as duas unidades serem bastante exigentes e ambas estarem em contato com situações de elevada gravidade e com a morte, apesar de os enfermeiros de cuidados paliativos terem um contato mais frequente com a morte e estabelecerem uma relação mais prolongada com os doentes. É provável que se se comparássemos estes enfermeiros com enfermeiros de áreas menos associadas a casos extremos de doença, como enfermeiros do bloco operatório ou de serviços neonatais, se encontrarem diferenças significativas, indo no sentido de que os valores médios da nossa amostra total foram superiores às de enfermeiros de serviço de psiquiatria (Lauvrud, Nonstad & Palmstierna, 2009).

Foi também objetivo explorar a associação entre os níveis de satisfação das necessidades básicas, as atitudes perante a morte e a fadiga por compaixão.

Além do que já foi acima discutido, relativo à segunda hipótese, os resultados mostram que quanto menor o evitamento da morte, mais elevada a satisfação por compaixão, mostrando assim a possibilidade das atitudes perante a morte assumirem um papel na satisfação por compaixão. Este dado pode ser discutido à luz das investigações de Figley (2002) e Stamm, Varra, Pearlman e Gillierl (2002), segundo as quais as atitudes de compreensão dos profissionais e o elevado sentido de empatia para com o doente provocam satisfação por compaixão. Estes autores encontraram especificamente que, quanto maior era o medo da morte e o evitamento da morte, maior era o burnout, e quanto maior era o evitamento da morte, maior era o stress traumático secundário, mostrando que a atitudes mais negativas perante a morte estão associadas às dimensões negativas da medida de fadiga e satisfação por compaixão. O aumento das atitudes de medo, angústia, sofrimento vivenciadas pelos profissionais de saúde, devido ao contato e ligação constante com os seus pacientes, estão relacionados positivamente com a fadiga por compaixão (Lago & Codo, 2010). Especificamente, de acordo com os autores Rockembach, Casarin e Siqueira (2010), Costa e Lima (2005), Kovács (2010), Simões (2011) e Wolfram (2008), as atitudes negativas perante a morte estão positivamente associadas à fadiga por compaixão.

Por fim, foi testado um modelo constituído pela satisfação das necessidades psicológicas básicas e as atitudes perante a morte, enquanto potenciais preditoras da fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão. Estas variáveis revelaram-se preditoras significativas de burnout e de satisfação por compaixão, não sendo preditoras apenas da fadiga por compaixão. No que concerne à satisfação das necessidades psicológicas básicas, a autonomia mostrou contribuir de forma significativa para a predição do burnout e a competência para a predição da satisfação por compaixão. Tal como referem os autores Deci e Ryan (2000), as necessidades psicológicas básicas (competência, autonomia e relações de pertença) são os nutrientes psicológicos necessários para um desenvolvimento saudável e um funcionamento eficaz, sendo essenciais para que os processos naturais operem de forma optimizada. Os contextos sociais e as diferenças individuais que apoiam a satisfação das necessidades básicas facilitam o comportamento intrinsecamente motivado, enquanto aqueles que a impedem

estão associados a uma menor motivação, desempenho e bem-estar. (Sheldon, Ryan, Deci & Kasser, 2004). Das três necessidades básicas, a autonomia é a mais estudada e à qual tem sido atribuída maior importância, como preditora de resultados positivos em âmbitos variados (e.g., saúde, desporto e educação, entre outros), percebendo-se nomeadamente que, no caso de pacientes, os possuidores de maior nível de satisfação da necessidade autonomia se revelam mais motivados para fazer mudanças positivas nos comportamentos relacionados com a saúde (Ryan et al., 2008; Simoneau & Bergeron, 2003). No presente estudo, o facto de maior autonomia ser preditora de menor burnout pode estar relacionado, com o facto, da autonomia estar inteiramente ligada com os valores pessoais do indivíduo e com um elevado nível de reflexão e consciência (Deci & Ryan, 2000). Portanto, esta necessidade só será satisfeita quando o indivíduo agir de acordo com os valores integrados (Sheldon, Ryan, Deci & Kasser, 2004) e quantas mais decisões em conformidade o individuo tomar, de acordo com os seus valores pessoais (autonomia), menor será o seu estado de esgotamento físico e psíquico (burnout) (Teixeira, Farci, Sampaio & Guimarães, 2004).

No que diz respeito à relação da competência com a satisfação por compaixão, encontrada nos resultados deste estudo, segundo os autores Sheldon e Bettencourt (2002), esta poderá estar relacionada com o facto de a competência estar ligada à aprendizagem de um modo geral, abranger a execução de atividades práticas, a exploração do ambiente e a participação social efetiva, fazendo sentido que possa contribuir para maior satisfação por compaixão, que diz respeito aos afetos positivos vivenciados no âmbito do trabalho. Assim, a necessidade de competência é satisfeita quando o individuo experiencia interações e faz uma busca ativa no sentido de desenvolver capacidades (Figley, 2002).

Relativamente às atitudes perante a morte, a aceitação como escape mostrou contribuir de forma significativa para maior burnout. Este dado relaciona-se com o facto de que, sendo que um propósito ou sentido de vida bem estruturado no profissional de saúde tem um efeito protetor face ao desgaste intrínseco das suas áreas profissionais e do contacto com a morte dos seus pacientes, este parece ser mediado parcialmente pela atitude aceitação de escape, que quanto mais elevada for, maior o desgaste e o burnout. (Andrade, 2007).

A aceitação como aproximação contribuiu de forna significativa para maior satisfação por compaixão. Sendo que a fadiga por compaixão, que prejudica o desempenho do profissional de saúde, está ligada menores níveis da atitude de aceitação por aproximação (Harr & Moore, 2011), os resultados deste estudo levam-nos a poder extrapolar a relação inversa no que respeita à satisfação por compaixão.

Conclusão

Como principais conclusões pode-se apontar a não existência de diferenças entre os enfermeiros a trabalhar em serviço de urgências e os enfermeiros a trabalhar em cuidados paliativos, em estudo ao nível da satisfação das necessidades básicas, da satisfação e fadiga por compaixão e das atitudes perante a morte; que se confirma que a satisfação das necessidades psicológicas básicas está negativamente associada à fadiga por compaixão e ao burnout*;* e, por fim, que a satisfação das necessidades básicas e as atitudes perante a morte são preditoras do burnout e da satisfação por compaixão.

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo é o facto do seu carácter transversal não permitir estabelecer causalidade definitiva relativamente à relação das variáveis em estudo; ou seja, sendo que nosso modelo conceptual coloca as atitudes perante a morte como potenciais preditoras do burnout e da fadiga por compaixão, não podemos eliminar a possibilidade da relação inversa, pois só um estudo longitudinal poderia esclarecer conclusivamente esta questão.

Poderia ter sido relevante questionar os enfermeiros sobre a experiência mais ou menos recente de contacto com a morte de alguém significativo da sua esfera pessoal, sendo um aspeto que poderia eventualmente moderar o papel nomeadamente das atitudes face à morte.

Ainda, o facto de ter sido a chefia das equipas a transmitir a informação sobre o estudo e não a investigadora, devido a constrangimentos vários, pode ter introduzido algum tipo de enviesamento na atitude e posterior resposta dos participantes.

Implicações para a Prática Clínica e Investigação

Considera-se que a maior implicação para a prática clínica que os resultados do presente estudo apresentam, é a da importância da satisfação das necessidades psicológicas básicas, aqui avaliadas enquanto necessidades gerais mas podendo ser previsto que a importância demonstrada se estenda às satisfação destas necessidades em contextos muito específicos, como o profissional e o familiar, para os quais existe avaliação também específica. No mesmo sentido, os dados apontam para a relevância de se trabalhar as atitudes perante a morte nos profissionais que lidam com a mesma, de forma explícita e não permitindo que tal se constitua como um tabu. Estudos revelam que, por vezes, o "tabu" do tema morte está associado a mecanismos de defesa, como a repressão e a negação, que levam a consequências emocionais e psicológicas negativas, podendo não só afetar o profissional a nível pessoal, mas também os cuidados que este presta aos pacientes e familiares (e.g., Simões, 2011). Sendo que a atitude que no presente estudo teve maior relação positiva com a satisfação por compaixão é a aceitação por aproximação, e, no sentido contrário, a atitude de escape teve maior relação positiva com o burnout, a primeira deveria ser potenciada na intervenção com este tipo de profissionais e a aceitação de escape deveria ser trabalhada no sentido da sua minimização. Estabelecendo um paralelismo com as investigações na área do coping, nomeadamente com a doença crónica, é cada vez mais reconhecido um papel protetor à aceitação da problemática e sua sintomatologia, em substituição de qualquer atitude de procura de fuga ou combate que implique a ausência de aceitação (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004)

Como sugestões para estudos futuros, seria importante comparar enfermeiros que lidam muito diretamente com a morte com enfermeiros de outras áreas da enfermagem, que não têm contacto tão direto com a morte, para podermos verificar, em função de diferenças obtidas, a dimensão da importância nomeadamente da satisfação das necessidades psicológicas básicas para resultados positivos e negativos de saúde mental.

Investigações futuras também deverão investigar a perceção de suporte à autonomia por parte dos enfermeiros, no que respeita à realização das suas tarefas profissionais, visto que esta dimensão tem-se revelado positivamente associada às

motivações intrínsecas, a uma tendência inata integrativa e persecução de objetivos, onde as decisões e os valores pessoais dos profissionais são facilitados, resultando em bem-estar, funcionamento óptimo (Sheldon, Ryan, Deci & Kasser, 2004) e satisfação profissional (Gillet, Gagné, Sauvagère & Fouquereau, 2012). É fundamental um bom contexto cultural, que disponha de nutrientes para dar uma boa resposta a necessidades como esta (autonomia), para que as suas tarefas se possam desenvolver adequadamente, mantendo a integridade e a saúde (Deci & Ryan, 2002).

Referências

Abendroth, M. & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 8*(6), 346−356. doi: 10.1097/00129191-200611000-00007.

Andrade, T. (2007). Atitudes Perante A Morte e Sentido de Vida em Profissionais de Saúde. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Black, A. E. & Deci, E. L. (2000). The effects of student self-regulation and instructor autonomy support on learning in a college-level natural science course: A self-determination theory perspective. *Science Education, 84*, 740–756.

Bromberg, M.H.P.F. (2000). *A psicoterapia em situação de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno.

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. Retirado de http://hdl.handle.net/10400.14/8918.

Costa, J. & Lima, R. (2005). Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latinoam Enfermagem (Vol. 13. n.º 2, p. 151-157).

David, I. C. & Quintão, S. (2012). Burnout em Professores: a sua Relação com a Personalidade, Estratégias de Coping e Satisfação com a Vida. Acta Médica Portuguesa, 3, 145-155.

Deci, E. L. & Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour. New York: Plenum.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The ‘‘what’’ and ‘‘why’’ of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 11, 227–268.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (org.). (2002). The handbook of self-determination research. Rochester: University of Rochester Press.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing, 2,* 454-464.

DiGiulio, J. F. (1995). "A more human workplace: responding to child welfare worker's personal losses." *Child Welfare*, 1995: 877-887.

Figley, C. R. (1995) Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R Figley (Ed.) *Compassion Fatigue*, 1–20, New York: Brunnar/Mazel.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapist's chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433-1441.

Florio, C. (2010). *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers.* Lexington, KY, USA: CreateSpace.

Franco, M.H.P. (2003). "Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar". O Mundo da Saúde, 27(1), 182-4.

Gillet, N., Gagné, M., Sauvagère, S. & Fouquereau, E. (2012). The role of supervisor autonomy support, organizational support, and autonomous and controlled motivation in predicting employees' satisfaction and turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, ***22,*** **450-460.** doi: org/10.1080/1359432X.2012.665228

Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro (2008). Stresse, saúde física, satisfação e "burnout" em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M.G. Pereira, C. Simões & T. McIntyre, (2ª edição), *Actas do II congresso familia, saúde e doença: Modelos, investigação e*

prática em diferentes contextos de saúde (178-192). Braga: Universidade do Minho.

Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing, 36,* 420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027.

Hyman, A.A., Michaels, D.R., Berry, J.M., Schildcrout, J.S., Mercaldo, N.D. & Weinger, M.B. (2011) Risk of burnout in Perioperative Clinicians - a survey study and literature review. *American Society of Anesthesiologists, 114,* 194-204. doi: 10.1097/ALN.0b013e318201ce9a.

Jamieson, Teasdale, Richardson & Ramirez (2010). "The Stress of Professional Caregiving." In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, de Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherney, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa e Russell K. Portenoy, 1445-1452. New York: Oxford University Press.

Kastenbaum, R. E. & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: Novos Umbrais.

Kim, H. J. & Heejung, C. (2012). Emergency nurses' professional quality of life: compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 3,* 320-328.

Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaité, D. & Cardena, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war ant torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2,* 120-128.

Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O mundo da saúde. (Vol. 34. n.º 4. p. 420-429).

Lago, K. & Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde.* Petrópolis: Editora Vozes.

Lauvrud, C., Nonstad, K. & Palmstierna, T. (2009). Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in

nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:31. doi: 10.1186/1477-7525-7-31.

Loureiro, L. (2004). Tradução e Adaptação da Versão Revista da Escala de Ansiedade Perante a Morte (Revised Death Anxiety Scale – DAS-R) – Estudo realizado numa amostra de profissionais de saúde. Referência. (Vol. 12, p. 5-14).

Loureiro, L. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). (Vol. III série. n.º 1, p. 101- 108).

McCraken, L. M., Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain, 107, 159-166.

Moix, J., Casado, M. & Dolor, C. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud, 22,* 1, 41-50.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Revista Ciencia & Trabajo*, *11*(32), 37-43. Retirado de www.cienciaytrabajo.cl

Meleiro, S. (2001). O médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial.

Morin, E. (1998). *O homem e a morte* (2.a Ed.). Mem Martins: Publicacoes Europa-America.

Olafsen, A. H., Niemiec, C. P., Halvari, H., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2017). On the dark side of work: a longitudinal analysis using selfdetermination theory. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 2,* 275-285, doi: 10.1080/1359432X.2016.1257611

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (2a ed.). Loures: Lusociencia.

Pelletier, L. G., Dion, S., Tuson, K. M., & Green-Demers, I. (1999). Why do people fail to adopt environmental behaviors? *Towards a taxonomy of environmental amotivation. Journal of Applied Social Psychology*, *29*, 2481–2504.

Pelletier, L. G., Tuson, K. M. & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment, 68,* 414–435.

Perry, B., Toffner, G., Merrick, T. & Dalton, J. (2011). Na exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal, 2,* 91-97. doi: 10.5737/1181912x2129197

Popim, R.C. & Boemer, M.R. (2005). "Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz". Rev. Latino-americana de Enfermagem, 13(5), 677-85.

Potter, P. et al. (2010). "Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses." *Clinical Journal of Oncology Nursing*: E58-E62.

Rockembach, J. V., Casarin, S. T. & Siqueira, H. C. H. (2010). Morte pediátrica no quotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Vol. 11. n.º 2, p. 1-212).

Rourke, M. T. (2007). "Comapassion fatigue in pediatric palliative care providers." *Pediatric Clinics of North America*: 631-644.

Ryan, R. M., Rigby, S. & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65,* 586–596.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change. *Canadian Psychology, 49 (3), 186-193.*

Sabo, B. (2011). *"Reflecting on the concept of compassion fatigue." MedsCape. http://www.medscape.com/viewarticle/745292*.

Santos, C. M. A. (2017). Estatística descritiva. Manual de auto-aprendizagem. Lisboa: Edições Sílabo.

Sheldon, K. M. & Bettencourt, B. A. (2002). Psychological need-satisfaction and subjective well-being within social groups. *British Journal of Social Psychology*, 41, 25-38.

Sheldon; K. M.; Ryan, R. M; Deci, E. L. & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: it's both what you pursue and why you pursue it. *Pers Soc Psychol Bull*, 30 (4), 475-486.

Simões, Â. (2011). Quando a criança morre... Acta Pediátrica Portuguesa (Vol. 42. n.º 4, p. 149-152).

Sousa, S.; Ribeiro, J. L. P.; Palmeira, A.; Teixeira, P. & Silva, M. (2012). Estudo da Basic need Satisfaction in General Scale para a Língua Portuguêsa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 209 – 219.

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual.* Pocatello, ID: ProQOL.org.

Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Recuperado em 8 novembro, 2013, de http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf

Stamm, B. H. (2009). *The Concise ProQOL Manual*. Recuperado em 20 agosto, 2013, de http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

Teixeira, N. T., Farci, M. S., Sampaio, A. L. P. & Guimarães, L. A. M. (2004). Transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho. In L. L. A. Guimarães (Org.), *Série Saúde Mental e Trabalho* (pp.119-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thompson, R. (2011). "Compassion Fatigue: The Professional liability for caring too much."*Public Entity Risk Institute* .https://www.riskinstitute.org/peri/images/file/CompassionFatiguePERISymposiumPaper.pdf.

Torrano-Masetti, L.M., Oliveira, E.A. & Santos, M.A. (2000). "Grupo de reflexão em equipe de enfermagem hematológica como estratégia para alívio do estresse". In: Luis, M.A.V (org). Saúde mental: prevenção e tratamento (pp. 171-82), Ribeirão Preto: FIERP-EERP-USP/FAPESP.

Urbain, J. D. (1997) Morte. In *Enciclopédia Einaudi: Vol. 36. Vida/Morte – Tradições – Gerações*,(pp. 381-418). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Wehmeyer, M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 27, 302-314.

Wei, M.; Shaffer, P. A.; Young, S. K. & Zakalik, R. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: the mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counseling Psychology,* 52 (4), 591-601.

Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z., Ryan, R. M. & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70,* 115–126.

Williams, G.C., Gagné, M., Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, *21*, 40-50.

Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., Freedman, Z.R. & Deci, E.L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, *23*, 58-66.

Wolfram, W. (2008). Coping with the death of a child in the ED. *eMedicine*.

ANEXOS

Anexo I- Consentimento informado

Ana Catarina Oliveira Santos
Escola de Psicologia e Ciências da Vida
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Ao Conselho Diretivo da Clinica São João de Deus

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados

Ao Conselho Diretivo,

No âmbito do Seminário de Dissertação, do 2º ano do 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da ULHT, com a orientação da Professora Doutora Bárbara Gonzalez, venho solicitar autorização para a recolha de dados na Clinica São João de Deus.

O objectivo deste estudo será, analisar as implicações psicológicas em profissionais de enfermagem, que lidam com a morte. Nomeadamente pretendendo compreender a relação entre níveis de satisfação das necessidades básicas, aspectos ligados á qualidade de vida profissional (satisfação e fadiga por compaixão) e avaliar o perfil de atitudes perante a morte, verificando o impacto dessas implicações psicológicas nos profissionais de Saúde. A amostra será constituída por Enfermeiros que trabalham no âmbito dos Cuidados Paliativos e que trabalham nas Urgências, de ambos os sexos. Os instrumentos que irei utilizar para obter os resultados são os seguintes: Questionário de Dados Sócio Demográficos; a Escala de Satisfação e Fadiga

por Compaixão; o Questionário de Satisfação das Necessidades Básicas e a Escala do Perfil de Atitudes Perante a Morte (DAP).

Desde já, garanto o respeito por todos os princípios éticos necessários à investigação, de acordo com o código deontológico da Psicologia. Informo, também, que os dados recolhidos se destinam exclusivamente a fins de investigação, sendo garantido o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade dos dados. Esta investigação não apresenta quaisquer riscos para os participantes. Em anexo segue o consentimento informado que irá ser entregue a todos os participantes, juntamente com os instrumentos a utilizar.

Grata pela sua atenção e disponibilidade.

A Discente

_Ana Catarina Oliveira Santos__

Oeiras, __25__/_07___/_2016__

Investigação sobre as implicações psicológicas em profissionais de Enfermagem, que lidam com a morte

Caro(a) participante,

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração, numa investigação no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Escola de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, sob a orientação da Professora Doutora Bárbara Gonzalez.

Esta investigação visa compreender algumas variáveis psicológicas, tais como, a satisfação das necessidades básicas, a satisfação e fadiga por compaixão e as atitudes face à morte, para uma melhor compreensão sobre o impacto e certas implicações psicológicas, em Enfermeiros que trabalham nos cuidados paliativos, relativamente aos que trabalham nas Urgências.

Toda a informação recolhida neste estudo **é anónima e confidencial**, não existindo respostas certas ou erradas, sendo apenas pedido que responda com a máxima sinceridade. Os dados destinam-se apenas a fins de investigação e serão analisados juntamente com as respostas de outros participantes, com fins unicamente estatísticos.

A sua participação é voluntária, como tal, se decidir colaborar, pedimos-lhe que responda a todas as questões para que os dados possam ser correctamente analisados. Lembramos também que, se quiser desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Este protocolo de investigação é constituído por um conjunto de questionários, e estima-se que o preenchimento total tenha a duração de aproximadamente 15 minutos.

Termino agradecendo a sua disponibilidade para participação neste estudo, sem a qual a sua realização não seria possível.

Se tiver alguma dúvida acerca do estudo poderá contactar:

Ana Catarina Santos, Email: ana_acos@msn.com

Anexo II- Questionário sociodemográfico

1. Idade: ____

2. Sexo:
   - ☐ Masculino
   - ☐ Feminino

3. Nacionalidade:
   - ☐ Portuguesa
   - ☐ Outra Qual:_____

4. Estado Civil:
   - ☐ Solteiro (a)
   - ☐ Casado(a) / União de Facto
   - ☐ Separado(a) / Divorciado(a)
   - ☐ Viúvo(a)

5. Pessoas com quem vive:
   - ☐ Sozinho/a
   - ☐ Marido/mulher ou Companheiro/a
   - ☐ Com Filhos
   - ☐ Pais ou familiares
   - ☐ Com amigos
   - ☐ Outra Situação

6. Tempo de serviço nesta profissão:_____ (anos)

7. Tipo de vínculo á Instituição:
   - ☐ Contrato de trabalho por tempo indeterminado
   - ☐ Contrato de trabalho a termo certo
   - ☐ Contrato de trabalho a termo incerto

8. Quantas horas de trabalho por semana:_____

9. Tipo de horário:
   - ☐ Fixo
   - ☐ Rotativo

10. Considera exagerado o volume de trabalho que habitualmente lhe é atribuído:
☐ Sim
☐ Não

11. Motivos de ingresso na área de Enfermagem:
☐ Área de preferência
☐ Remuneração
☐ Reconhecimento profissional
☐ Incentivo por parte de outrem
☐ Elevado teor de empregabilidade
☐ Outro Qual:_____

12. Se hoje pudesse voltar atrás escolheria esta área profissional?
☐ Sim
☐ Não

Anexo III-Instrumento de avaliação-BNSG

Basic Need Satisfaction in General Scale (BNSG)

(Gagné, 2003; Johnston & Finney, 2010),

(Versão portuguesa: Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva, 2012)

O que sinto

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmações, pense como se relacionam com a sua vida e indique se é verdadeira para si. Use a escala seguinte para responder:

1 2 3 4 5 6 7

Não é nada Verdadeiro Em parte Verdadeiro Verdadeiro Totalmente Verdadeiro

1. Sinto-me livre para decidir por mim próprio(a) como viver a minha vida.	
2. Eu gosto das pessoas com quem convivo.	
3. Frequentemente, não me sinto muito competente.	
4. Sinto pressão na minha vida.	
5. As pessoas que conheço dizem-me que sou bom (a) naquilo que faço.	
6. Dou-me bem com as pessoas com quem contacto.	
7. Sou uma pessoa reservada e não tenho muitos relacionamentos sociais.	
8. Geralmente sinto-me livre para expressar as minhas ideias e opiniões.	
9. Considero as pessoas com quem contacto regularmente como minhas amigas.	
10. Fui capaz de aprender recentemente novas competências interessantes.	
11. Na minha vida diária tenho que fazer frequentemente o que me mandam.	
12. Sinto que as pessoas que me rodeiam no dia-a-dia se preocupam comigo.	

13. Na maioria dos dias sinto-me realizado (a) com aquilo que faço.	
14. As pessoas com quem convivo diariamente costumam ter em consideração os meus sentimentos.	
15. Na minha vida não tenho muitas hipóteses de demonstrar aquilo que sou capaz.	
16. Não há muitas pessoas a quem me sinta próximo (a).	
17. Sinto que posso ser eu próprio (a) no meu dia-a-dia.	
18. As pessoas com quem convivo regularmente não parecem gostar muito de mim.	
19. Frequentemente não me sinto muito capaz.	
20. Não tenho muitas oportunidades de decidir por mim próprio (a) como fazer as coisas no meu dia-a-dia.	
21. Geralmente as pessoas são muito simpáticas comigo.	

ANEXO IV- Instrumento de avaliação- (PROQOL 5)

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL 5; Stamm, 2009) ©
SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) ©

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

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

1.	**Sinto-me feliz**	
2.	Estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu *[ajudo]*.	
3.	Sinto satisfação por poder *[ajudar]* as pessoas.	
4.	Sinto-me ligado(a) aos outros.	
5.	Assusto-me ou fico surpreendido(a) com sons inesperados.	
6.	Sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que *[ajudo]*.	
7.	Sinto que é difícil separar a minha vida pessoal da minha vida como *[ajudante]*.	
8.	Não sou produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu *[ajudo]*.	
9.	Penso que posso ter sido afectado(a) pelo stress traumático daqueles que eu *[ajudo]*.	
10.	Sinto-me encurralado(a) pelo meu trabalho como *[ajudante]*.	
11.	Por causa da minha *[ajuda]*, já me senti "no limite" em relação a várias coisas.	
12.	Gosto do meu trabalho de *[ajudante]*.	
13.	Sinto-me deprimido(a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu *[ajudo]*.	
14.	Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha *[ajudado]*.	
15.	Tenho crenças que me suportam.	
16.	Estou satisfeito(a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de *[ajuda]*.	
17.	Sou a pessoa que sempre quis ser.	
18.	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).	
19.	Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho como *[ajudante]*.	
20.	Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que *[ajudo]* e de como os poderia ajudar.	

21.	Sinto-me esgotado(a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar.	
22.	Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho.	
23.	Evito certas actividades ou situações porque me fazem relembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu *[ajudo]*.	
24.	Orgulho-me daquilo que posso fazer para *[ajudar]*.	
25.	Como resultado da minha [ajuda], tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
26.	Sinto-me limitado(a) pelo sistema.	
27.	Tenho pensamentos de que sou um "sucesso" como [ajudante].	
28.	Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas.	
29.	Sou uma pessoa muito atenciosa.	
30.	Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	

ANEXO V- Instrumento de avaliação- (DAP-R)

Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto
(Wong, Reker & Guesser, 1994)

Este questionário contém uma série de afirmações relativas a diferentes atitudes perante a morte.

Leia atentamente cada afirmação, e depois indique o quanto concorda ou discorda com a mesma. Por exemplo um item pode afirmar "A morte é uma amiga". Indique o quanto concorda ou discorda, desenhando um círculo, em torno da opção, ou fazendo um X, sobre a mesma (o que for mais simples para si). As opções de resposta vão do Concordo Muitíssimo ao Discordo Muitíssimo e do Discordo muitíssimo ao Concordo muitíssimo.

Se concordar muitíssimo com a afirmação fará um círculo em torno da opção "Concordo Muitíssimo". Se discordar muitíssimo com a afirmação fará um círculo em torno da opção " Discordo Muitíssimo". Se estiver indeciso, escolha a opção "Não Concordo nem Discordo". Tente no entanto usar esta opção o menos possível.

É importante que pense bem em cada afirmação e que responda a todas elas.

Muitas das afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para evidenciar pequenas diferenças ao nível das atitudes.

1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

2. Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

3. Evito pensamentos acerca da morte a todo o custo

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

4. Acredito que irei para o Céu depois de morrer

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

5. A morte porá fim a todos os meus problemas

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

6. A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

7. Perturba-me o facto da morte ser irreversível

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

9. A morte permite escapar deste mundo terrível

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo

10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

12. Tento sempre não pensar na morte

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

14. A morte é um aspecto natural da vida

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

18. Tenho um intenso medo da morte

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

19. Evito por completo pensar na morte

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

21. O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

22. Aguardo com expectativa a reunião com os que amei, depois da morte

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

26. Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

27. A morte oferece a maravilhosa libertação da alma

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

28. Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

30. A morte não é boa nem má

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

31. Aguardo com expectativa a vida depois da morte

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

32. A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me

Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

Obrigada pela sua colaboração