

PATRÍCIA ALEXANDRA CAMACHO BOIÇAS

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM VOLUNTÁRIOS NA ÁREA
DA SAÚDE: RELAÇÕES ENTRE A EMPATIA, RESILIÊNCIA
E AS ESTRATÉGIAS DE COPING**

Orientadora: Marina Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

PATRÍCIA ALEXANDRA CAMACHO BOIÇAS

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM VOLUNTÁRIOS NA ÁREA
DA SAÚDE: RELAÇÕES ENTRE A EMPATIA, RESILIÊNCIA
E AS ESTRATÉGIAS DE COPING**

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, Escola de Psicologia e Ciências da Vida com o Despacho Reitoral nº 206/2016 com a seguinte composição:

Presidente. Professora Doutora Neuza Silva

Arguente. Professora Doutora Bárbara Gonzalez

Orientadora: Professora Doutora Marina Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

*“There is a cost to caring”
Charles Figley*

À Professora Doutora Marina Carvalho

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina, pela orientação, motivação, apoio, confiança e disponibilidade, assim como pela insigne capacidade em transmitir a sua sabedoria académica e humana que me permitiu chegar até aqui. O meu sincero obrigada.

A todos os voluntários das diversas instituições pelo país, que se disponibilizaram na realização deste estudo, uma vez que sem a vossa colaboração e cooperação a concretização desta investigação não teria sido possível.

Aos voluntários da Associação de Apoio à Vitima pela colaboração no preenchimento dos questionários.

Ao Carlos por todo o amor, compreensão e paciência nos dias em pensei inúmeras vezes em desistir, e sempre me encorajou a lutar por aquilo que acredito. Obrigada meu amor. Este trabalho também é teu.

Aos meus pais um agradecimento especial pelo carinho e amor, pelo apoio em todas as decisões que tomei até hoje e, em especial à minha irmã Tânia que mesmo estando longe, acreditou sempre em mim.

À família, avó, tios, primos pelos momentos de apoio.

Um obrigado especial à Ana Silva, por todo o apoio e motivação, pois sem esse apoio não teria conseguido terminar esta etapa da minha vida.

Às minhas amigas de coração, Ana Belchior, Tara Smith, Ana Ferreira, Inês Ramos, Vânia Neto, Stéphanie e Ana Fialho, por todo o apoio, carinho e pelas palavras de conforto que me proporcionaram. Sou vos eternamente agradecida.

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo e amizade demonstrado em todos os momentos.

Ao Hugo por toda a partilha de conhecimentos e apoio.

A todos os que direta e/ou indiretamente acreditaram em mim. Graças a vós cresci em quanto ser humano.

A todos vós,
o meu eterno muito obrigado.

Resumo

Com o objetivo geral em analisar a relação entre a fadiga por compaixão, a empatia, a resiliência e as estratégias de coping, em voluntários da área da saúde foi estudada uma amostra não clínica por 153 participantes, 85 do género feminino, com uma média de idades de 36.20 anos ($DP = 13.16$) e 68 do género masculino, com uma média e de idades 37.36 anos ($DP = 12, 206$), dispendendo, em média, 2 horas por semana de voluntariado.

Os participantes preencheram um protocolo composto pelo, o Professional Quality of Life Scale 5, (Figley & Stamm,1995: 2010), versão traduzida e adaptada de Carvalho e Sá (2011); The resilience Scale, (Wagnil & Young, 1993), adaptação portuguesa de Ng Deep e Leal (2012); Brief Cope,(Carver, 1997) adaptação portuguesa de Pais Ribeiro e Rodrigues (2007) e ainda o Índice de Reatividade Interpessoal, (Davis, 1980), versão Portuguesa de Limpo, Alves e Castro (2010). Os resultados demonstraram que as mulheres evidenciaram, níveis mais elevados de preocupação empática e expressão de sentimentos; por sua vez, os homens relataram valores mais elevados de perseverança. Foram obtidas correlações estaticamente significativas, no sentido esperado entre a satisfação e a burnout com empatia. A satisfação por compaixão associou-se positivamente com as estratégias de coping instrumentais e o burnout associou-se positivamente com as estratégias de coping paliativas. O uso de substâncias o sentido de vida e o desconforto pessoal mostraram prever a fadiga por compaixão

Os resultados obtidos neste estudo foram analisados com base na literatura existente e as suas implicações para o trabalho na área.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão, Estratégias de coping, Empatia, Resiliência, voluntários.

Abstract

With the aim of analyzing the relationship between fatigue caused by compassion, empathy, resilience and coping strategies in volunteers of the health field, a non-clinical sample of 153 participants was studied, 85 were female, with an average of age of 36.20 years (SD = 13:16) and 68 males, with an average age and 37.36 years (SD = 12, 206), spending an average of two hours a week of volunteering.

Participants completed a protocol composed by the Professional Quality of Life Scale 5 (Figley & Stamm 1995: 2010), translated and adapted version of Carvalho and Sá (2011); The resilience Scale (Wagnil & Young, 1993), Portuguese adaptation of Deep Ng e Leal (2012); Brief Cope, (Carver, 1997) Portuguese adaptation of Pais Ribeiro & Rodrigues (2007) and also the Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980), Portuguese version of Limpo, Castro and Alves (2010). The results demonstrated that women showed higher levels of concerned empathy and expressed feelings ; in turn, men reported higher values of perseverance. statically significant correlations were obtained in the expected sense of satisfaction and burnout with empathy. The satisfaction of compassion was positively associated with the instrumental coping strategies and burnout was positively associated with palliative coping strategies. Substance use the meaning of life and personal discomfort showed predict compassion fatigue

On the other hand, men showed higher values of perseverance. The correlations between satisfaction and empathy proved to be statistically significant, and coping strategies correlated negatively with burnout.

The results of this study were analyzed based on existing literature and its implications on work in the area.

Key words: Fatigue for Compassion, coping strategies, empathy, resilience, volunteers.

Lista de Siglas e Símbolos

%- Percentagem

α - Alpha de cronbach

APA - American Psychological Association

β - Beta

BC – Brief Cope

DP –Desvio Padrão

FC- Fadiga por Compaixão

IRI- Índice de Reatividade Interpessoal

M- Média

p- Significância

ProQOL 5 - Escala de qualidade de Vida Profissional versão 5

R^2 – Coeficiente de determinação

R^2 A.J – R^2 Ajustado

r – Correlação de Pearson

RES- Resiliência

SC – Satisfação por Compaixão

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

t – *t* de Student

X^2 – Qui-Quadrado

Índice Geral

Introdução	13
Capítulo 1. Conceptualização teórica da Fadiga por Compaixão, definições e fatores associados à Fadiga por Compaixão	17
1.1. Conceitos	18
1.2.1 Satisfação por Compaixão	18
1.2.1 Fadiga por compaixão	20
1.2.1 Stress Traumático Secundário	21
1.2.1 Burnout	22
1.2. Indicadores da Fadiga por Compaixão.....	24
1.2.1 Modelo Genérico da Fadiga por Compaixão e Resiliência	25
1.3. Fatores associados à Fadiga por Compaixão	29
1.3.1. Empatia.....	30
1.3.2. Altruísmo.....	31
1.3.3 Resiliência	32
1.3.4. Estratégias de coping	34
Capítulo 2. Relações entre a Fadiga por Compaixão com a empatia, resiliência, estratégias de coping nos voluntários da área da saúde.....	36
Capítulo 3. Relevância do estudo, objetivos e hipóteses.....	42
3.1. Pertinência do estudo.....	43
3.2. Objetivos	44
□ Analisar as diferenças de género para a resiliência, empatia e estratégias de coping.	44
□ Analisar as relações entre a fadiga por compaixão com a empatia, a resiliência e as estratégias de coping. Especificamente, analisar as relações entre o tempo de voluntariado e a fadiga por compaixão	44
3.3. Hipóteses	44
Capítulo 4. Método	45
4.1. Participantes.....	46

4.2. Medidas de avaliação.....	49
4.2.1. Questionário Sociodemográfico	50
4.2.2. Escala de qualidade de vida profissional (ProQOL5)	50
4.2.3. Escala da resiliência	50
4.2.4. Brief Cope	51
4.2.5. Índice de Reatividade Interpessoal.....	52
4.3. Procedimento.....	53
Capítulo 5. Resultados.....	54
5.1. Análise de diferenças entre grupos.....	54
5.1.2. Relações entre a Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência, estratégias de Coping e o número de anos em prestação do serviço de voluntariado.	57
5.1.3. Análise dos fatores preditores do Score Total da Fadiga por Compaixão.	62
Capítulo 6. Discussão dos Resultados	63
6.1. Interpretação dos resultados.....	64
6.1.1. Comparações entre géneros	64
6.1.2. Relações entre a Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência, estratégias de Coping e o número de anos em prestação do serviço de voluntariado.	65
6.1.3. Fatores Preditores do Total da Fadiga por compaixão	67
6.2. Limitações.....	68
6.3. Sugestões para estudos futuros	68
6.4. Implicações clínicas dos resultados	69
Conclusão	72
Bibliografia.....	74
Anexos.....	I
Anexo I – Pedido de consentimento Informado	II
Anexo II – Protocolo de Investigação.....	III
Anexo III – Protocolo de Investigação	VI

Índice de Figuras

Figura 1: Sintomas de burnout nos profissionais de saúde.....	24
Figura 2: Sintomas da Fadiga Por Compaixão como forma de Burnout.....	25
Figura 3: Fadiga por Compaixão: Modelo Etiológico.....	26
Figura 4: Fadiga por Compaixão: Novo Modelo Etiológico.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Análise das variáveis sócio demográficas em função do género</i>	47
Tabela 2- <i>Diferenças de género para a Fadiga Por Compaixão, Empatia, Resiliência e Estratégias de Coping.</i>	55
Tabela 3 - <i>Relações entre a Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência, estratégias de Coping e o número de anos em prestação do serviço de voluntariado.</i>	57
Tabela 4 - <i>Relações entre a Fadiga por Compaixão e as Estratégias de Coping</i>	58
Tabela 5- <i>Relações entre a Fadiga por Compaixão e a Empatia</i>	60
Tabela 6- <i>Relações entre a Fadiga por Compaixão e Resiliência</i>	61
Tabela 7- <i>Análise da variância da fadiga por compaixão</i>	62

Introdução

O voluntariado é visto como uma atividade que emerge através da relação de proximidade para com o outro. É igualmente considerado como um fenómeno complexo e diversificado que está presente em grande parte das sociedades e, é encarado como uma forma de colmatar as dificuldades das instituições e de familiares. Centrado numa linha de complementaridade com as instituições, está essencialmente orientado para a defesa dos direitos humanos, bem como a prestação de serviços sociais (Serapioni, Ferreira, Lima & Marques, 2012).

Segundo Grace (2006) o voluntariado é caracterizado como o sentido cívico, dos que dedicam grande parte do seu tempo e das suas competências em prol da comunidade.

Durante anos, as profissões relacionadas com a saúde foram desvalorizadas no que diz respeito a determinados fatores, nomeadamente à problemática do stress, fadiga e burnout. Esta problemática deve-se ao fato dos profissionais de saúde estarem ligados ao processo de “curar/ tratar” das diferentes patologias. No entanto, diversos estudos têm vindo a comprovar que os profissionais de saúde em geral são os mais afetados com estes fenómenos (Amaro & Jesus, 2008).

Todos os profissionais que lidam diariamente com pessoas expostas a situações de doença, risco de morte, podem ser contagiados pela dor e sofrimento do outro, tornando possível o desencadeamento de problemas ao nível de saúde, burnout e stress traumático secundário (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014).

A fadiga por compaixão é reconhecida pela primeira vez num estudo de Carla Joinson (1992), quando esta abordou o desgaste dos enfermeiros ao trabalharem num serviço de urgência e, identificou perante experiências repetidas determinados comportamentos que eram característicos da fadiga, nomeadamente, irritabilidade, agravamento das doenças físicas, fadiga crónica, medo de ir trabalhar e falta de alegria na vida (Potter, et al., 2010).

Os profissionais que lidam diariamente com os problemas dos seus utentes, são por vezes, conduzidos à exaustão física, mental e emocional (Figley, 1993:1995: Radey & Figley, 2007).

As características inerentes à fadiga por compaixão podem estar associadas a eventos traumáticos como flashbacks, pesadelos, memórias, queixas somáticas, evitamento e a persistência de sintomatologia ansiosa (Sabo, 2011).

Na literatura existente, a elevada exposição aos fatores de stress poderá conduzir a determinados estados de exaustão, que tendem a estar relacionados com dificuldades sentidas quer ao nível profissional como ao nível pessoal (Carvalho & Sá, 2011). Diversos estudos mostraram que fatores de risco como o contato com o sofrimento, dor, morte, preocupação com os doentes, excesso de trabalho, a ambiguidade de funções e conflitos ao nível das relações interpessoais favorecem a exaustão emocional (Chan, Lai, Ko & Boey, 2000¹; Escot, Artero, Gandubert & Boulanger, 2001²; Silva & Gomes, 2009³; citado por Cruz, 2014).

O stress e o burnout, dois termos do pólo negativo da fadiga por compaixão, usados para descrever os efeitos negativos na área da saúde. Apesar de a literatura não referir diretamente este efeito, contudo, existem evidências empíricas sobre esta sintomatologia que tende em exacerbar a saúde física (Barbosa, et al., 2014).

A fadiga por compaixão é caracterizada como um fenómeno de exaustão biológica, psicológica e social, que por sua vez está ligada à compaixão, como forma de suportar o sofrimento e a preocupação empática do profissional.

Por outro lado, fatores como, a Empatia, Resiliência e as Estratégias de Coping, têm sido associadas à fadiga por compaixão.

A empatia é vista como a motivação para responder às necessidades das pessoas, sendo considerada com a capacidade em ajudar os outros, sem a qual a ligação entre utente e profissional (Figley, 2002). A empatia, constitui um elo de ligação fundamental para a realização dos mais diversificados trabalhos que envolvam o contato direto com os seres humanos (Barbosa, et al., 2014).

A resiliência é considerada por diversos autores como o processo adaptativo no qual o individuo perante uma situação particularmente stressante, consegue regressar ao seu nível adaptativo anterior (Steinhauer, 2001, citado por Amaro, 2010).

Lazarus e Folkman (1984) descrevem o coping como a capacidade que o indivíduo possui para lidar com determinadas exigências, internas ou externas que geralmente ultrapassam os

¹ Chan, K., Lai, G., Ko, C., & Boey, K. (2000). Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science and Medicine*, 50, 1415-1432.

² Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., & Boulanger, J. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Journal of the international Society for the investigation of Stress*, 17, 273-279.

³ Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 239-248

seus recursos. Este fenómeno é considerado como um estabilizador para que o indivíduo se adapte à situação causadora de stress.

Por fim, estratégias de coping são assim consideradas como formas práticas que os indivíduos dispõem para fazer face a situações ameaçadoras (Vaz Serra, 1999;⁴ Lovallo, 2005⁵; Ribeiro, 2005⁶, citado por Amaro 2010).

O presente estudo é composto por seis capítulos. O primeiro capítulo é sobre os aspetos conceptuais, no que diz respeito à fadiga por compaixão, conceitos, modelos explicativos, indicadores da fadiga por compaixão e os fatores associados. O segundo é composto por estudos empíricos sobre a fadiga por compaixão, empatia, estratégias de coping em voluntários na área da saúde. No terceiro, proporciona-se uma descrição sobre a relevância do estudo, bem como, à formulação de objetivos e hipóteses. O quarto é referente ao método de investigação, e a caracterização da amostra, das medidas utilizadas e os procedimentos utilizados. O quinto é referente aos resultados obtidos entre as variáveis em estudo. Por fim, o sexto capítulo é pertencente à discussão dos resultados obtidos, corroborando com a literatura existente, implicando sugestões futuras bem como limitações no presente estudo.

No que diz respeito às citações e as referências bibliográficas, o estudo segue as normas da American Psychological Association (APA, 2010). No que concerne à formatação, foram utilizadas as Normas para elaboração e apresentação de teses e dissertações da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008).

⁴ Vaz Serra, A. (1999). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 5-28, 117-437, 473-738.

⁵ Lovallo, W. R. (2005). Stress & Health: biological and psychological interactions. London: Sage Publications, Inc, 29-233.

⁶ Ribeiro, J. L. P. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto, 273-308.

Capítulo 1. Conceptualização teórica da Fadiga por Compaixão, definições e fatores associados à Fadiga por Compaixão

1.1. Conceitos

Stamm (2010) descreve a qualidade de vida profissional como o resultado/ sentimento do contato de um indivíduo enquanto ajudante. No entanto esta qualidade está dividida em dois aspetos: aspetos negativos e aspetos positivos. A fadiga por compaixão resulta desse aspeto negativo, que segundo a autora, inclui a dimensão do stress traumático secundário, resultante da exposição a eventos traumáticos, manifestando-se através de sentimentos de medo, ou até mesmo de intrusão de imagens resultantes de memórias traumáticas que poderão relembrar tais episódios; e o burnout, pelo qual se manifesta através de sentimentos de frustração, tristeza, exaustão, descontentamento, raiva e depressão, estando ligado a sentimentos de impotência derivado ao excesso de trabalho e das suas dificuldades em conseguir gerir a pressão e o fraca estrutura do suporte ambiental no trabalho. A fadiga resulta então, da exposição contínua ao stress traumático secundário, consequentemente resultado do contato com os doentes, ou até mesmo de situações que não estejam diretamente relacionadas com atividade laboral.

No que concerne aos aspetos positivos, estes são evidenciados na satisfação por compaixão, pelo qual é definido como o prazer de vir a desempenhar um bom trabalho, e associado a este sentimento temos a concretização e a realização. Estes sentimentos são resultantes da ajuda para com os outros.

Stamm (2010) diz-nos que o burnout e o stress traumático que apesar de serem dois fenómenos distintos partilham uma orientação em comum, alguns aspetos de stress, já no que refere ao fenómeno da satisfação, ambos são considerados completamente

1.2.1 Satisfação por Compaixão

A satisfação é considerada por Stones e Kozma 1980⁷, citados por Pais Ribeiro e Maia, (2002), como uma condição afetiva de prazer na qual resulta da avaliação feita pelo trabalhador de acordo com as suas necessidades e expectativas. Ainda na mesma linha de raciocínio, Morse et al., (1992) ⁸ citado, por Lago e Codo (2008), definem compaixão como sendo uma preocupação empática.

⁷ Stones, M., & Kozma, A. (1980). Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists. *International Journal of Aging and Human Development*, 11, 269 -281.

⁸ Morse, J.M., Anderson,G.,Bottorff,J.L.,Yonge,O.,O'Brien,B.,Solberg,S.M.,et al. (1992). Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Journal of Nursing Scholarship*, 24 (4),273-280.

Como foi referido anteriormente, a satisfação por compaixão é um fenómeno que decorre devido ao processo empático que leva o ser humano a prestar auxílio para com o outro.

Toda esta ação deriva de um envolvimento através da confiança, autoconhecimento, envolvimento espiritual, e respeito pela resiliência (Stamm, 2002, in Putteran, 2005⁹, citado por Santalha, 2009).

Stamm (2005)¹⁰ citado por Harr e Moore (2011) refere a Satisfação por Compaixão como a capacidade de contribuir para o bem - estar dos outros.

Stamm, Varra, Pearlman e Gillier¹¹ (2002) citado por Mason (2014) indicam que a Satisfação por Compaixão pode provocar os seguintes efeitos no profissional:

- Aumento significativo do reconhecimento pessoal e do impacto positivo sobre a vida das pessoas;
- Um elevado sentido de empatia para com o próximo;
- Uma maior coesão entre os grupos;
- Uma compreensão mais profunda sobre a natureza humana.

Stamm (2010) descreve a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão como as consequências do envolvimento emocional e afetivo dos profissionais, ao sofrimento sobre aqueles que lhes são prestados os cuidados necessários.

A satisfação por compaixão é assim, caracterizada como o aspeto positivo da qualidade de vida, pois está associada a sentimentos de satisfação, a sentimentos positivos no que diz respeito a capacidade que os profissionais têm em ajudar o outro. Já a fadiga por compaixão representa o aspeto negativo, como já foi mencionado anteriormente.

A este, paradigma estão assim associados dois eixos, que sustentam a fadiga, nomeadamente, o stress traumático secundário, caracterizado pelo medo e o trauma e o burnout, descrito como o esgotamento psíquico e físico resultante do elevado stress crónico Stamm (2010).

⁹ Putterman, I. (2005). *The relationship between posttraumatic growth and professional quality of life (compassion fatigue/secondary trauma, compassion satisfaction, and burnout) among social workers in Texas*. A dissertation presented to the Faculty of the College of Education University of Houston, in partial fulfilment of the requirements of the degree Doctor of Education.

¹⁰ Stamm, B. (2005). *Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction Burnout and Fatigue/Secondary Trauma Subscales—Revision IV*. Retrieved from <http://www.isu.edu-bihstamm>.

¹¹ Stamm, B. H., Varra, E. M., Pearlman, L. A., & Giller, E. (2002). *The helper's power to heal and to be hurt - or help - by trying*. Register report: National Register of Health Service Providers in Psychology. Washington, DC.

1.2.1 Fadiga por compaixão

A fadiga por compaixão foi introduzida por Figley (1995) quando estudava a perturbação Pós-stress Traumático em veteranos de guerra. Figley concluiu com os seus estudos que os familiares dos ex-combatentes eram igualmente afetados pelas experiências traumáticas, que o mesmo apelidou de stress traumático secundário (stress por compaixão) (Carvalho & Sá, 2011). Figley referiu ainda, a possibilidade do mesmo mecanismo psicossocial tornar o trauma contagiante no seio das famílias dos ex-combatentes, ou seja, aquele que sofre o trauma poderá “infetar” o outro com o seu material traumático (Carvalho & Sá, 2011).

A fadiga é definida como resultado da exposição elevada de stress, que poderá levar ao sofrimento e desgaste emocional dos profissionais que lidam com o sofrimento alheio. De acordo com Figley (1995; 2002; 2008) é descrita como um termo que engloba os conceitos de stress traumático secundário como sendo os comportamentos e emoções naturais resultantes de um acontecimento traumatizante experienciado/vivenciado por outra pessoa. Radey e Figley (2007) descrevem ainda, a fadiga como o resultado direto a uma exposição com pessoas em sofrimento, este fenómeno é assim caracterizado por uma fadiga física e emocional, consequente da compaixão (Lago & Codo 2008).

De certa forma, estes profissionais “vivem” e “sentem” bem de perto os medos, as dores e sofrimento dos outros, dificultando a filtragem dos sentimentos negativos. Qualquer profissional durante a prestação de serviços pode ser afetado pela a fadiga por compaixão devido à enorme quantidade de energia física e emocional dispensada (Carvalho & Sá, 2011).

Geralmente os profissionais que estão sob o risco da fadiga por compaixão são: profissionais que sensivelmente estão direcionados para a prestação de apoios ao nível de situações de emergência (voluntários, bombeiros, socorristas, polícias, entre outros); professores; clínicos que lidam diariamente com indivíduos toxicodependentes; assistentes sociais; e todos os profissionais que prestam os seus serviços em situações geradoras de trauma e sofrimento, entre eles os profissionais de saúde (Stamm 2010).

De acordo com Figley (1995) se adicionalmente incorporamos 3 factores que possam potencializar a fadiga por compaixão, esta tende a ser inevitável tais como: o profissional de ajuda experienciar excessivas perturbações, alterações no seu estilo de vida, alterações nas suas responsabilidades (Carvalho & Sá, 2011).

Em suma a fadiga por compaixão, tem vindo a ser estudada na área da saúde (médicos, enfermeiros, cuidadores) (Day & Anderson, 2011) este fenómeno é descrito como uma fadiga física e mental resulta da compaixão que os profissionais da saúde que vivenciam diariamente com pessoas vitimas de sofrimento físico e mental (Codo & Lodo, 2008). É possível verificar a razão desta conjuntura, uma vez que, cinge-se pela forma com estes profissionais lidam com os relatos das pessoas que acompanham, devendo-se, assim, ao fato de o profissional não conseguir lidar de forma positiva com sentimentos negativos que emergem do sofrimento alheio (Codo & Lodo, 2008).

1.2.1 Stress Traumático Secundário

Segundo Beaton e Murphy (1995)¹² citado por Carvalho e Sá (2011), o stress traumático secundário é um elemento da Fadiga por Compaixão. Figley (1995) descreve, stress traumático secundário, como sendo o resultado da exposição longa a eventos stressores.

Desta forma pode-se considerar determinados comportamentos e emoções são resultantes dos eventos traumáticos, podendo ainda ser desencadeado por querer ajudar uma pessoa em sofrimento.

Os profissionais na área da saúde são o grupo mais vulnerável, uma vez que lidam diariamente com o sofrimento do outro, bem como a possibilidade de exposição sob eventos traumáticos (ameaça à integridade física, morte, eventos stressantes cuja a resposta envolva o medo, o horror e o desamparo) o que poderá desencadear limitações no desempenho das suas tarefas.

O stress traumático secundário é assim, considerado como uma consequência de vários fatores, nomeadamente, um contínuo sentimento de responsabilidade para com e sofrimento do outro; incapacidade em diminuir o stress traumático secundário; e por fim as recordações de memórias traumáticas, despertadas pelo stress, tendo como consequência, sintomas característicos da perturbação de stress pós-traumático, bem como, sintomatologia depressiva e ansiosa (Carvalho & Sá, 2011).

¹² Beaton, Randal D., e Shirley A. Murphy. "Working with people in crisis: research implications." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 51-81. New York: Routledge, 1995

1.2.1 Burnout

O burnout é a resposta de uma reação afetiva ao stress contínuo, que pode causar esgotamento emocional ao longo do tempo (Shirom, 2003¹³, citado por Swider & Zimmermann, 2010). A exaustão é considerada a manifestação mais evidente desta síndrome (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

Amaro (2010) refere que o burnout representa um processo ao nível psicológico, na medida em que este tem um impacto significativo no dia-a-dia do profissional de saúde, estando alicerçado à exposição prolongada de diferentes formas e fatores de stress. O burnout é assim, considerado como um elemento negativo da fadiga por compaixão, estando associado a sentimentos de desalento, dificuldades em lidar com algo de forma positiva e eficaz (Stamm, 2010). Estes sentimentos geralmente começam por um início lento, progredindo até à sensação de enfraquecimento nas tarefas diárias.

Maslach et al., (2001) caracterizam o burnout como uma síndrome, na qual é composta por três dimensões: exaustão, despersonalização e baixa realização profissional.

Esta síndrome tende a afetar o profissional, em vários níveis, em que este começa por se sentir esgotado, na medida em que poderá vir a manifestar uma atitude negativa e desumanizada face ao trabalho que executa, avaliando igualmente o seu trabalho de forma menos negativa.

Rodrigo (1995)¹⁴ citado por Amaro (2010) refere que o burnout está diretamente ligado ao contexto de stress, resultante da relação entre o sujeito e o trabalho e na perceção em que o profissional avalia a sua própria prestação, encarando os seus esforços como ineficazes, para as tarefas que se propôs. Seguindo esta linha de pensamento o autor relaciona da seguinte forma, determinados fatores de natureza profissional que resultam do surgimento desta síndrome de burnout, na qual pressupõe o autor que advém de um processo longo no tempo e no espaço.

Vários estudos apontam para a existência de determinadas variáveis que tendem a influenciar o burnout, nomeadamente: características pessoais (e.g., idade, instrução escolar, estado civil, etc.); características do trabalho (e.g., tempo de serviço, cargo, relação cliente/

¹³ Shirom, A. (2003). Job-related burnout. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245–265). Washington, DC: American Psychological Association.

¹⁴ Rodrigo, M. L. (1995). Estrés de los profesionales de enfermería: sobre qué o quien repercute?. *Revista ROL de Enfermería*, 201, 65-68.

colega, etc.); características organizacionais (e.g., espaço físico, normas da instituição, comunicação, etc.) e as características sociais (suporte social, suporte familiar etc.) (Codo, 1999¹⁵; Maslach, Leiter & Schaufeli¹⁶, 1999; Tamayo & Tróccoli, 2002¹⁷; Pereira, 2002¹⁸; citado por Tironi, 2005).

Segundo Maslach (1976) o burnout afeta os profissionais que prestam os seus serviços na comunidade, na medida em que o profissional ao cuidar de pessoas está sujeito a grandes cargas emocionais.

No que diz respeito aos sintomas ao nível psicossomático, diversos investigadores referem que esta sintomatologia está relacionada com a fadiga crónica, úlceras, asma, hipertensão arterial, cefaleias, dores generalizadas, amenorreia e alterações gastrointestinais.

No que concerne aos comportamentos, podemos denotar o absentismo laboral, comportamentos de risco, nomeadamente, violentos, ideação suicida, consumos de substâncias.

Ao nível emocional investigadores referem sinais de impaciência, irritabilidade, dificuldade de concentração nas tarefas a realizar, bem como a negação das emoções (Amaro, 2010).

Na figura 1 podemos verificar de forma sintetizada alguns dos sintomas de burnout em profissionais de saúde.

¹⁵ Codo, Wanderley. (Org.). Educação: trabalho e carinho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes. 1999.

¹⁶ Maslach, Christina; Leiter, Michael P. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Tradução Mônica Saddy Martina. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

¹⁷ Tamayo, M. (2002). **Burnout**: relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional. 2002. 165 Páginas. Tese (Apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília :UNB, 2002).

¹⁸ Pereira, Ana Maria T. Benavides (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Figura 1: Sintomas de burnout nos profissionais de saúde

Físicos	Comportamentais	Psicológicos	Clínicos
<ul style="list-style-type: none">• Fadiga• Irritabilidade• Dores de cabeça• Problemas gastrointestinais• Dores nas costas• Alterações do peso	<ul style="list-style-type: none">• Perda do entusiasmo• Atrasos no trabalho• Alheamento durante horas• Frustração e raiva• Aumento da rigidez• Dificuldades em tomar decisões• Resistência à mudança• Afastamento dos colegas• Irritação face aos colegas	<ul style="list-style-type: none">• Depressão• Diminuição de autoestima• Pessimismo• Culpa• Sentimento de onnipotência• Sentimentos de afastamento/indiferença• Mudanças de valores• Perda de objetivos• Vazio• Diminuição de empenho	<ul style="list-style-type: none">• Cinismo face aos clientes• Alheamento durante as sessões• Hostilidade face os clientes• Rapidez no diagnóstico• Rapidez em medicar• Gritar, falar alto aos clientes

Fonte: Queirós, 2005, citado por Amaro, 2010

1.2. Indicadores da Fadiga por Compaixão

Segundo Oliveira, Viganó, Lunardeli, Canêo e Júnior (2010), a fadiga é considerada como um “esgotamento físico e mental grave” que poderá ter repercussões ao nível da motivação e cansaço.

Segundo a literatura, a fadiga por compaixão, surge nos profissionais sob a forma de desesperança, desamparo, apatia (Day & Anderson, 2011). A fadiga por compaixão é uma combinação desses fatores; no entanto, pode apresentar-se de forma diferente para cada profissional.

Como já foi mencionado, anteriormente a fadiga por compaixão é considerada um estado de exaustão provocado pela elevada exposição a situações de stress traumático secundário (Carvalho & Sá, 2011). Os sintomas da fadiga por compaixão estão associados mais ao domínio cognitivo, manifestando-se pela incapacidade de concentração, diminuição da autoestima, apatia, precaução com o trauma, perfeccionismo, e em casos extremos, pensamentos de agressão para consigo e para com os outros (Harr & Moore, 2011).

Portnoy (2011) diferencia da seguinte forma os sintomas da fadiga por compaixão como forma de Burnout, como podemos ver na Figura 2.

Figura 2: Sintomas da Fadiga Por Compaixão como forma de Burnout

Cognitivo	Emocional	Comportamental	Espiritual	Somático
<ul style="list-style-type: none">• Concentração reduzida• Apatia• Rigidez• Desorientação• Preocupação	<ul style="list-style-type: none">• Impotência• Ansiedade• Culpa• Raiva• Medo• Tristeza• Depressão	<ul style="list-style-type: none">• Irritado• Pesadelos• Alteração do apetite• Sono desregulado	<ul style="list-style-type: none">• Desespero• Perda do Objetivo de vida• Questionament o de crenças	<ul style="list-style-type: none">• Suores• Taquicardia• Dificuldades em respirar• Dores• Tonturas

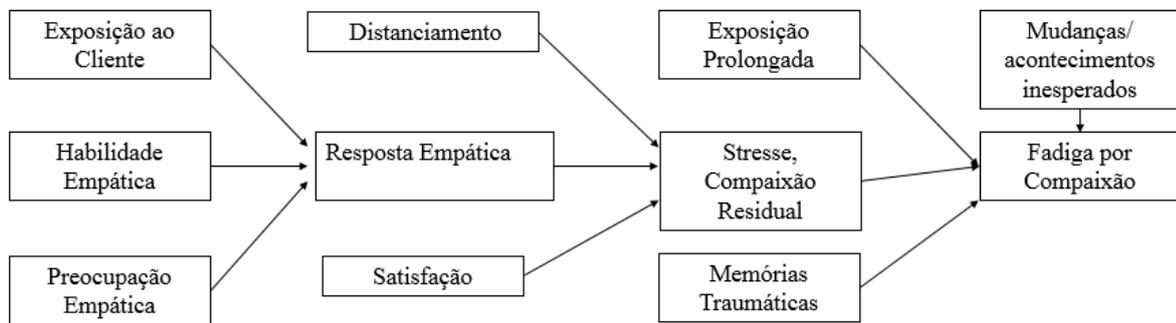
Fonte: Portnoy (2011, p. 48)

1.2.1 Modelo Genérico da Fadiga por Compaixão e Resiliência

Este modelo foi introduzido por Figley em 1995, na tentativa de prevenir e atenuar a fadiga por compaixão. Este paradigma tinha como base os pressupostos da empatia e da energia emocional, tendo como objetivo principal manter uma aliança terapêutica de forma a prestar serviços mais eficazes (Figley, 2002).

Figley descreveu assim onze variáveis, que segundo o autor formam um modelo causal que prevê a fadiga por compaixão, como se pode verificar na Figura 3.

Figura 3: Fadiga por Compaixão: Modelo Etiológico



Fonte: Figley (1995, 1997, 2002, p.1437)

Figley descreve da seguinte forma o modelo etiológico da fadiga por compaixão:

Capacidade Empática segundo Figley é a peça fundamental na ajuda e na recuperação da outra pessoa, é considerada como a aptidão do profissional para entender a dor do outro. Os elementos que integram a capacidade empática são: prestar atenção; ouvir sensivelmente e verbalizar sensivelmente (Goldfel, 2010).

Associada a esta variável temos a *Preocupação Empática*, que segundo Figley é caracterizada como a motivação para dar resposta às necessidades das pessoas. A capacidade empática está interligada à motivação para ajudar e a preocupação baseia-se assim, num treino de competências que visam melhorar o acompanhamento das pessoas.

Ainda nesta linha de pensamento Figley, descreve a *Exposição ao Cliente*, como a experiência emocional sentida pelos profissionais ao sofrimento dos outros. O que o autor nos quis dizer com esta variável é; o contato com esta prática poderá contribuir diretamente para os seres humanos ganharem vocação para se tornarem profissionais de saúde mental, contudo por vezes a elevada exposição a este tipo de sofrimento leva à fuga e ao abandono desta prática.

Estas três variáveis anteriormente referidas segundo o autor leva-nos à *Resposta empática*, é considerada por Figley a capacidade que os profissionais têm em reduzir o sofrimento do doente através da compreensão empática. Esta variável é tida em consideração

uma vez que é necessário, que o profissional projete em si sentimentos, pensamentos, e comportamentos do doente, de forma a que se crie uma aliança terapêutica.

Distanciamento, é vista como um fator que tende a diminuir ou a prevenir a fadiga por compaixão. Esta variável centra-se na capacidade consciente e racional do profissional em conseguir um distanciamento do doente.

Stress, *Compaixão Residual*, são considerados como a energia emocional, a partir da resposta empática e da sua ação em aliviar o sofrimento do outro. Toda esta carga emocional pode resultar num impacto negativos sobre o sistema imunológico e na qualidade de vida do ser humano. A fadiga por compaixão pode resultar caso o profissional não consiga controlar o stress ao qual é exposto. A sensação de realização é considerada pelos voluntários como um fator que tende a diminuir ou a prevenir o stress do doente.

Ainda nesta linha temos a *Exposição prolongada*; é considerada como o sentido contínuo da responsabilidade dos voluntários à exposição prolongada do sofrimento. Quanto mais longo é o período de pausas sobre os eventos stressores, melhor na sua recuperação.

E por fim as *Memórias traumáticas*, que podem ser desencadear sintomas de stress traumático secundário. Estes eventos, quando recordados tendem a causar reações ao nível emocional, estas memórias podem ser provocadas pelos profissionais, para que a pessoa experiencie novamente o evento traumático.

Mudança de acontecimentos inesperados, nomeadamente, doença, mudanças associadas aos estilos de vida, condições dos seres humanos, podem aumentar, por vezes a fadiga por compaixão, sejam elas nos profissionais de saúde como nos doentes.

Em suma este modelo da fadiga por compaixão, segundo Figley sugere que o esgotamento deriva, do stress traumático secundário, resultante da preocupação empática, que está associado por vezes à incapacidade em encontrar mecanismos que promovam a satisfação em aliviar o sofrimento do outro. Ao nível da satisfação é encarado como o sentimento de concretização, na medida em que o profissional consegue o distanciamento necessário para a criação de uma barreira ao nível da exposição do stress traumático secundário.

Segundo o autor será necessário sensibilizar os profissionais sobre as temáticas a abordar, bem como a dessensibilização dos eventos traumáticos. Os métodos a utilizar deverão minimizar consideravelmente o grau de desconforto e maximizar a exposição aos estímulos, que a maioria das pessoas encara como angustiantes.

Por fim, o autor refere ainda que os resultados deste modelo possam diminuir substancialmente a reatividade emocional ligada ao evento traumático (Figley, 2002).

No entanto todos estes pressupostos, ao longo do tempo foram sofrendo alterações, tanto ao nível, do trauma vicariante como, do trauma secundário (Figley, 2014).

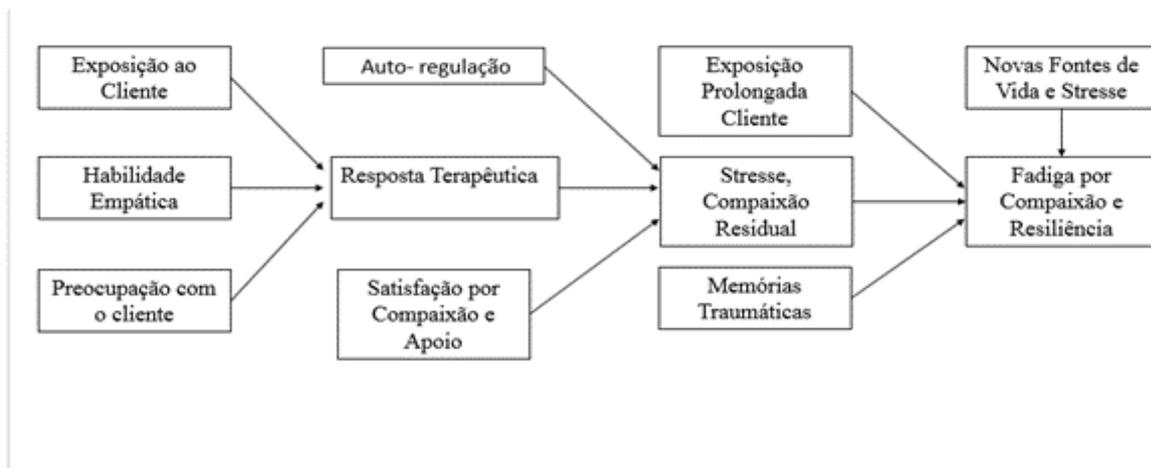
Comparativamente ao paradigma anterior referido, este novo modelo etiológico trata-se de uma revisão do antigo modelo, na medida em que, este veio complementar esta premissa referente à fadiga por compaixão.

Figley, caracteriza-os em dez variáveis, que juntas formam o modelo causal que antevê a fadiga por compaixão (Figura 4).

Comparativamente ao paradigma anterior referido, este novo modelo etiológico trata-se de uma revisão do antigo modelo, na medida em que, este veio complementar esta premissa referente à fadiga por compaixão.

Figley, caracteriza-os em dez variáveis, que juntas formam o modelo causal que antevê a fadiga por compaixão (Figura 4).

Figura 4: Fadiga por Compaixão: Novo Modelo Etiológico



Fonte: Figley (2014).

Como referido anteriormente este modelo está dirigido a todos os profissionais que têm contato direto com o sofrimento do outro. Todo o processo que envolve estes profissionais, poderá determinar uma boa ou má eficácia na adesão do paciente ao tratamento /ajuda (Figley, 2014).

Figley descreve as dez variáveis como resposta as adversidades que foram apresentadas por um grupo de trabalhadores.

A premissa deste modelo está centrada diretamente com os trabalhadores que lidam diariamente com uma população alvo específica. As próprias vivências desses trabalhadores e as suas experiências traumáticas poderão resultar numa ineficácia na prestação de serviços.

Figley veio colmatar o modelo anterior com três novas variáveis, nomeadamente a autorregulação, satisfação por compaixão e apoio e as novas fontes de stress.

O autor considera da seguinte forma a *Autorregulação*; em que é considerada como o grau em que o trabalhador pode eficazmente gerir o impacto do stress, separando a sua vida pessoal do trabalho, de forma a sentir-se capacitado.

Satisfação por Compaixão e Apoio, é visto como o grau em que o trabalhador se sente ao mais alto nível de satisfação e apoio para com as pessoas que trabalha.

Novas fontes de vida e stress, este tópico, foi recentemente adicionado, perante cenários de stress e de situações que provocassem um ajusto-emocional, na vida profissional do trabalhador.

E por fim a *Fadiga por Compaixão e Resiliência*; é considerada como a recuperação do profissional face as adversidades e a situações que o tenham exposto a grandes quantidades de stress. O principal objetivo deste modelo é a rápida recuperação do trauma.

O conjunto destas variáveis supracitadas, tendem a ajudar os profissionais que lidam constantemente com sofrimento dos outros, adotar medidas que façam diminuir a fadiga e que aumente a capacidade de resiliência, a autorregulação, a satisfação por compaixão e essencialmente a gestão de stress imposto pela vida, pessoal e profissional (Figley, 2014).

1.3. Fatores associados à Fadiga por Compaixão

A fadiga por compaixão tem vindo a ser uma área bastante refletida, sobretudo desde meados do século XX. Carla Joinson (1992), foi a primeira autora a falar sobre a fadiga, quando num dos seus estudos a mesma verificou que a fraca capacidade de compaixão tem como consequência a exaustão, e esta resulta na “absorção” do sofrimento do outro (Cruz, 2014). Mais tarde, outros autores vieram reforçar a fadiga como o resultado da exposição elevada ao stress traumático, vivenciado por cuidadores. Este fenómeno acontece, derivado à capacidade do ser humano se colocar no lugar do outro, à preocupação empática e ao desejo de aliviar a dor de quem está em sofrimento (Figley, 1995;2002). Associados à fadiga existem determinadas características que merecem especial atenção, nomeadamente, a empatia,

altruísmo, resiliência e as estratégias de coping, fatores estes que nos permite uma melhor compreensão a cerca deste constructo.

1.3.1. Empatia

A empatia é definida, como a capacidade de compreender/identificar a parte emocional do ser humano. Golmen, Boyatzis e Mckee, 2002¹⁹, citado por Domingues, 2009, considera a empatia como um conjunto de relações criado por competências que estão inerentes à inteligência emocional. A empatia está relacionada com a conexão/laços num grupo, na qual possibilita aos indivíduos comunicar de forma eficaz (Domingues 2009).

Carkhuff (1988)²⁰ citado por Queirós (1995) refere a empatia como a capacidade de “reagir” ou responder às necessidades do outro. Trata-se assim de um elemento bastante significativo na condição humana, uma vez que, exige do prestador de serviço a necessidade em se colocar na “pele” do outro e acima de tudo manter intacto a verdadeira essência de cada pessoa.

Figley (1995) descreve a empatia como um dos principais fatores relacionados com fadiga por compaixão, uma vez que a presença de um profissional sob exposição prolongada ao sofrimento de outra pessoa contribui para o contágio emocional maior. Este tipo de capacidade, está geralmente associada à precaução empática, no que se traduz no grau de motivação que o profissional tem em ajudar o outro.

Davis (1983) descreve o modelo da empatia segundo três formas distintas:

A primeira forma corresponde à empatia cognitiva, segundo o autor, esta forma está relacionada com a capacidade de uma pessoa colocar-se no lugar do outro.

Outra das formas deste modelo, é empatia emocional, este paradigma está relacionado com a preocupação empática, ou seja, é a aptidão que um sujeito tem para experienciar sentimentos de simpatia e compaixão pelos outros.

Por fim o mal-estar pessoal, é considerado como a terceira faceta deste modelo, é caracterizado por sentimentos de desconforto e apreensão ao sofrimento do outro.

Kozier e Erb 1982²¹, citado por Queirós (1995) apresentam quatro etapas no processo de empatia:

¹⁹ Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2002). *O Poder da Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier

²⁰ Carkhuff, Robert R. - *L'art d'aider*. Paris: Les Éditions de L'HOMME, 1988, p. 21

²¹ Kozier; Erb - *Soins infirmiers, une approche globale*. Ottawa: Édition du Renouveau pédagogiques inc., 1982, p. 271-276

1. Identificação - esta etapa é considerada como a capacidade de compreender os sentimentos dos outros. É necessário que a pessoa que presta serviços de ajuda, tome consciência de si próprio e da situação da outra pessoa.
2. Incorporação - é a etapa que concerne as exigências, na qual outra pessoa transmite. Contudo será sempre o cliente a experienciar a situação vivenciada.
3. Repercussão – esta etapa está ligada à compreensão dos sentimentos dos outros. Todos os seres humanos são detentores de sentimentos, no entanto o facto de partilharmos experiências, não significa que sejam necessariamente as mesmas, para que se possa compreender os sentimentos que estão associados aos outros.
4. Desapego - a última etapa está relacionada com os voluntários e a sua forma de reencontrar a sua identidade. As três etapas anteriores estão interligadas aos esclarecimentos complementares sobre os clientes. A principal função destas etapas é responder sempre ao cliente.

Desta forma todo o processo empático exige daquele que presta serviço à comunidade, um investimento pessoal e sério, mantendo uma postura de ajuda afetiva e essencialmente um fortalecimento pessoal e profissional (Queirós, 1995).

A empatia traduz-se assim, numa série de condições fortuitas que permite o relacionamento e, um envolvimento entre as comunidades. No que se refere ao nível cognitivo o agente empático tende a ter, uma perceção global e minuciosa, caracterizada pela forma com este vê o mundo. Neste sentido e corroborando com a literatura existente, o ser humano, como ser único na sociedade, tanto pode ser os alicerces de uma boa ou má “construção” do seu desenvolvimento. No primeiro caso, uma boa relação permite, a criação de laços, que possibilitam ultrapassar as adversidades da vida. No segundo, a construção de uma com relação com falhas, dificultará o contato direto com os outros, bem como nos relacionamentos interpessoais.

1.3.2. Altruísmo

Este conceito traduz-se na capacidade que os seres humanos dedicam a sua vida em prol dos outros. Segundo Comte, as pessoas possuem duas disposições: a primeira para o

egoísmo e a segunda para o altruísmo, contudo a maioria dos comportamentos dos seres humanos têm como objetivo o seu próprio benefício, no entanto Comte ressalva que embora a segunda disposição não seja tão frequente, o altruísta possui um benefício, a motivação em ajudar os outros (Hoffman, Silveira & Palydoro, 2010).

A empatia e a ética consistem nos dois fundamentos do altruísmo, uma vez que é extremamente importante que a pessoa se coloque no lugar do outro e de certa forma a compreenda (Hoffman, Silveira & Palydoro, 2010).

O altruísmo está assim, relacionado com o sentido de vida, na qual existe um objetivo na vida da pessoa. O seu incumprimento poderá, não só trazer dificuldades na percepção de si para com o mundo, como a questão da satisfação pessoal. Interligado ao altruísmo, temos a complacência, que está direcionada com a vontade em ajudar os outros. A grande característica destas pessoas é a profundidade com que cooperam entre si, aceitando sempre a opinião, bem como o perdão e o esquecimento.

Um ser altruísta vive com um propósito de vida, contudo é necessário saber colocar determinados aspetos, em primeiro lugar nomeadamente, fisiológicas que permitem assegurar as condições básicas. A conscienciosidade sendo uma faceta da personalidade e intrínseca aos seres humanos, como o altruísmo, está ligada as competências (sentimento de que é capaz e pelo qual se sente preparado para a vida), a ordem, a desobediência, ao dever, ao esforço, autodisciplina e a deliberação, (Costa & McCrae, 1992) sem nunca esquecer a sua identidade numa forma equilibrada.

A vontade em ajudar deriva assim da determinação, confiança e da sua ambição dos seres humanos.

1.3.3 Resiliência

Considerada como um constructo psicológico a resiliência está ligada com a capacidade de adaptação ao meio e superação através de situações adversas ao ser humano (Ng Deep & Leal, 2012). A resiliência é considerada como a capacidade de enfrentar positivamente acontecimentos adversos, tornando-os na promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida (Ng Deep & Leal, 2012).

As primeiras investigações da resiliência incidiram, sobre o funcionamento do ser humano em condições adversas. Houve uma crescente evolução no seu modelo teórico, que permitiu consolidar a resiliência com o conceito de coping e o processo de adaptação (Anout, 2005). A resiliência passou assim, ser definida como o resultado do confronto entre o

indivíduo e uma situação específica, em que a consequência desse mesmo confronto resulta de uma adaptação bem-sucedida face às adversidades que lhe são impostas (Reich, Zautra & Hall, 2010).

Nem todos os indivíduos são afetados da mesma forma, enquanto que uns conseguem lidar de forma positiva a diversos acontecimentos outros poderão não conseguir estratégias na qualidade da adaptação, contudo o mesmo sujeito que numa primeira fase consegue lidar satisfatoriamente com um acontecimento negativo, num determinado momento da sua vida, poderá não o conseguir, o que poderá remeter para resultados menos positivos. A resiliência é vista como a consequência de um resultado positivo face as ameaças à adaptação de um sujeito (Rutter, 1987²²; Mastem, 2001²³, citado por Valadas 2011).

Diversos autores, referem que a resiliência advém de um determinado comportamento resultante de um episódio ocorrido (ameaça, adversidade, trauma) na sua história de vida, na medida em que a resposta que o sujeito tem, deverá ser adequada, ou seja, é necessário que os indivíduos adotem comportamentos compatíveis com a ameaça vivida. Neste sentido os investigadores interpretam a resiliência, como sendo uma aptidão do ser humano para o contexto de mudanças significativas que possam surgir no quotidiano, possibilitando o desenvolvimento individual como o sentido de adaptação (Masten & Coastworth, 1998²⁴, citado por Amaro, 2010).

Garnezy e Masten (1991) citado por Anaut (2005) identificaram três variáveis que representam a proteção nos indivíduos resilientes. Estas variáveis agrupam-se em três níveis: individual, familiar e extrafamiliar.

1. Fatores de proteção individual:

- Temperamento ativo, afável;
- Género;
- Idade;
- Competências sociais;
- Sentimento de autoeficácia e de autoestima;
- Consciência das relações interpessoais;
- Sentimentos de empatia;
- *Locus* de controlo interno.

²² Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.

²³ Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.

²⁴ Masten, A. S. & Coatsworth, J. (1998). The development of competencies in favourable and unfavourable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.

2. Fatores de proteção familiar:
 - Boa relação pais/filhos;
 - Harmonia parental.
3. Fatores extrafamiliares:
 - Rede de apoio social;
 - Experiências de êxito escolar.

Os fatores de proteção, associados à resiliência variam consoante a característica, a capacidade e comportamentos das pessoas, quer ao nível individual, familiar e extrafamiliar. Estas características funcionam como um fator protetor do sujeito, na medida em que estas procuram essencialmente atenuar o impacto de experiências adversas (Anaut, 2005).

É necessário referir que a resiliência depende da interação de variáveis internas e externas ao sujeito e, portanto, estas condições alteram consoante o contexto no qual o sujeito se insere. Podemos considerar ainda, a resiliência como um mecanismo flutuante.

1.3.4. Estratégias de coping

O coping é definido como um fator estabilizador, ou seja, permite ao indivíduo adaptar-se em situações geradores de stress (Holahan & Moos, 1987²⁵, citados por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Holahan e Moos, (1987) citados por Pais Ribeiro e Rodrigues, (2004) apresentam várias definições de coping, entre elas, o esforço de gestão de stress; evitamento e comportamentos.

O coping centrando-se, na focalização do problema que envolve várias ações, particularmente no coping ativo, e no coping focado na emoção, que abarca a utilização do suporte emocional, aceitação, negação e religião (Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis 1986²⁶, citado por Senra, 2012).

A utilização de coping em situações que conduzam a um ajustamento, leva com que o sujeito recupere rapidamente o seu funcionamento social e o seu “bem-estar” (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985²⁷, citado por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

²⁵ Holahan, C., & Moos, R. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955

²⁶ Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

²⁷ Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779.

As estratégias de coping são assim utilizadas para manter a identidade própria e a sua percepção de competências (Peake & Manderson, 2003²⁸, citado por Senra 2012).

No que diz respeito à eficácia das estratégias de coping, a literatura refere que, esta poderá variar consoante o tipo de pessoa, e até mesmo a circunstância stressante (Lazarus, 2000²⁹, *in* Ferreira, 2004 citado por Santalha, 2009).

Vários têm sido os estudos sobre este mecanismo de defesa, que tem como objetivo identificar as estratégias de adaptação das pessoas, bem como avaliar a sua eficácia em determinados contextos (Anaut, 2005). Ainda dentro desta avaliação, as estratégias de coping tendem a assumir diversos formatos, para a resolução de problemas, nomeadamente, de cariz pessoal (e.g., através da resolução autónoma do problema, bem como a reavaliação positiva da situação), apoio de apoio social (e.g., de familiares, de colegas ou de amigos), ou até mesmo através da fuga-evitamento do evento stressante.

Ainda neste sentido e corroborando com a autora, o modelo concetual do coping e da resiliência estão ligados, uma vez que o coping surge como forma de descrever, de certa forma, o processo de resiliência a partir de uma abordagem consciente (mecanismos cognitivos) e comportamental (Anaut, 2005).

Em suma, todos estes fatores acima mencionados são características dos seres humanos, uma vez que permite ser por vezes o fio condutor ou até mesmo a ponte que possibilita a criação de laços e de estratégias para lidar com as adversidades da vida. Embora estas características, geralmente, sejam visíveis em profissionais que lidam diariamente com o sofrimento de outras pessoas, todos os seres humanos são diretamente ligados a este tipo de sentimentos, não sendo necessário estarmos perante situações adversas permanentes.

²⁸ Peake, S., & Manderson, L. (2003). The constraints of a normal life: The management of urinary incontinence by middle aged women. *Women & Health*, 37(3), 37–51.

²⁹ Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring.

Capítulo 2. Relações entre a Fadiga por Compaixão com a empatia, resiliência, estratégias de coping nos voluntários da área da saúde

O voluntariado é considerado como uma atividade pessoal, comumente ao serviço de outrem. Milhões de pessoas dedicam o seu tempo em prol dos outros, bem como, oferecem os seus serviços, em diversas áreas, nomeadamente na educação, serviços sociais, saúde e entre outros (Clary, Ridge, Stukas, Snyder, Copland, Haugen & Miene, 1998). O voluntariado é reconhecido na sociedade como uma linha de complementaridade de qualquer trabalho. Trabalho este que constitui um recurso indispensável para qualquer país. O surgimento do voluntariado ganhou destaque após a revolução industrial, na tentativa de colmatar as grandes dificuldades sociais consequentes da mesma (Soares, 2012).

O voluntariado é caracterizado com uma prática da cidadania, vários têm sido os autores que procuram saber de que forma o profissional está ligado a esta prática. Por vezes as fontes de informação referente aos estudos com voluntários tornam-se difíceis no que diz respeito as representações sociais, isto porque, na maioria das vezes é difícil medir com precisão, os relatos experienciados pelos voluntários (Souza et al., 2003).

De forma a colmatar essas dificuldades, vários tem sido os estudos sobre os voluntários no reporta as motivações das pessoas que praticam estas ações, segundo Souza, Bacalhau, Moura, Volpi, Marques e Rodrigues (2003), o primeiro fator motivacional verificado foi o altruísmo.

O objetivo principal deste estudo, segundo Souza et al., (2003) como mencionando anteriormente, incidiu-se na identificação e na estrutura motivacional dos voluntários, que contou com a colaboração de 21 voluntários brasileiros (pertencentes a liga brasileira de combate ao Cancro, no interior de São Paulo) e 30 voluntários portugueses (associados à liga portuguesa Contra o Cancro da Região Sul). Este estudo revelou que independente de fatores culturais de cada país, os voluntários seguem o mesmo padrão motivacional, o altruísmo, característica, essa ligada à personalidade, o que poderá contribuir para os comportamentos de ajuda.

Importa referir, que os voluntários nem sempre estão conscientes do seu envolvimento, podendo dificultar a sua performance no trabalho (Omoto & Snyder, 1995; Penner & Finkelstein, 1998; Souza et al., 2003) e associados a estas dificuldades podem estar a fadiga, bem como burnout.

Melo, Gomes e Cruz, (1997) referem que os profissionais da saúde vivem em constante tensão sobre o seu desempenho profissional.

Para muitos cuidadores esta finalidade tem o propósito de manter o equilíbrio emocional e, é igualmente, considerada como um comportamento de defesa. O sofrimento, a dor física, lesões, morte e, deficiência podem aumentar nos profissionais de saúde a exaustação emocional, e o esgotamento, características estas associadas ao paradigma da fadiga.

De acordo com a literatura são vários os estudos relacionados com a fadiga por compaixão, na medida em que, se tem tentado perceber de forma os profissionais na área da saúde são afetados por este fenómeno, bem como as estratégias por eles utilizadas.

O estudo de Santalha (2009), com voluntários numa linha de apoio telefónica, numa amostra composta por 156 prestadores de serviços, revelou que as estratégias de coping, nomeadamente, o evitamento/fuga, bem como a empatia são duas variáveis que prevêm a fadiga por compaixão e o trauma vicariante. Ainda no mesmo estudo foi possível verificar que a satisfação por compaixão funciona como um fator protetor do burnout, entre um período os 5 e os 24 meses de serviço. Foi encontrada ainda, uma relação positiva entre a satisfação por compaixão e o coping ativo centrado no problema, deriva dos voluntários acumularem funções em mais que uma instituição, sendo capazes de lidarem diretamente com os problemas e menos susceptíveis ao desgaste emocional (Santalha, 2009).

No que diz respeito, à fadiga por compaixão um estudo demonstrado por Carvalho e Sá (2011), veio verificar que os profissionais dos cuidados paliativos expostos a experiências traumáticas poderão ficar mais susceptíveis à fadiga por compaixão.

A fadiga por compaixão tem ganho destaque principalmente nos enfermeiros. Cruz (2014), numa amostra constituída por 247 indivíduos enfermeiros na região centro e norte, pretendeu avaliar as variáveis, da fadiga por compaixão, burnout, satisfação por compaixão, sintomatologia depressiva e ansiosa, evitamento experiencial, capacidade de regulação emocional, empatia e Auto compaixão. Os resultados do estudo vieram comprovar a existência de níveis elevados na fadiga por compaixão e níveis de burnout nos enfermeiros, verificando ainda, que o género feminino apresentou níveis de satisfação por compaixão comparativamente ao género masculino. Associado à fadiga por compaixão e burnout, verificou-se a existência de níveis elevados na sintomatologia depressiva e ansiosa (Cruz, 2014).

A Cruz Vermelha Portuguesa, Delegação da Madeira em conjunto com a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, (Gouveia, Nunes, Teixeira & Queirós 2015), pretendeu conhecer nos voluntários da Cruz Vermelha Portuguesa, os níveis de burnout e da fadiga por compaixão. A amostra foi constituída por 77 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 51 anos. Os resultados do estudo vieram comprovar a existência de valores moderados de burnout, baixos no que diz respeito à fadiga por compaixão e elevados no fenómeno da satisfação. Ainda neste estudo foi possível verificar que 9% dos voluntários relataram ainda, que sentem burnout com alguma frequência (Gouveia, Nunes, Teixeira & Queirós 2015).

A fadiga por compaixão está diretamente ligada à empatia, uma vez que, sendo uma condição humana torna-se difícil nos profissionais de saúde não compartilhar uma emoção sentida por outra pessoa. Esta emoção poderá ajudar no processo de ajuda para com o outro, no entanto caso o profissional não arranje estratégias para se proteger poderá levar ao fenómeno da fadiga por compaixão.

Saganha (2012) num dos seus estudos com 106 fisioterapeutas, pretendeu estudar as relações entre a empatia e burnout. O autor concluiu que a maioria destes profissionais revela níveis satisfatórios de atitude empática, significativamente elevado nas mulheres. Ainda no mesmo estudo foram identificados níveis moderados de burnout, contudo, a um maior nível de empatia, menor os níveis de burnout, nomeadamente, para as dimensões da exaustão emocional e despersonalização. Em suma, quanto mais alto forem os níveis de empatia menor será a exaustão e maior será a capacidade do profissional perceber o sofrimento do outro, contudo, contrapondo com este estudo, outros autores defendem que quanto menor a empatia menor o sofrimento por ela causada.

A empatia, está relacionada com a perceção da dor, ou seja, os níveis de empatia variam de acordo com determinado contexto (Gleichgerrcht & Decety, 2014). Num estudo realizado por Gleichgerrcht e Decety (2014), onde participaram 1.199 médicos foi possível verificar que os profissionais quando estão em contacto com o sofrimento do outro, tendem a colocar-se na pele do mesmo, identificando-se por vezes com a dor sentida. Ainda no mesmo estudo, os autores identificaram que, quanto menor for os níveis de empatia melhor será a qualidade dos profissionais, como mencionado anteriormente.

É necessário referir que os níveis de empatia dos indivíduos geralmente dependem das experiencias sociais, educacionais e pessoais dos sujeitos.

Ainda num estudo de Rodrigues (2008), com 74 enfermeiros em que pretendeu verificar a existência de alguma correlação entre os traços de personalidade, empatia e resiliência, bem com a percepção de stress nos profissionais de saúde. Verificou-se que a empatia e a resiliência estão relacionadas, bem como, os níveis de empatia e resiliência estão associados aos níveis menores de stress (Rodrigues, 2008).

No que diz respeito ao burnout nos profissionais de saúde, vários têm sido os estudos relacionados com esta temática.

Num estudo de Amaro (2010), em que envolveu 161 profissionais de emergência médica pré-hospitalar, onde se procurou saber qual a influência de determinadas variáveis psicológicas mediadoras na vulnerabilidade ao stress e no burnout, e quais as estratégias utilizadas para lidar com estas variáveis, os resultados obtidos permitiram verificar que de forma geral os profissionais de saúde não apresentam valores elevados para o stress e para o burnout. Foi igualmente possível verificar que os indivíduos que não desenvolvem atividade física apresentam uma maior vulnerabilidade ao stress, identificando-a como variável protetora (Amaro, 2010).

Estudos no que diz respeito a programas de consciencialização, para os voluntários têm vindo a ser desenvolvidos no âmbito de treinos de competências, nestes treinos são utilizados dinâmicas de grupo que tendem colmatar as dificuldades sentidas no trabalho enquanto voluntário. Minimizado a fadiga e potencializando a satisfação (Souza, et al., 2003).

Estudos têm demonstrado (Smart, Daratha, James, Wilson, Childers & Morgan, 2010) que quanto maior for a consciencialização, no que diz respeito à fadiga por compaixão nos profissionais de saúde, maior será a sua prevenção ([Abstract], 2010).

Ainda neste seguimento, Boellinghaus, Fergal, Jones e Hutton (2012) realizaram um estudo com profissionais de saúde sobre a utilização de técnicas de intervenção, nomeadamente, Mindfulness, meditação e Auto compaixão. Os mesmos autores, concluíram que os profissionais podem beneficiar destas intervenções, especialmente, na redução da fadiga por compaixão, burnout, sintomatologia ansiosa e depressiva. Contribuído ainda, para um aumento do bem estar, físico e psicológico, bem como o aumento da satisfação profissional.

Em suma, a criação e a implementação destas estratégias têm servido para amenizar os efeitos do sofrimento decorrentes do envolvimento emocional e afetivo dos profissionais para com a população vulnerável (Souza, 2015).

Capítulo 3. Relevância do estudo, objetivos e hipóteses

3.1. Pertinência do estudo

O estudo das relações entre a fadiga por compaixão, com a empatia, a resiliência e as estratégias de coping, em voluntários na área da saúde torna-se bastante pertinente, uma vez que pode contribuir para um maior conhecimento e apreensão acerca de determinadas respostas, bem como melhorar determinados diagnósticos e avaliação, permitindo uma intervenção mais eficaz. Pretende-se também, analisar a relação entre estas dimensões e a componente de tempo de voluntariado, para o género masculino e feminino.

Expostos diariamente ao sofrimento bem como ao mundo traumático das pessoas doentes e não doentes, os profissionais de saúde conhecem por vezes a realidade das dificuldades das mesmas. Por vezes a exposição elevada do stress, o que pode determinar um desencadear de elementos que poderão conduzir à exaustão, denominada por fadiga por compaixão. Quando tal acontece, esta condição, pode impedir que os voluntários venham a desempenhar eficazmente as suas funções (Carvalho & Sá, 2011).

As suas funções são motivadas por fatores intrínsecos, que por sua vez estão ligados as estratégias de coping, resiliência e a empatia. As estratégias de coping nos voluntários é visto como a forma que eles tendem a adaptar-se perante circunstâncias adversas e pelos esforços que despendem para lidarem com situações geradoras de stress (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998).

De forma a identificar de que forma os indivíduos superam o sofrimento, causado por fontes geradores de stress, a resiliência nos voluntários tem sido vista como um constructo que permite identificar principalmente os fatores de proteção, de risco, fatores pessoais e interpessoais (Pereira, 2001).

E por fim a empatia considerada como fator de extrema importância nos trabalhadores que lidam diariamente com o sofrimento do outro, no entanto, esta condição humana pode ser um dos fatores que poderá influenciar a capacidade para o trauma secundário (Santalha, 2009).

3.2. Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo geral o estudo das relações entre a fadiga por compaixão nos voluntários na área da saúde com a resiliência, empatia, e as estratégias de coping, nos diferentes contextos da doença. Especificamente, pretende-se estudar:

- Analisar as diferenças de género para a resiliência, empatia e estratégias de coping.
- Analisar as relações entre a fadiga por compaixão com a empatia, a resiliência e as estratégias de coping. Especificamente, analisar as relações entre o tempo de voluntariado e a fadiga por compaixão

3.3. Hipóteses

Com base nos objetivos supracitados, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Era esperado que as mulheres relatassem utilizar mais estratégias de coping centradas nas emoções e que os voluntários com mais tempo de trabalho relatassem mais fadiga por compaixão

Capítulo 4. Método

4.1. Participantes

Para a realização da presente investigação recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por 153 participantes, 89 do género feminino, com uma média de idades de 36,20 anos e um (DP= 13, 16) e 64 do género masculino, com uma média de idades de 37,36 anos (DP=12, 206). Destes, 84 são solteiros, 50 casados / união de facto, 18 divorciados/ separados e 1 é viúvo.

Relativamente à religião, 94 eram Católicos, 9 Cristãos, 4 Espíritas e 27 consideraram-se Ateus. No que diz respeito às habilitações académicas, 13.2% dos participantes detém o Ensino Básico, 27% o Ensino Secundário, 36.2% possui uma Licenciatura, existe ainda 2% participantes com uma Pós-Graduação, 17.8 com um mestrado e 3.9% com um doutoramento, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (tabela1).

Os participantes apresentaram uma panóplia de profissões tendo-se optado por agrupá-los em cinco categorias de acordo com a área profissional/formação. 57.6% dos participantes inserem-se na categoria de Técnico Superior, 2.5% como Técnico, 18.6% Ajudante Técnico, 16.9% como trabalhador Especializado e 4.2% como Trabalhador não Especializado.

Na maioria (82.9%) os participantes encontram-se empregados sendo que dos 17.1% que se encontraram desempregados, 59.1% afirmam estar no desempregado entre os 11 a 20 meses.

30.9% dos participantes indicou a Cruz Vermelha Portuguesa com a instituição em que presta voluntariado, seguido dos bombeiros voluntários com 20.3%, verificando-se a existência de valores estatisticamente significativos (tabela1). Relativamente ao tempo de voluntariado, 41.2% dos participantes referiram ser voluntários há mais de 61 meses.

Quanto ao número de horas por semana que dispense neste serviço de voluntariado, 20.9% dos participantes respondeu 2 horas.

Tabela 1- Análise das variáveis sócio demográficas em função do género

Idade	Feminino		Masculino		t \square
	M	DP	M	DP	
	36.20	13.16	37.36	12.20	.553

	Feminino		Masculino		x ²
	N	%	N	%	
Habilitações Académicas					18.7**
Ensino Básico	6	30	14	70	
Ensino Secundário	22	53.7	19	46.3	
Licenciatura	42	76.4	13	23.6	
Pós-Graduação	2	66.7	12	33.3	
Mestrado	15	55.6	1	44.4	
Doutoramento	1	16.7	5	83.3	
Indique a instituição que presta voluntariado					50.4**
ADSBA	1	100			
Acreditar	2	100			
AMI	2	50	2	50	
APAV	6	100			
APPDA	1	100			
Associação Flor Amiga	2	100			
Bairro Social	1	100			
Banco Alimentar	4	57.1	3	42.9	
Bombeiros Voluntários	8	25.8	23	74.2	
Bouluka Kua Zua	1	100			
Café Convívio	2	100			
Casa do Povo	1	33.3	2	66.7	
Centro Hospitalar Algarvio	7	87.5	1	12.5	
Colégio das Descobertas	1	100			
Cruz Vermelha Portuguesa	43	70.5	18	29.5	
Elos de Esperança	2	50	2	50	
IPO	2	100			
Make-A-Wish Portugal	1	50	1	50	
Santa Casa da Misericórdia	2	100			
Universidade Aberta	2	100			
Médicos sem Fronteiras	1	9.1	10	90.1	
Há quanto tempo é voluntário (meses)					17.7***
<20	28	84.8	5	15.2	
21- 40	19	52.8	17	47.2	
41-60	15	71.4	6	28.6	
+61	27	42.9	36	51.1	

Legenda: ADSBA - Associação Dadores Sangue do Barlavento Algarvio; AMI – Assistência Médica Internacional; Associação Portuguesa de Apoio à vítima; APPDA - Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo; IPO – Instituto Português de Oncologia.

*p ≤ .05; **p ≤ .01; *** p ≤ .001

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a variável género e as habilitações académicas $\chi^2(5) = 18.7, p = .002$, à Instituição em que presta voluntariado $\chi^2(21) = 50.4, p = .000$ e para há quanto tempo é voluntário $\chi^2(3) = 17.7, p = .001$, indicando que os participantes do género feminino revelam mais instrução académica, mais prestação de serviços de voluntariado, na Cruz Vermelha Portuguesa, comparativamente ao género masculino. Quanto ao tempo de voluntariado, o género masculino revela ser voluntário há mais de 61 meses, comparativamente ao género feminino.

4.2. Medidas de avaliação

O protocolo foi composto por um conjunto de medidas, nomeadamente, um questionário sociodemográfico composto por 17 questões, o Professional Quality of Life Scale 5 (ProQOL5), (Figley & Stamm, 1995: 2010) para avaliar a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde, (Carvalho & Sá, 2011), The resilience Scale, (Wagnil, & Young, 1993) que permite avaliar os níveis de adaptação a situações adversas, (Ng Deep & Leal, 2012), a Brief Cope,(Carver, 1997) esta para avaliar as estratégias de coping (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2007) e, por fim, o Interpersonal Reactivity Index (IRI), (Davis, 1980), para avaliar as dimensões afetivas e cognitivas dos profissionais de saúde (Limpo, Alves & Castro, 2010).

4.2.1. Questionário Sociodemográfico

De forma a procedermos à caracterização sociodemográfica da amostra, foi utilizado um protocolo de dados demográficos composto por 17 questões, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, religião, habilitações académicas, profissão, situação profissional atual, se está desempregado há quanto tempo, tempo de voluntariado, a instituição em que presta voluntariado, número de horas que dispense no serviço de voluntariado, o que o motivou a ser voluntário, se experienciou algum episódio negativo, o impacto negativo dos relatos das pessoas sobre si, o facto de fazer voluntariado mudou a sua vida e os aspetos menos positivos que encontra ou encontrou no seu papel em quanto voluntário.

4.2.2. Escala de qualidade de vida profissional (ProQOL5)

O Professional Quality of Life Scale 5 (Escala de qualidade de vida profissional – ProQOL 5) foi utilizado para avaliar a fadiga por compaixão. Este instrumento foi desenvolvido por Figley e Stamm (1995: 2010). A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Carvalho e Sá em 2011.

Consiste num instrumento de medida de autoavaliação, composto por 30 itens, cuja resposta é dado numa escala de 5 pontos (“1= Nunca”; “2= Raramente”; “3=Por Vezes”; “4=Freqüentemente”; “5= Muito Freqüentemente”). Os itens encontram-se agrupados em três dimensões: Satisfação por compaixão; Burnout e por fim Stress Traumático Secundário.

No que diz respeito à consistência interna da versão portuguesa, para as subescalas Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário, com o valor do alpha de cronbach de $=.86, .71$ e $.83$, quanto à fiabilidade obtidos no pré-teste ($\alpha=.60, .63$ e $.68$), estão muito próximos do ProQOL5 original ($\alpha = .88, .75$ e $.81$) (Carvalho & Sá 2011).

4.2.3. Escala da resiliência

“The resilience Scale”, foi utilizado para avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva em situações adversas na vida das pessoas. Este instrumento foi desenvolvido por Wagnil & Young (1993). A versão portuguesa foi traduzida e adaptada pelas autoras Deep e Leal (2012).

Este instrumento consiste numa medida de autoavaliação, composto por 23 itens, cuja resposta é dado numa escala de 7 pontos (“1= Discordo Totalmente” “7= Concordo Totalmente”). Os itens encontram-se agrupados em três dimensões: Sentido de vida; Serenidade e por fim a Autossuficiência e autoconfiança. A medida permite, ainda, obter uma nota relativa ao total da resiliência, alcançado pela soma dos resultados obtidos em todas as dimensões. Quanto ao somatório total das respostas obtidas para a versão portuguesa, verificou-se uma consistência de valores semelhantes com a versão original.

A versão original apresenta valores de consistência interna altos, com valores α Cronbach de .91, para os 25 itens. (Ng Deep & Leal, 2012). Por sua vez, a versão portuguesa também demonstra qualidades psicométricas adequadas, realçando o alpha de cronbach de 0,868 para os 23 itens, com valores de consistência interna semelhantes, aos da versão original (Ng Deep & Leal, 2012).

4.2.4. Brief Cope

A Brief Cope, foi utilizado para avaliar estilos e estratégias de coping. Desenvolvida por Carver em 1997 e traduzida e validada para a versão portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2007).

Consiste num instrumento de medida de autoavaliação, composto por 28 itens, sendo que a resposta é “dada numa escala ordinal com 4 alternativas” (“0= Nunca faço isto”; “3=Faço sempre isto”), esta deverá estar em concordância com a forma que o sujeito lida com as situações geradores de stress (Pais Ribeiro & Rodrigues, p.9, 2007).

Os itens estão agrupados em 14 dimensões: coping ativo, planear, reinterpretação positiva, aceitação, humor, religião, utilização de suporte emocional, utilização do suporte instrumental, Auto distração, negação, expressão dos sentimentos, uso de substâncias, desinvestimento comportamental e Auto culpabilização.

No que diz respeito à validade do constructo, todas as cargas factoriais mostram valores superiores a 0.40, o que “confirma uma boa distribuição dos itens pelas escalas” (Pais Ribeiro e Rodrigues, p.11, 2007).

Quanto à consistência interna da versão original, os valores encontram-se entre 0,50 e os 0.90, no que concerne à consistência interna da versão Portuguesa, a mesma varia entre 0,55 e 0,84, seguindo padrões semelhantes a versão original (Pais Ribeiro & Rodrigues 2007).

4.2.5. Índice de Reatividade Interpessoal

Interpersonal Reactivity Index (IRI), foi utilizado para avaliar as dimensões afetivas e cognitivas da empatia. Desenvolvida por Davis em 1980 e traduzida e validada por, Limpo, Alves e Castro (2010).

Este instrumento consiste numa medida de autorresposta, composta por 24 itens, cuja a resposta é dado numa escala de pontos (“0= Não descreve nada bem” a “4= Descreve-me muito bem”). Os itens encontram se agrupados em 4 dimensões: Tomada de Perspetiva, diz respeito à forma como nos posicionamos perante o ponto de vista do outro; Preocupação Empática, está relacionada com a capacidade em experienciar os sentimentos de compaixão e a preocupação pelo outro; Desconforto Pessoal, avalia os sentimentos de ansiedade e de desconforto em contextos interpessoais; e Fantasia, que por sua vez avalia a forma como a pessoa se coloca em situações fictícias (Limpo, Alves & Castro, 2010).

No que diz respeito a consistência interna da medida, foram obtidos os seguintes valores de para a versão original foram ($\alpha = .74$), ($\alpha = .77$), ($\alpha = .81$), ($\alpha = .83$), para as escalas acima mencionada, estando muito próximas da versão portuguesa ($\alpha = .73$), ($\alpha = .76$), ($\alpha = .80$), ($\alpha = .84$). As quatro dimensões, através das análises factoriais confirmatórias, permitiam verificar que o IRI é uma boa medida (Limpo, Alves & Castro, 2010).

4.3. Procedimento

Para proceder à recolha de dados, optou-se por contactar diversas instituições de voluntariado, e após a seleção dos locais, foi-nos solicitado o envio dos protocolos em formato online e em papel. A realização dos protocolos foi administrada, com base no consentimento informado dos participantes, bem como a sua disponibilidade.

Deste estudo fizeram parte, voluntários de diversas instituições, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos. A aplicação dos questionários decorreu entre os meses de Abril a Junho de 2015, inclusive.

Numa primeira fase, houve uma necessidade em enviar um pedido formal (por e-mail) às instituições contactadas, onde elucidámos os responsáveis acerca do estudo envolvido. Após o parecer positivo, procedeu-se à distribuição dos questionários. Numa segunda fase, aquando implementada via e-mail, houve uma breve descrição, por parte do investigador, de forma a clarificar o pretendido, de modo que os voluntários não sentissem qualquer dúvida no seu preenchimento. Foram desta forma esclarecidos para o objetivo do estudo, inclusivo que não se sentissem desconfortáveis no preenchimento, podendo dar origem ao abandono do questionário em qualquer altura, sem que houvesse algum risco ou dano para os voluntários.

A participação foi voluntária e confidencial, sendo que os dados recolhidos serão guardados, durante o tempo necessário.

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 com recuso ao independent sample t test sample (*t*) para testes paramétricos, Correlação de Pearson (*r*), e à regressão linear (método *stepwise*).

Capítulo 5. Resultados

5.1. Análise de diferenças entre grupos

A Tabela 2 apresenta os valores médios e de desvio padrão por género para as dimensões da Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência e as estratégias de Coping, assim como os resultados obtidos, por género, em cada uma das categorias estudadas e o valor do teste t - Student como os resultados do teste t de Student para as amostras independentes (ver Tabela 2).

Tabela 2- *Diferenças de género para a Fadiga Por Compaixão, Empatia, Resiliência e Estratégias de Coping.*

	Feminino		Masculino		□ t
	M	DP	M	DP	
Fadiga por Compaixão					
Satisfação por Compaixão	39.7	5.89	41.5	6.03	1.96
Burnout	21.3	1.24	21.8	5.19	.706
Stress Traumático Secundário	21.01	1.48	21.2	6.85	.184
Empatia					
Tomada de Perspetiva	16.5	4.17	17,3	3.17	1.27
Preocupação Empática	17.6	3.78	15.6	3.86	-3.17***
Desconforto Pessoal	7.43	4.55	5.73	4.14	-2.60
Fantasia	12.6	4.93	10.7	3.78	1.96
Resiliência					
Perseverança	32.5	5.63	35.4	4.74	3.33**
Sentido de Vida	34.6	5.24	36.02	4.68	1.69
Serenidade	28,8	4.73	29.7	4.32	1.12
Autossuficiência e Autoconfiança	23.4	3.43	24.09	3.04	1.12

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

Foram obtidas diferenças de género estatisticamente significativas na escala da empatia, nomeadamente, na dimensão da preocupação empática, $t(15) -3.17, p = .002$, com o género feminino a relatar um elevado nível de preocupação empática ($M = 17.6$; $DP = 3.78$) comparativamente com o género masculino ($M = 15.6$; $DP = 3.86$).

Foram igualmente obtidas diferenças de género estatisticamente significativa na escala de resiliência, designadamente, na dimensão da perseverança, $t(68) 3.33, p = .001$, com o género masculino a relatar níveis mais elevados, no que diz respeito à perseverança ($M = 35.4; DP = 4.74$), comparativamente ao género feminino ($M = 32,5; DP = 5.63$).

Tabela 2 - Diferenças de género para a Fadiga Por Compaixão, Empatia, Resiliência e Estratégias de Coping (cont.)

	Feminino		Masculino		t
	M	DP	M	DP	
Brief cope					
Coping Ativo	4.19	1.67	3.89	1.44	-1.42
Planear	4.27	1.24	4.08	1.40	-.890
Utilizar Suporte Instrumental	3.53	1.48	3.61	1.82	.303
Utilizar Suporte Emocional	3.65	1.3	3.39	1.80	-1.03
Religião	2.29	1.46	1.94	1.97	-1.09
Reinterpretação Positiva	4.06	1.46	3.92	1.57	-.542
Auto Culpabilização	2.83	1.32	2.67	1.22	-.759
Aceitação	3.79	1.25	3.66	1.46	-.591
Expressão de Sentimentos	3.71	1.28	3	1.15	-3.51***
Negação	1.61	1.10	1.48	1.29	-.628
Auto Distração	2.67	1.43	2.39	1.66	-1.12
Desinvestimento Comportamental	1.17	1.03	.94	1.28	-1.23
Uso de Substâncias	.25	483	.34	.719	.994
Humor	3	1.49	3.39	1.70	1.50

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

Por fim, foram ainda identificadas diferenças de género estatisticamente significativas na escala do Brief Cope, mais precisamente na dimensão da expressão de sentimentos, $t(68) -3.51, p = .001$, com o género feminino a relatar níveis elevados de estratégias de coping ($M = 3.71; DP = 1.28$), comparativamente ao género masculino ($M = 3; DP = 1.15$).

Importa referir ainda que não foram encontradas diferenças de género estatisticamente significativas na fadiga por compaixão.

5.1.2. Relações entre a Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência, estratégias de Coping e o número de anos em prestação do serviço de voluntariado.

De forma medir o grau e direção das relações lineares entre o Score total das variáveis em estudo, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. A tabela 3 demonstra os resultados obtidos.

Tabela 3 - Relações entre a Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência, estratégias de Coping e o número de anos em prestação do serviço de voluntariado.

	Score Total FC	Score Total IRI	Score Total RES	Score Total BC
Score Total FC				
Score Total IRI	.061			
Score Total RES	.175*	.038		
Score Total Brief Cope	.105	.422**	.345**	
Tempo de Voluntariado	.126	-.186*	.228**	-.033

Legenda: FC – Fadiga por Compaixão; IRI- Índice de Reatividade Interpessoal; RES- Resiliência; BC- Brief Cope* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Os resultados obtidos evidenciaram existência de correlações estatisticamente significativas para a maior parte das variáveis acima demonstradas.

O Score Total da Fadiga por Compaixão (FC) apresenta uma correlação positiva fraca ($r = .175$; $p = .031$) para com o Score Total da Resiliência (RES) indicando que os participantes com mais fadiga por compaixão relataram mais resiliência.

O Score Total do Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com o Score Total do Brief Cope (BC) ($r = .422$; $p = .000$) e com o tempo de voluntariado ($r = -.186$; $p = .021$) indicando que os participantes com mais índice de reatividade interpessoal relataram mais estratégias de coping, que por sua vez, quanto maior índice de reatividade interpessoal, menor é o tempo de voluntariado.

No que diz respeito aos resultados do Score Total para da Resiliência, evidenciou-se uma correlação estatisticamente significativa com o Score Total do Brief Cope ($r = .345$; $p = .000$) e com o tempo de voluntariado ($r = .228$; $p = .005$) indicando que os participantes com mais estratégias de coping relataram mais tempo de voluntariado.

A Tabela 4 apresenta agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre a Fadiga por Compaixão e as estratégias de Coping, através do coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 4 - Relações entre a Fadiga por Compaixão e as Estratégias de Coping

	Satisfação por Compaixão	Burnout	Stress Traumático Secundário
<hr/>			
Brief cope			
Coping Ativo	.232**	-.335**	-.266**
Planear	.285**	-.254**	-.154
Utilizar Suporte Instrumental	.453**	-.213**	-.009
Utilizar Suporte Emocional	.359**	-.149	-.244**
Religião	.153	-.244**	.058
Reinterpretação positiva	.398**	-.378**	-.197*
Auto Culpabilização	.099	.045	.103
Aceitação	.336**	-.256**	-.103
Expressão de sentimentos	.249**	-.210**	-.136
Negação	-.003	.070	.184*
Auto Distração	.051	.024	.184*
Desinvestimento pessoal	-.139	.229**	.148
Uso de substâncias	-.071	.158	.272**
Humor	.310**	-.174*	.299**

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

Foram encontradas correlações e negativas entre as dimensões da fadiga por compaixão (Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário) em quase todas as dimensões do Brief Cope.

A satisfação por compaixão apresentou correlações significativas e positivas com as dimensões acima mencionadas. As correlações com maior intensidade foram observadas entre a SC e o Utilizar Suporte Instrumental ($r = .453$; $p = .000$).

Assim quanto maior o nível de satisfação, maior será a procura para a obtenção de respostas face a determinado problema/ eventos stressores.

Para o burnout as correlações negativas e de intensidade moderada, exceto o Desinvestimento pessoal ($r = .229$; $p = .004$) que se correlacionou de forma positiva, o que nos leva a inferir que quanto maior for o nível de burnout, maior será o desinvestimento pessoal, privação essa, que poderá dificultar o esforço em alcançar determinados objetivos com o qual o evento stressor está a inferir.

Por último, ainda na dimensão do stress traumático secundário, foram obtidas correlações significativas negativas e de intensidade moderada com o Coping ativo ($r = -.266$; $p = .001$). Assim a um maior nível de Stress Traumático Secundário estão associados menores níveis de resolução de esforços para a eficácia dos problemas.

A dimensão do stress traumático secundário também apresentou uma correlação significativa e positiva com o Humor ($r = .299$; $p = .000$). Os resultados indicaram que maiores níveis de estratégias de coping estão associados a maiores níveis de satisfação por compaixão e menor Burnout e Stress Traumático Secundário.

A Tabela 5 apresenta agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre a Fadiga por Compaixão e a Empatia, através do procedimento estatístico, coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 5- *Relações entre a Fadiga por Compaixão e a Empatia*

	Satisfação por Compaixão	Burnout	Stress Traumático Secundário
Empatia			
Tomada de Perspetiva	.307**	-.334**	.031
Preocupação Empática	.269**	-.384**	.092
Desconforto Pessoal	-.161*	.163*	.260*
Fantasia	.031	.92	.183

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

Os resultados obtidos evidenciaram a existência de correlações estatisticamente significativas, positivas e de intensidade moderada entre a dimensão da SC com a Tomada de Perspetiva ($r = .307$; $p = .000$). A componente do Desconforto pessoal ($r = .163$; $p = .047$) relacionou-se apenas com o Burnout, com o qual apresentou uma correlação fraca e negativa. Assim, quanto maiores os níveis de Satisfação por Compaixão, maiores os níveis de empatia e menores os níveis de Burnout.

A associação entre o Stress Traumático Secundário e a dimensão do Desconforto pessoal ($r = .260$; $p = .000$), apresentou uma correlação moderada, o que pode sugerir, quanto maiores os níveis de Stress Traumático Secundário, maior será do Desconforto Pessoal.

A Tabela 6 apresenta agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre a Fadiga por Compaixão e a Resiliência, através do procedimento estatístico, coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 6- *Relações entre a Fadiga por Compaixão e Resiliência*

	Satisfação por Compaixão	Burnout	Stress Traumático Secundário
Resiliência			
Perseverança	.451**	-.303**	.041
Sentido de Vida	.457**	-.222**	.022
Serenidade	.455**	-.261*	.022
Autossuficiência e Autoconfiança	.425**	-.264**	.045

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

Os resultados evidenciaram a existência de correlações estatisticamente significativas e de intensidade moderada entre a dimensão da Satisfação por Compaixão e todas as dimensões da resiliência. Para o Burnout, todas as relações significativas foram negativas e de intensidade moderada, excetuando a Serenidade com a qual se relacionou de forma fraca. Assim, quanto maiores os níveis de Satisfação por Compaixão, maiores os níveis de resiliência e menores os níveis de Burnout.

Importa referir ainda que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para a dimensão do Stress Traumático Secundário com a Resiliência.

5.1.3. Análise dos fatores preditores do Score Total da Fadiga por Compaixão.

Com o objetivo de determinar um modelo parcimonioso que nos permite prever o Score total da Fadiga por Compaixão em função das variáveis independentes, dimensões da Empatia, Resiliência e Estratégias de Coping, foi utilizada a regressão linear múltipla. Como demonstrado na tabela 7, para a variável em análise, o modelo de regressão permitiu identificar as seguintes variáveis predictoras: Uso de substâncias, Sentido de Vida e o Desconforto pessoal.

Tabela 7- Análise da variância da fadiga por compaixão

VD	Passos	VI	R ²	R ² aj.	β	t
Score total da Fadiga por Compaixão	1	Uso de substâncias	.051	.044	.229	2.98
	2	Sentido de vida	.088	.076	.272	3.33
	3	Desconforto Pessoal	.132	.115	.226	.226
Variância explicada				23.5%		

$p \leq .05$

Foi obtido um modelo preditor composto por três variáveis independentes predictoras: Abuso de Substâncias ($\beta = .229$; $t = 2.98$; $p = .003$); Sentido de vida ($\beta = .272$; $t = 3.33$; $p = .001$); e, Desconforto Pessoal ($\beta = .226$; $t = .226$; $p = .007$), que explicaram, no seu conjunto, 23.5% da variância total. Os resultados obtidos pela análise dos fatores preditores para o Score total da fadiga por compaixão mostraram que, independentemente do tempo de voluntariado, os participantes com mais fadiga relataram utilizar mais estratégias ativas, nomeadamente, uso de substâncias, o sentido de vida (resiliência) e o desconforto pessoal (empatia).

Capítulo 6. Discussão dos Resultados

6.1. Interpretação dos resultados

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a Fadiga por Compaixão a Empatia, a Resiliência e as Estratégias de coping, em voluntários na área da saúde. Mais em concreto, pretendeu-se analisar as diferenças de género na fadiga por compaixão, empatia, resiliência em estratégias de coping. Era esperado que existissem diferenças estatisticamente significativas, a nível do género, na medida em que o género feminino relatasse mais estratégias de coping centrado nas emoções. Era também esperado que o número de prestação de voluntariado influenciasse a fadiga por compaixão.

6.1.1. Comparações entre géneros

Os resultados obtidos pela análise das diferenças de género para a fadiga por compaixão, empatia, resiliência e estratégias de coping, mostraram que o género feminino, apresentou valores mais elevados no que concerne à preocupação empática, tal como era esperado, e estiveram de acordo com os estudos de Cruz (2014). Segundo a autora, corroborando com outro estudo de Klimecki e Singer, de 2011, na área da neurociência social verificou-se que o contato com outro em situação de sofrimento, gera no profissional uma resposta de afetividade empática, ou seja, preocupação para com o outro.

No que respeita à resiliência foram verificadas diferenças de género, no sentido que o género masculino apresentou valores mais elevados de perseverança para a variável de resiliência. Segundo a literatura o género feminino manifesta valores mais elevados no que diz respeito à resiliência do que o género masculino (Wagnild & Young, 1990:1993). Contudo, num estudo de Garcia (2014) sobre a Cegueira Congénita e Adquirida: Implicações na Saúde Mental e Resiliência, os indivíduos do sexo masculino apresentaram igualmente valores elevados comparativamente ao género feminino.

Segundo Garcia (2014) a perseverança é considerada como a capacidade em que o ser humano tem de encontrar soluções. O autor verificou que os homens quando estão em contato com situações adversas tendem a adotar sinais tradicionais de resiliência no que traduz mais independência, mais controlo, mais respostas comportamentais do que as mulheres.

No que concerne ao género feminino, os resultados mostraram valores mais levados na expressão de sentimentos, para a variável das estratégias de coping, no entanto, no estudo de Santalha (2009) apenas foram identificados que o género feminino adota mais estratégias de coping centrado na emoção, porém, não podemos considerá-lo neste estudo. Segundo Hymovich; Hagopian, (1992)³⁰, citados por, Chaves, Cade, Montovani, OLeite e Spire, (2000), descrevem as estratégias de coping centrado nas emoções, como a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional nos sujeitos. Estas estratégias derivam essencialmente de processos defensivos, ou seja, faz com que os indivíduos quando confrontados conscientemente com ameaças, saibam de certa forma evita-las.

No entanto e, ao contrário do que era esperado, os resultados neste estudo não evidenciaram a existência de diferenças de género para a fadiga por compaixão, o que vai ao encontro da literatura, de acordo com o estudo de Stamm (2010) e, Carvalho e Sá (2011). Não foi possível verificar a existência de valores significativos relativamente à variável género, o que poderá estar implicado com o tempo disponibilizado pelos participantes nas instituições. No presente estudo, 20.9% dos participantes refere disponibilizar cerca de 2 horas por semana do seu tempo nas instituições, o que não acontece no estudo Carvalho e Sá (2011), onde os profissionais expostos a mais de 35 horas ao sofrimento dos doentes, relatam mais fadiga por compaixão.

No entanto importa referir que a fadiga por compaixão, na nossa amostra, não revelou depender de fatores como a idade, habilitações, género, estado civil, nem do número de horas disponibilizadas pelos participantes nas instituições, como poderá acontecer com outro profissional na área da saúde.

6.1.2. Relações entre a Fadiga por Compaixão, Empatia, Resiliência, estratégias de Coping e o número de anos em prestação do serviço de voluntariado.

Os resultados obtidos através da análise das correlações entre as dimensões da fadiga por compaixão, empatia, resiliência, as estratégias de coping e o número de anos de prestação de voluntariado, indicaram que indivíduos com mais fadiga por compaixão relatam mais resiliência, no entanto não foram encontrados estudos que permitissem corroborar com o nosso estudo.

³⁰ Hymovich, D., & Hagoping, G. Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach Philadelphia, W.B. Saunders, 1992.

Ainda nas correlações entre as dimensões da fadiga por compaixão e a resiliência, foi possível verificar a existência de valores significativos da satisfação por compaixão, com perseverança, sentido de vida e a autossuficiência e Autoconfiança, resultados estes que nos indicam que quanto mais levada for a satisfação, maior será a procura de respostas para as adversidades da vida e, por sua vez reconhecer as suas fragilidades e, igualmente, trabalhar em equipa.

Segundo Murcho (2010), a resiliência nos profissionais de saúde é um conceito que engloba a resiliência - estado, o otimismo disposicional e a vulnerabilidade ao stress. O mesmo refere que indivíduos com maiores níveis de resiliência, otimismo, são menos vulneráveis a fatores de stress, ressaltando que, quanto mais elevado for o relacionamento interpessoal, maiores serão as estratégias de conforto.

Relativamente à fadiga por compaixão com a dimensão das estratégias de coping, verificou-se correlações positivas e negativas. Foi possível verificar existência de diversas correlações, no entanto, a dimensão satisfação por compaixão com a Utilização do Suporte Instrumental apresentou valores de maior intensidade. Determinando assim que quanto maior for o nível de satisfação dos participantes, maior será a procura nas respostas face a elementos desencadeadores de stress.

Quanto às correlações negativas para a fadiga na dimensão do burnout e as estratégias de coping, verificou-se que correlacionou com quase todas as dimensões, exceto com o desinvestimento pessoal. O que nos leva a inferir que quão maiores forem os níveis de Burnout, maior será o desinvestimento pessoal dos participantes. Poderá ainda estar ligado às dificuldades em ultrapassar eventos causadores de stress. Resultados que permitem ir ao encontro da literatura. Carver e Colaboradores (1989), referem que indivíduos com tendência para o desinvestimento pessoal estão associados à fraca utilização de estratégias de coping.

Ainda na fadiga por compaixão para a dimensão do stress traumático secundário e as estratégias de coping, foram obtidas correlações estaticamente significativas, para as dimensões do humor e do consumo de substâncias. O que nos leva a inferir que quanto maior forem os níveis de STS, maior será a capacidade do indivíduo encarar o problema de forma despreocupada e ainda, maior será possibilidade do uso/ consumo de substâncias. Resultados estes que permitem ir ao encontro da literatura.

Quick e colaboradores (1997), indicam que elevados fatores de stress podem conduzir a um uso/consumo de substâncias, consequência essa, que poderá impossibilitar os indivíduos de desempenhar devidamente as suas funções enquanto profissionais.

Assim, e de um modo geral, os resultados das correlações entre a fadiga por compaixão e as estratégias de coping indicaram que maiores níveis de estratégias de coping estão associados a maiores níveis de satisfação por compaixão, e menor burnout e stress traumático secundário.

No que concerne ainda à fadiga por compaixão na dimensão da SC e a empatia, verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas, nomeadamente, para as dimensões da tomada de perspectiva e preocupação empática, resultados, esses que foram comprovados por Barckett e colaboradores (2010). Segundo os autores, a capacidade empática dos profissionais poderá contribuir para que estes lidem eficazmente com situações adversas.

Assim, e de um modo geral, os resultados das correlações entre a fadiga por compaixão e a empatia indicaram que maiores níveis de satisfação por compaixão estão associados a maiores níveis de empatia, logo a menor níveis burnout e stress traumático secundário.

Ainda nas correlações, no que diz respeito ao número de anos prestados pelos participantes, apenas se correlacionou com a variável da empatia. Não existindo nenhuma relação entre o número de anos prestados com a fadiga por compaixão contrariando o que a autora descreve, Stamm (2010).

6.1.3. Fatores Preditores do Total da Fadiga por compaixão

Por último, o estudo dos preditores do score total da fadiga por compaixão mostrou que os voluntários com mais score total da Fadiga apresentam mais uso de substâncias, sentido de vida e desconforto pessoal, no entanto não foram encontrados estudos que apresentassem estes preditores. Verificamos que as estratégias de coping mais utilizadas são as menos proactivas, uma vez que estas surgem como preditoras da fadiga. Esta relação entre as estratégias de coping e a fadiga, poderá ser considerada como uma resposta afetiva, na medida em que estas estratégias podem funcionar como minimizadoras aos de fatores stress.

6.2. Limitações

Sendo um tema de alguma pertinência, o presente estudo e não obstante dos resultados obtidos a investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente no tamanho da amostra. Seria pertinente que o mesmo estudo, fosse replicado com uma amostra mais vasta e representativa.

Inicialmente, para a elaboração deste estudo, pretendíamos chegar presencialmente a todas as instituições presencialmente de voluntariado, para que todos os membros pudessem colaborar no estudo. Contudo e, após uma avaliação inicial, (através do contacto via email e telefónico), concluímos que existiam dificuldades de incompatibilidade de horários entre as instituições e a população alvo. Optamos então por reformular todo o processo de recolha de informação. Posto isto, surgiu a oportunidade de enviar para algumas instituições os protocolos, para que os voluntários colaborassem, contudo, verificou-se que a grande maioria dos questionários vinham por preencher ou rasurados. Esses questionários foram imediatamente excluídos.

Relativamente ao protocolo utilizado, demonstrou ser demasiado grande, uma vez que a grande parte dos voluntários expressou exaustão no final de cada questionário. O que poderá ter contribuído para um elevado número de questionários em branco.

6.3. Sugestões para estudos futuros

De forma a colmatar algumas das limitações do presente estudo, sugere-se que em futuras investigações sejam utilizadas amostras de maior dimensão, em diversos fatores (alargamento da área geográfica e criando grupos entre elas) e, se possível comparar cada grupo com o serviço de voluntariado prestado.

Em estudos futuros seria pertinente compreender a motivação dos profissionais da área da saúde, no mundo do voluntariado, bem como, verificar de que forma essa motivação pode ajudar a prever a saúde mental (Jesus et al., 2014). De forma a avaliarmos a motivação seria pertinente a utilização do (IMQ), que avaliaria a motivação intrínseca dos profissionais e o stress, ansiedade e depressão (DASS-21), de forma a verificarmos determinadas características que levam ao mal-estar.

Seria também pertinente compreender, quais os tipos de personalidade têm os voluntários. Pensamos que o questionário dos 16 PF (16 Personality Factor Model), seria uma mais-valia, uma vez que permite identificar os principais traços que possibilitam a descrição

da personalidade e, com base no estudo de (Primi et al., 2002), seria importante verificar de que forma a personalidade pode ser influenciada por determinados fatores, características individuais no contexto social.

A personalidade é vista como um fator preditor do comportamento. Vários têm sido os estudos que verificam que a personalidade se torna evidente nas competências e conhecimentos técnicos e específicos do ser humano (Bazgan et al., 2012; D'Amico, & Monteiro, 2012; Oliveira, 2014).

Um dos traços de personalidade a ser alvo de diversos estudos tem sido a extroversão, uma vez que é preditora de um bom desempenho e gosto pelo trabalho em equipa (Campion et al., 2005; Angelis et al., 2014; Oliveira, 2014).

Pensamos que seria igualmente importante, no futuro, analisarmos o suporte social dos voluntários e a sua coesão enquanto equipa, (SChaufeLi, Wilmar & buunk, 2003³¹; OsterMann et al., 2010³²; citado por Vara et al., 2013), uma vez que, em contexto de trabalho a promoção do bem-estar, a satisfação dos profissionais e a diminuição de ansiedade influenciam o processo dos comportamentos (RanDaLL et al., 2011³³; citado por Vara et al., 2013).

6.4. Implicações clínicas dos resultados

Apesar da existência de algumas limitações como foram mencionadas, este estudo fornece um contributo inovador para a compreensão da relação entre o fenómeno da fadiga por compaixão e as restantes variáveis analisadas em voluntários, bem como para melhorar as medidas de diagnóstico e poder contribuir para intervenções atempadas e, por sua vez, eficazes.

Deste modo, pensamos que seria pertinente identificar possíveis fatores que possam estar na origem das perturbações dos voluntários contribuindo, desta forma para uma

³¹ SChaufeLi, Wilmar e buunk, Bram (2003) - "Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing". In sChabraCQ, Marc; winnubst, Jacques e Cooper, Cary (Eds.) - *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley & Sons, Chichester, pp. 383-425.

³² OsterMann, Thomas; bertram, Mathias e büsing, Arndt (2010) - "A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation". *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 10, Herdecke, pp. 1-10.

³³ RanDaLL, Kenneth; resiCk, Christian e DeChurCh, Leslie (2011) - "Building Team Adaptive Capacity: The Roles of Sensegiving and Team Composition". *Journal of Applied Psychology*, vol. 96/no 3, Michigan, pp. 525-540.

intervenção que proporcione o equilíbrio físico e emocional. A psicologia positiva tem vindo a ser cada vez mais utilizada, não só no tratamento da perturbação mental como na restauração do estado de saúde mental. O grande objetivo tem sido identificar e dar a reconhecer aos indivíduos as suas qualidades e o sentido de vida, através dos quais as pessoas experienciam (Rivero & Marujo, 2011).

A promoção de programas ao nível do desenvolvimento positivo tem sido vista não só como, mais uma ferramenta para o tratamento como para a prevenção.

Diversos autores consideram que os programas de promoção da saúde aumentam a confiança dos seres humanos, bem como nas relações com os outros (Roth & Brooks-Gunn, 2003b³⁴; citado por Araújo, 2011).

Uma das técnicas de intervenção, que poderiam ser utilizada neste contexto, seria as técnicas de relaxamento, uma vez que poderia contribuir como uma medida preventiva. Com base no estudo de Borges e Ferreira, (2013) as técnicas de relaxamento evidenciaram ser um fator importante na gestão do stress laboral. A implementação destes recursos nas instituições é crucial. As autoras referem ainda que não é possível qualquer empresa obter ganho, se aos seus funcionários for dada a possibilidade de participarem ativamente na monitorização destes programas.

O propósito destas técnicas tem a ver com a proteção sobre os órgãos de exercerem atividades excessivas ou desnecessárias, principalmente sob aqueles que estão envolvidos direta e/ou indiretamente com a área da saúde (Matos, Canavarro, Rijo, Oliveira & Oliveira, 2004).

Estas técnicas têm como finalidade, o alívio dos diversos sintomas, nomeadamente, hipertensão, cefaleias, insónias, pânico, entre outros. As técnicas de relaxamento podem ser consideradas como uma estratégia de coping, que tende a acalmar a mente e permite que o pensamento seja mais claro (Matos, et al., 2004).

³⁴ Roth, J. L., & Brooks-Gunn, J. (2003b). Youth development programs: Risks, prevention and policy. *Journal of Adolescent Health*, 32, 170-182;

Outro exemplo de um programa podia passar pela abordagem aos programas de gestão de emoções, o “*Critical Incident Stress Management – CISM*” (EverLy e MitCheLL, 2000; MitCheLL, 2004³⁵ citado por Vara et al., 2013), uma vez que as técnicas desenvolvidas neste programa, permitem aos profissionais que atuam em situações de risco, criar ferramentas adequadas de forma a gerir / controlar as emoções e, de um modo geral proteger aqueles que estão presentes em cenários gerados de burnout. A sua formação torna-se assim um bem fundamental para o seu desenvolvimento.

Assim sendo, torna-se importante a utilização de programas de promoção e de intervenção, no âmbito de diminuir o sofrimento dos voluntários, quer seja a curto ou a longo prazo.

³⁵ MitCheLL, Jeffrey (2004) - “Characteristics of successful early intervention programs”. *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 6/no. 4, Baltimore, pp. 175-184.

Conclusão

O voluntariado é considerado pela sociedade, como uma ação voluntária e social, na medida em que contribui para a construção do bem comum. O termo voluntário está associado à participação comprometida, gratuita, ao tempo livre e a disposição que dele se tem para a criação de novos laços afetivos, e uma forte consciência de que somos responsáveis para aqueles que nos são próximos (Soares, 2012).

Considerada como uma fonte de ajuda de extrema importância para quem está em situações de vulnerabilidade física, emocional e psicológica, o voluntário sem que dela se aperceba, ao estar em contacto com populações de risco, poderá ficar na iminência da fadiga. Segundo a literatura, a fadiga está associada a sintomas ansiedade e stress (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009). Neste sentido, é importante analisar fatores que possam estar associados à fadiga, nomeadamente, as estratégias de coping, resiliência e a empatia, uma vez que estas podem estar ligadas a uma boa prática de técnicas para a diminuição de sintomatologias, como o burnout, stress e a fadiga.

Os resultados demonstraram neste sentido que, as estratégias de coping, empatia e resiliência poderão contribuir e de forma positiva sobre os indivíduos. Segundo Salstan e Figley (2003) o desenvolvimento de estratégias ou até mesmos mecanismos de sistema, ajuda a atenuar os efeitos de exposição de material traumático.

Assim sendo, o presente estudo procurou analisar determinados fatores, nomeadamente o tempo de serviço prestado, que poderiam contribuir para o desenvolvimento da fadiga por compaixão. Desta forma foi possível verificar que o tempo exercido pelos voluntários nas instituições onde é prestado o serviço, não tem influência sobre a variável da fadiga.

Relativamente, aos resultados demonstraram que o género feminino centra as suas estratégias de coping na expressão de sentimentos e o género masculino a relatar mais perseverança, o que poderá estar relacionado com a capacidade em manter-se firme face as dificuldades expostas. Ainda neste sentido a fadiga nos voluntários, por poderá ser explicada pelo uso de substâncias, sentido de vida e desconforto pessoal.

Deste modo, verifica-se o contributo da presente investigação, uma vez que até à data não se conhecem estudos que se tenham debruçado sobre estas dimensões, podendo contribuir para prevenir o surgimento de perturbações, e a redução de sintomatologia, inclusive aumentando competências para lidar com elas.

Bibliografia

- Adams, R., Boscarino, J., & Figley, C. (2007). The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice*, Vol. 18 No. 3, 238-250 DOI: 10.1177/1049731507310190
- Adams, R., Boscarino, J., & Figley, C.(2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108 Acedido a 15 de Maio de 2015. <http://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>.
- Anaut, M. (2005). A resiliência. Ultrapassar os traumatismo. Lisboa: Climepsi.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. O conceito de Coping: Uma Revisão Teórica. *Estudos de Psicologia*, 1998, 3(2), 273-974. Acedido a 23 de Novembro, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2>
- Amaro, H. (2010). Stresse e Burnout nos Profissionais de Emergência médica hospitalar. Tese de Doutoramento. Tese apresentada para o grau de Doutor no Ramo da Psicologia, especialidade de Psicologia da Saúde, pela Universidade do Algarve, orientada pelo professor Saúl Neves de Jesus, Faro.
- Amaro, H., & Jesus, S. (2008). Vulnerabilidade ao stress em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. *Mudanças- Psicologia da Saúde*, 16 (1), Jan-Jun, 62-70p. Acedido a 15 de Novembro de 2015. <http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A0E24F43-DA58-4BFF-BDFA-AF360763412C/16684/Vulnerabilidadeaoresseemprofissionaisdeemerg%25C3%25AAnci.pdf>
- Araújo, M. (2011). Implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo para o desenvolvimento positivo de adolescentes: "Desafio: Ser+". Dissertação apresentada à universidade do Minho para obtenção grau de Mestre, orientada pela Professora Doutora Teresa De Albuquerque, Braga.
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. (2014). A fadiga por Compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços Hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e trabalho*, 14 (3), Jul –Set 2014, pp. 315-323 ISSN 1984-6657.

- Beaton, D., & Shirley, A. "Working with people in crisis: research implications." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 51-81. New York: Routledge, 1995.
- Benson, J., & Magraith, K. (2006). *Compassion fatigue and Burnout- The role of Balint groups*. GP health. Professional Practice. Australian Family Vol. 34, No. 6, June.
- Boellinghaus, I., Jones, F. & Hutton, J. (2012) The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5, 129- 138. doi: 10.1007/s12671-012-0158-6.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (10), 37-4. Acedido a 20 de Julho de 2015. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n10/n10a06.pdf>.
- Brackett, M., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J., Reyes, R., & Salovey, P. (2010). Emotion-regulation ability, Burnout, and Job Satisfaction Among British Secondary-School Teachers. *Psychology in the Schools*, (4), 406- 417. doi: 10.1002/pits.20478.
- Bride, B., Radey, M., & Figley, C. (2007). Measuring Compassion Fatigu. *Clin Soc Work J* 35. 155-163.
- Clary, E., Ridge, R., Stukas, A., Snyder, M., Copeland, J., Haugen, J., & Miene, P. (1998). *Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, Vol. 74, No. 6, 1516-1530 Copyright 1998 by the American Psychological Association, Inc. 0022-3514/98/J3.00. Acedido a 15 de Maio de 2015. [http://www.comm.umn.edu/~akoerner/courses/5431-S13/Clary%20et%20al.%20\(1998\).pdf](http://www.comm.umn.edu/~akoerner/courses/5431-S13/Clary%20et%20al.%20(1998).pdf)
- Chaves, E., Cade, N., Montovani, M., OLeite & Spire .(2000). Coping: Significados, Interferências no processo Saúde – Doenças e Relevância para a Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n.4, p.370-5, Dez. Acedido a 1 de Dezembro de 2015. <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v34n4/v34n4a08.pdf>

- 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”. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção de grau de Mestre em Cuidados paliativos, orientada pelo Professor Doutor, Luís Octávio de Sá, Porto.
- Carver, C., Weintraub, J., Sheier, M. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically Based Approach- *Jornoul of Personality and Social Psychology*. Vol.56, No. 2, 267-283.
- Carkhuff, R. - *L’art d’aider*. Paris: Les Éditions de L’HOMME, 1988, p. 21
- Chan, B., Lai, G., Ko, C., & Boey, K. (2000). Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science and Medicine*, 50, 1415-1432.
- Codo, W. (Org.). Educação: trabalho e carinho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes. 1999.
- Costa, P., & McCrae, R.(1992). Normal Personality assesement in clinical practice: The Neo Personality inventory. *Psychological Assesement* , No 4.
- Cruz, B. (2014). Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra para a obtenção grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde na Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo- Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Pinto Gouveia, Coimbra.
- Davis, M. (1983). Measuring Individual Differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 44 (1), 113-126.
- Day, J., & Anderson, R. (2011). Compassion Fatigue: An Application of the Concept to Informal Caregivers of Family Members with Dementia. Hindawi Publishing Corporation: Nursing Research and Practice. Volume 2011, Article ID 408024, 10 pages doi:10.1155/2011/408024.

- Deep, C., & Pereira, I. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, vol. 23(2), 417-433. São Paulo.
- Domingos, A. (2008). Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos. Dissertação apresentada no Mestrado em temas de Psicologia, ramo de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientado pela Professora Cristina Queirós, Porto.
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., & Boulanger, J.P. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Journal of the international Society for the investigation of Stress*, 17, 273-279.
- Ferreira, M., Proença, T., & Proença, J. (2011a). An Empirical Analysis About Motivations Among Hospital Volunteers. Artigo apresentado na International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing (IAPNM 2011).
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel
- Figley, C. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapist’s Chronical Lack of Self. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433- 1441.
- Figley, C. (2003). Review of Scott O. Lilienfeld, Steven Jay Lynn, and Jeffrey M. Lohr (Eds.) *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (New York: Guilford, 2002), *Journal of Trauma Practice*, 2:4, 234-237.
- Figley, C.(2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience. Acedido a 15 de Abril de 2015 <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

- Freudenberger, H. (1975). The staff Burn-out Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Volume, 12, 1 Spring.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 243. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00243>
- Gouveia, B., Nunes, R., Sousa., Teixeira, I., Queirós, C. ([Resumo]2015). Fadiga emocional em elementos das equipas de emergência pré-hospitalar da Cruz Vermelha da Madeira. X Encontro Nacional de Riscos e II Fórum Sobre Riscos e Segurança do ISCIA, Aveiro.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2002). *O Poder da Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier
- Grace (2006). Como Implementar Projetos de Voluntariado Empresarial Adaptação do manual “Como as Empresas Podem Implementar Programas de Voluntariado” Editora Instituto Ethos.
- Harr, C. & Moore, B. (2011). Compassion Fatigue Among Work Students In Field Placements *Journal of Teaching in Social Work*, 31:350-363.
- Hoffman, E., Silveira, R. & Polydoro, J. (2010). Altruísmo no Brasil: um estudo exploratório Mudanças – *Psicologia da Saúde*, 18 (1-2), Jan-Dez. 36-46p. Acedido a 10 de Março de 2015. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20836/1/CI%C3%A1udia%20Andreia%20Torres%20Senra.pdf>
- Holahan, C., & Moos, R. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955
- Hymovich, D., & Hagoping, G. *Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach* Philadelphia, W.B. saunders, 1992.

- Isen, A., & Levin, P. (1975). Further Studies on the Effect of Feeling Good on Helping. Published by: American Sociological Association. Vol. 38, No.1, 141-147 Acedido a 20 de Abril de 2015. <http://www.jstor.org/stable/2786238>
- Jesus, S., Imaginário, S., Moura, I., Viseu, J. & Rus, C.(2014). Criatividade e motivação dos artistas como preditores da sua saúde mental. *Psicologia, saúde & doenças*, 2014, 15(3), 554-566 eissn - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150301>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*; 22:116-121.
- Kozier; Erb - Soins infirmiers, une approche globale. Ottawa: Édition du Renouveau pédagogiques inc., 1982, p. 271-276
- Lago, K., & Codo, W. (2010). *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Editora Vozes: Petrópolis.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779.
- Lovallo, W. R. (2005). *Stress & Health: biological and psychological interactions*. London: Sage Publications, Inc, 29-233.
- Manson, H. (2014). *Heal Thyself Nurse: The Development of a Logotherapy – Based Psycho-Stress- Management Programme for Student Nurses*. Submitted in accordance with the requirements for the degree of Doctor of Literature and Philosophy in the subject Psychology at the University of South Africa.
- Marcitelli, A., & Regina, C. (2011). Qualidade de Vida no trabalho dos profissionais de Saúde. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e de Saúde*. Acedido a 20 de Setembro de 2015. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26022135015>> ISSN 1415-6938.

- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human behavior*, 9(5),16-22.
- Maslach, C., Leiter, M. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Tradução Mônica Saddy Martina. Campinas, SP: Papirus, 1999.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 52:397-422.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. (1998). The development of competencies in favourable and unfavourable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Matos, A. Canavarro, C., Rijo, D., Oliveira, R., & Oliveira, C. (2004). Série A: Estratégias de Intervenção em Terapia Cognitivo- Comportamental. O relaxamento (nº1). Textos de apoio. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71.
- MitCheLL, J. (2004) - "Characterestics of successful early intervention programs". *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 6/no. 4, Baltimore, pp. 175-184.
- Monteiro, B., Queirós, C., Marques, A. (2014). A empatia e Engagement como preditores do Burnout em Cuidadores Formais de Idosos. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Morse, J., Anderson, G., Bottorff, J., Yonge, O., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Journal of Nursing Scholarship*, 24 (4), 273-280.

- Murcho, N. M., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, saúde & doenças*, 10(1), 57-68.
- Oliveira, J., Viganó, M., Lunardelli, M., Canêo, L., Júnior, E. (2010). Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? *Psicologia em Estudo, Maringá* Vol.15, No.3, p. 633-638, jul/set.
- Oliveira, M. (2014). O perfil de personalidade dos estudantes de engenharia informática. Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, orientado pela Professora Cristina Pimentão, Porto.
- OsterMann, T., BertraM, M., & BüssinG, A. (2010) - "A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation". *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 10, Herdecke, pp. 1-10.
- Pais-Ribeiro, J., & Maia, P. (2002) Satisfação com a profissão em profissionais de uma unidade de cuidados intensivos (SCI) 4º congresso Nacional de Psicologia da Saúde.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-5.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto, 273-308.
- Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.77-94). São Paulo: Cortez.
- Peake, S., & Manderson, L. (2003). The constraints of a normal life: The management of urinary incontinence by middle aged women. *Women & Health*, 37(3), 37-51.
- Pereira, A., & Benavides, T. (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

- Portnoy, D. (2011). Burnout and Compassion Fatigue – Watch for signs . *Journal of the Catholic Health Association of the United States* .Health Progress. July- August
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. et. al.,(2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Journal Club*. Vol. 14, No.5, October.
- Primi, R., Bigetti, C., Munhoz. (2002). Personalidade, interesses e habilidades: um estudo correlacional da BPR- 5, LIP e do 16 PF. *Avaliação Psicológica*. Vol.1, p. 61–72.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). Normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutorado (Aplicáveis às Dissertações de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria, Lisboa.
- Putterman, I. (2005). *The relationship between posttraumatic growth and professional quality of life (compassion fatigue/secondary trauma, compassion satisfaction, and burnout) among social workers in Texas*. A dissertation presented to the Faculty of the College of Education University of Houston, in partial fulfilment of the requirements of the degree Doctor of Education.
- Queirós, A. (1995) Empatia e Respeito na formação em Enfermagem. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas - Departamento de ciências da saúde e da vida.
- Quick, J., Quick, J., Nelson, D., & Hurrell, Jr. (1997). *Preventive Sress Managment in Organizations* Washington, DC: American Psychological Associaton.
- Radey, M., Figley, C. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*. 35: 207-214, 16 June.
- Randall, K., ResiCk, C., & DeChurCh, L. (2011) - “Building Team Adaptive Capacity: The Roles of Sensegiving and Team Composition”. *Journal of Applied Psychology*, vol. 96/no 3, Michigan, pp. 525-540.

- Reich, W., Zautra, A. J., & Hall, J.S. (Eds.). (2010). *Handbook of adult resilience*. New York, NY: Guilford.
- Ribeiro, A., Mattos, B., Antonelli, C., Canêo, L., Júnior, E. (2011). Resiliencia no Trabalho contemporâneo: Promoção e /ou Desgaste da saúde mental. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 623-633, out./dez Acedido a 20 de Setembro de 2015. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-73722011000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Riveiro, C., & Marujo, H.(2011). *Positiva-mente. Viva o seu dia-a-dia com equilíbrio, Bem-estar e optimismo*. Lisboa: A Esfera dos livros.
- Rocha, M. (2011). *Motivações, Envolvimento Prévio, Satisfação e Intenção de repetir a Experiência no Voluntariado ocasional. O caso do banco Alimentar contra a Fome*. Dissertação apresentada no âmbito do mestrado em Gestão de Serviços, da Faculdade de Economia, para obtenção do grau de mestre em Gestão de Serviços, orientada pelo Professor Doutor João Proença e pela Professora Marisa Ferreira, Porto.
- Rodrigues, S. (2008). *Empatia, Resiliência e Perceção de Stress em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicológica e Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientado pela Professora Cristina Queirós, Porto.
- Rodrigo, M. L. (1995). Estrés de los profesionales de enfermaria: sobre qué o quien repercute?. *Revista ROL de Enfermaria*, 201, 65-68.
- Roth, J., & Brooks - Gunn, J. (2003b). Youth development programs: Risks, prevention and policy. *Journal of Adolescent Health*, 32, 170-182
- Rutter, M.(1987). Psychological resilience and protetive mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Sabo, B., (2011). "Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue" *OJIN: The Online Journal of*

- Saganha, J. (2012). Empathy and Burnout in private practice Physical Therapists. Dissertação de Mestrado em Comunicação Clínica. Porto. FMUP.
- Salston, M., & Figley, C. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*, Vol.16, No 2. April , pp. 167-174.
- Santalha, M. (2009). Linhas telefónicas de ajuda: o mundo de quem lhes dá voz. Tese de Mestrado em Psicologia, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- SChaufeLi, W., & Buunk, B. (2003) - "Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing". In sChabraCQ, Marc; winnubst, Jacques e CooPer, Cary (Eds.) - *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley & Sons, Chichester, pp. 383-425.
- Senra, T. (2012). Qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e "Coping" em mulheres com incontinência urinária. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Área de Especialização em Psicologia da Saúde. Universidade do Minho.
- Serapioni, M., Ferreira, S., Lima, T. & Marques, R. (2012) Estudo sobre o Voluntariado: Contextos e Conclusões. [www.ipp.pt/filesserver/fckeditor/Estudo%20sobre%20voluntariado%20-%20resumo\[1\]%281%29.pdf](http://www.ipp.pt/filesserver/fckeditor/Estudo%20sobre%20voluntariado%20-%20resumo[1]%281%29.pdf).
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245–265). Washington, DC: American Psychological Association.
- Silva, S., & Gomes, A. (2009) *Stress* ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 239-248.
- Smart, D., Daratha, K., James, J., Wilson, M., Childers, B., & Morgan, C. ([Abstratct], 2012). Predictors Of Compassion Fatigue Ratings among. Health Workes.

- Soares, H. (2012). O contributo do voluntariado no apoio sós e/ou dependents do concelho de Ovar. Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia, da Faculdade de economia, sob orientação do professor Doutor Pedro Hespanha, Coimbra.
- Souza, C., Bacalhau, R., Moura, M., Volpi, J., Marques, S., & Rodrigues, M. (2003). Aspectos da motivação para o trabalho voluntário com doentes oncológicos: um estudo colaborativo entre Brasil e Portugal . *Psicologia, saúde & doenças*, 2003, 4 (2), 267-276. Acedido a 18 de Novembro de 2015. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a07.pdf>.
- Souza, C. (2015). Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infeções relacionadas à assistência à saúde. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica. Orientada pela Professora Doutora Maria Moretto, São Paulo.
- Stamm, B., Varra, E., Pearlman, L., & Giller, E. (2002). *The helper's power to heal and to be hurt - or help - by trying*. Register report: National Register of Health Service Providers in Psychology. Washington, DC.
- Stamm, B. (2005). *Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction Burnout and Fatigue/Secondary Trauma Subscales—Revision IV*. Retrieved from <http://www.isu.edu-bihstamm>.
- Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stones, M., & Kozma, A. (1980). Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists. *International Journal of Aging and Human Development*, 11, 269 -281.
- Swider, B., Zimmerman, B. (2010). Born to Burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 487- 06.
- Tamayo, M. (2002). **Burnout**: relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional. 2002. 165 Páginas. Tese (Apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília :UNB, 2002).

- Tironi, M. (2005). A Síndrome De Burnout Em Médicos Pediatras: Um Estudo Em Duas Organizações Hospitalares. Universidade Federal Da Bahia Faculdade De Filosofia E Ciências Humanas Programa De Pós-Graduação Em Psicologia Mestrado Em Psicologia, Salvador.
- Valadas, M. (2010) A arte da Vida. Caminhar pelo envelhecimento com a resiliência e com a qualidade de vida. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no Curso de Mestrado em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapia, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Vara, N., Queirós, C., & Kaiseler, M. (2013). “Estratégias de coping e emoções como preditoras do risco de burnout em bombeiros”, pp. 585-598. Chapter in L.F. Lourenço and M.A. Mateus (Editors); “Riscos: naturais, antropomórficos e mistos, homenagem ao Professor Doutor Fernando Rebelo”, Universidade de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (1999). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 5-28, 117-437, 473-738.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, Vol. 1, No. 2

Anexos

Anexo I – Pedido de consentimento Informado

Eu, Patrícia Alexandra Camacho Boiças, encontro-me a realizar uma investigação no âmbito do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Lusófona de Humanidades. Esta investigação orientada pela Profª Doutora Marina Carvalho, tem como objetivo geral, compreender qual o impacto das relações entre Fadiga por Compaixão com a resiliência, empatia e as estratégias de coping em voluntários na área da saúde nos diferentes contextos da doença.

A sua participação é voluntária e toda a informação que nos for prestada neste questionário será sempre confidencial e anónima, não sendo pedido qualquer tipo de identificação a quem participar.

Não existem respostas certas ou erradas. Pretendemos apenas a sua opinião. Da mesma forma, poderá terminar a sua participação a qualquer altura caso não se sinta confortável.

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo II – Protocolo de Investigação

Questionário sociodemográfico

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

Casado (a) / União de facto Divorciado (a) / Separado (a)
 Solteiro (a) Viúvo (a)

4. Religião _____

5. Habilitações académicas _____

6. Profissão _____

7. Situação profissional atual:

Empregado/a Desempregado/a

8. Se está desempregado/a, indique há quanto tempo _____

9. Há quanto tempo é voluntário? _____

10. Indique a instituição em que presta voluntariado _____

11. Número de horas por semana que dispense neste serviço de voluntariado _____

12. O que o motivou a ser voluntário? Selecione todas as respostas que se apliquem a si.

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Compaixão | <input type="checkbox"/> | Gosto em ajudar o próximo |
| <input type="checkbox"/> | Auto realização | <input type="checkbox"/> | Empatia |
| <input type="checkbox"/> | Reconhecimento | <input type="checkbox"/> | Prazer de se sentir útil |

Outro: _____

13. Indique se já experienciou algum episódio que o marcou de forma negativa:

- Sim Não

14. Se respondeu sim, indique qual foi o

episódio _____

15. Qual o impacto negativo que têm sobre si os relatos das pessoas no local onde faz voluntariado.

Nenhum
impacto
Negativo

Impacto muito
Negativo

1

2

3

4

5

16. O facto de fazer voluntariado mudou a sua vida?

- Sim Não

17. Quais os aspetos menos positivos que encontra ou encontrou no seu papel em quanto voluntário?

Anexo III – Protocolo de Investigação

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

1.	Sinto-me feliz.	
2.	Estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .	
3.	Sinto satisfação por poder <i>[ajudar]</i> as pessoas.	

IRI – Índice de Reactividade Interpessoal

Mark Davis, 1983¹

Adaptação portuguesa de Teresa Limpo, Rui A. Alves e São Luís Castro, 2010²

- _____ 1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu. [PE]
- _____ 2. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros. [TP] [i]
- _____ 3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas. [PE] [i]

BRIEF- COPE

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				

Escala da Resiliência

		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia a dia é importante para mim.							