



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***Burnout* e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses**

Bárbara Sofia Pires da Cruz (e-mail: bsofiaa@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Pinto Gouveia

Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses

Resumo

Estudos recentes têm apontado para uma elevada prevalência de *burnout* e fadiga por compaixão em enfermeiros. Estes fenómenos poderão ter um impacto significativo tanto para o bem-estar do profissional de saúde como para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, o presente estudo tem como principal objetivo explorar o *burnout* e fadiga por compaixão nesta população em Portugal, e explorar alguns processos psicológicos que se hipotetiza poderem contribuir, ou pelo contrário proteger, dos seus efeitos negativos, tais como empatia, regulação emocional, autocompaixão e evitamento experiencial.

Esta investigação foi realizada com uma amostra constituída por 247 enfermeiros portugueses de diversos serviços, inclusive oncologia e cuidados paliativos. Os participantes foram recrutados presencialmente em centros hospitalares da região Norte e Centro ($N = 196$) de Portugal e através de uma plataforma *online* ($N = 51$). No presente estudo foram avaliadas variáveis como a fadiga por compaixão, *burnout*, satisfação por compaixão, sintomatologia depressiva e ansiosa, evitamento experiencial, capacidade de regulação emocional, empatia e autocompaixão.

Os resultados evidenciaram que, de forma geral, uma percentagem considerável dos enfermeiros da presente amostra reportou níveis elevados de *Burnout* (26.6%) e Fadiga por Compaixão (29.1%), verificando-se que as mulheres apresentaram maiores níveis de satisfação por compaixão. Para além disso, verificou-se que a fadiga por compaixão e *burnout* estão associados a elevados níveis de evitamento experiencial, sintomatologia depressiva e ansiosa e falta de autocompaixão. Os resultados demonstraram ainda que a associação positiva entre empatia e fadiga por compaixão pode ser parcialmente explicada pela sobre-identificação com pensamentos e sentimentos negativos.

Palavras-chave: fadiga por compaixão, *burnout*, satisfação por compaixão, processos psicológicos, sintomas psicopatológicos

Burnout and Compassion Fatigue among Nurses in Portugal

Abstract

Recent research has suggested a high prevalence of burnout and compassion fatigue in nurses. Both may have a significant impact on the well-being of health professionals and hence for the quality of care. Thus, this study aims to explore burnout and compassion fatigue in this population in Portugal, and explore some psychological processes that could contribute to, or conversely protect the individual of, its negative effects, such as empathy, emotion regulation, self-compassion and experiential avoidance.

The sample consisted of 247 Portuguese nurses from several services, including oncology and palliative care. Participants were recruited from hospitals in the North and Centre regions of Portugal ($N = 196$) and through an online platform ($N = 51$). In the present study variables such as compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, depressive and anxiety symptoms, experiential avoidance, emotional regulation capacity, empathy and self-compassion were analyzed.

The results showed that, in general, a considerable rate of this sample of nurses reported high levels of burnout (26.6%) and compassion fatigue (29.1%), and it was found that women had higher levels of compassion satisfaction. Also, it was found that compassion fatigue and burnout are associated with high levels of experiential avoidance, anxious and depressive symptoms and lack of self-compassion. Our results further suggested that the positive relation found between empathy and compassion fatigues can be partially explained by an over-identification with negative thought and feelings.

Keywords: Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, psychological symptoms, psychological processes

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Pinto Gouveia pela sabedoria incrível, pelos ensinamentos, pela disponibilidade, por todo o rigor, competência e pelo seu exemplo de profissionalismo.

À Doutora Joana Duarte por toda a dedicação, rigor, disponibilidade, sabedoria, paciência, compreensão e pelo seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os participantes enfermeiros e responsáveis dos centros hospitalares pela autorização, participação e disponibilidade em colaborar neste trabalho.

À minha família por confiar em mim e apoiar todas as minhas escolhas. Por estar sempre do meu lado nos bons e maus momentos. Pela presença constante ao longo da minha vida e sobretudo ao longo de todo o meu percurso académico.

Ao João Borié pelo apoio incondicional, compreensão e partilha. Obrigada por todo o carinho nos momentos mais difíceis, pelas gargalhadas e palavras reconfortantes.

Aos amigos que me acompanharam ao longo desta jornada. Em especial, à Francisca Rêgo, Fabiana Tomé e Tânia Almeida pela amizade incondicional, pela partilha, pelos momentos de compreensão, confiança e alegria.

Aos restantes amigos de curso pela partilha, pelos desabafos e aprendizagens alcançadas.

Por fim, a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e enriquecimento profissional.

Este trabalho é também um pouco de todos vós.

A todos vós, o meu sincero bem-haja!

Introdução

O trabalho é não só uma atividade inerente ao indivíduo, como também uma necessidade e ação indispensável para o seu desenvolvimento pessoal e coletivo, que por um lado poderá ser uma fonte de bem-estar e por outro de mal-estar manifestado por diversas formas (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

Ao longo dos anos, tem-se verificado um desenvolvimento médico e consequente aumento da exigência profissional, levando a que os profissionais de saúde no decorrer da sua atividade estejam expostos a contextos laborais mais exigentes e frequentemente sujeitos a fatores stressores (Carvalho & Sá, 2011). Estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e *stress*, inserindo-se nas ocupações consideradas de "alto risco" (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Fillion, Tremblay, Truchon, Côte, Struthers & Dupuis, 2007). A título de exemplo, um estudo realizado por Silva e Gomes (2009), numa amostra composta por 115 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) Portugueses, revelou uma maior tendência para problemas de *stress* ocupacional na classe dos enfermeiros.

De acordo com alguns estudos, os fatores de risco mais comuns em enfermeiros são sobretudo a exposição a situações que implicam maior exaustão emocional, tais como, o contacto com o sofrimento, dor, morte, e ainda a preocupação com os doentes, o excesso de trabalho, a ambiguidade das funções e conflitos a nível das relações interpessoais (Chan, Lai, Ko e Boey, 2000; Escot, Artero, Gandubert e Boulanger, 2001; Silva e Gomes, 2009). A exposição aos fatores de *stress* no trabalho pode conduzir a estados de exaustão e consequentes prejuízos a nível pessoal, profissional, familiar, social e económico, quer no domínio dos próprios profissionais, quer no domínio das instituições de saúde, podendo resultar na ocorrência de diversas reacções, tais como, abuso de substâncias e elevado absentismo laboral acompanhado por um aumento de rotação de pessoal e diminuição dos níveis de produtividade (Carvalho & Sá, 2011). Deste modo, o *stress* crónico nos profissionais de cuidados de saúde que trabalham continuamente com pessoas seriamente doentes pode ser emocionalmente desgastante e tornar-se um risco de *burnout* (Maslach e Jackson, 1981).

A definição mais comumente aceite é a de Maslach, que conceptualiza o *burnout* de acordo com três principais dimensões (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Mais especificamente, o *burnout* é definido como uma síndrome caracterizada por sintomas de exaustão emocional, despersonalização e ausência de realização pessoal, que poderá conduzir a uma perda de motivação e eventualmente a sentimentos de inadequação e de fracasso (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Na vasta literatura existente até à data, fatores de diferentes naturezas têm sido apontados como vulnerabilizadores para o desenvolvimento do

burnout, nomeadamente fatores ambientais, variáveis sociodemográficas e algumas características da personalidade (e.g., Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008; Hyman, Michaels, Berry, Schildcrout, Mercaldo & Weinger, 2011; Maslach e Jackson, 1981). Relativamente aos fatores de risco ambientais, destacam-se o excesso de carga horária, conflitos interpessoais, reduzidos recursos ou suporte social, pressões, exigências hierárquicas e consequente falta de poder de decisão (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Hyman et al., 2011).

No que concerne às variáveis demográficas, vários estudos têm demonstrado uma maior prevalência de *burnout* em enfermeiros com idades inferiores a trinta anos, em início de carreira, solteiros e sem filhos (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 2003; Hyman et al., 2011). As mulheres parecem também revelar uma maior tendência para experienciar maiores níveis de *stress* e *burnout* (Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008). No entanto, de acordo com um estudo de Carvalho e Sá (2011) realizado com 73 enfermeiros portugueses dos cuidados paliativos, não foram encontradas diferenças significativas no *burnout* em função das variáveis género, idade, tempo total de atividade na área da saúde e tempo total de atividade nos cuidados paliativos, resultados esses também reportados por Stamm (2010).

A relação entre características da personalidade e o risco de *burnout* também tem vindo a ser estudada. Características como baixa autoestima, falta de autonomia, baixa resiliência, empatia, extrema conscienciosidade, perfeccionismo e baixa capacidade de regulação emocional parecem aumentar o risco de *burnout* (Brackett, Palomera, Mojsa-Kaja, Reyes & Salovey, 2010; Maslach & Jackson, 1981; Mallar e Capitão, 2004; Santo, Pohl, Saiani & Battistelli, 2014).

Os sinais e sintomas associados ao *burnout* são multidimensionais, podendo manifestar-se ao nível físico, psicológico e social/interpessoal. Mais especificamente, estudos revelam que o *burnout* parece contribuir significativamente para o desenvolvimento de sintomas físicos, tais como, diversas doenças e condições, perturbações de sono, fadiga e ainda sintomas psicológicos como depressão e raiva (Alexander, 2012; Maslach & Leiter 2008; Iacovides, Foutoulakis, Kaprinis, Kaprinis, 2003; Murcho, Jesus & Pacheco, 2009). O *burnout* poderá ainda comprometer as relações sociais e interpessoais, criar um distanciamento emocional e conflitos interpessoais (Maslach, 2003). Para além disto, o abuso de substâncias parece ser uma preocupação associada ao *stress* e *burnout* (Ahola, Honkonen, Pirkola, et al., 2006).

O *burnout* parece ser um fenómeno transversal a diversas áreas profissionais. Diversos estudos, contudo, têm apontado que os enfermeiros parecem ser uma população particularmente em risco. Por exemplo, um estudo aponta que 40% dos enfermeiros hospitalares apresentaram níveis de *burnout* superiores a outros profissionais de saúde (Ainken, Clarke & Sloane, 2001). Estudos mais recentes também têm demonstrado uma elevada prevalência de *burnout* em enfermeiros (Hooper et al., 2010; Yoder, 2010).

Vários estudos relataram ainda que a prevalência de *burnout* é

superior em enfermeiros que trabalham em contextos mais stressantes, tais como, em oncologia, saúde mental, medicina e cuidados intensivos (Barrett & Yates, 2002; Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay, 2007; Hooper et al., 2010). Para além dos efeitos negativos para os enfermeiros, alguns estudos têm apontado uma relação entre *burnout* e cuidados sub-óptimos aos pacientes (West et al., 2006).

A fadiga por compaixão, por sua vez, parece ser específica em profissionais de saúde, continuamente expostos ao sofrimento humano e à necessidade de prestação de cuidados, um fenómeno distinto da insatisfação com o trabalho ou frustração com o sistema. Este termo foi introduzido pela primeira vez por Joinson (1992) para descrever um estado de reduzida capacidade para a compaixão como consequência da exaustão resultante de “absorver” o sofrimento de outros. Outros autores têm-se debruçado sobre este conceito, apresentando definições que de alguma forma se aproximam da definição original (Sabo, 2006; Bride, Radey & Figley 2007). Figley (1995, 2002) define fadiga por compaixão como um estado de desregulação biológica, psicológica e social resultante da exposição prolongada ao *stress* traumático de outros, e sugere que tem como principal base a experiência de empatia, preocupação e afiliação pelo outro que está em sofrimento, acompanhado pelo desejo de aliviar a dor. De facto, trabalhar com pessoas seriamente doentes e em sofrimento implica a necessidade de criação de uma ligação estreita entre profissional de saúde e doente (Lago & Codo, 2010). Este processo inicia-se quando o profissional passa a estar em contacto com o sofrimento e dor do doente, ou seja, passa a sentir uma preocupação empática que funcionará como uma força motivadora que leva o profissional a atender aos cuidados do doente (Lodo & Codo, 2010). O profissional faz uso das suas capacidades empáticas, isto é, compreende e nota a dor do outro, imagina os sentimentos e pensamentos que o outro poderá estar a vivenciar, no sentido de melhor ajudar o doente. No entanto, a empatia apesar de ser um instrumento indispensável no processo da relação entre o profissional e o doente, na medida em que permite ter em conta a perspectiva do outro, pode ao mesmo tempo ser um factor de risco para o desenvolvimento da fadiga por compaixão (Carvalho & Sá, 2011). Assim, a mesma capacidade empática que leva o profissional a agir e ajudar o outro, pode ao mesmo tempo colocar em risco o seu bem-estar (Figley, 1995, Lago e Codo, 2010). O nível de satisfação do profissional, ou seja, o sentimento de concretização e a capacidade para o profissional se distanciar da situação traumática, são fatores que podem impedir o desenvolvimento de Fadiga por Compaixão (Carvalho e Sá, 2011), que por outro lado pode ser aumentada pela exposição contínua ao sofrimento do outro, por memórias que provocam uma resposta emocional e pela interferência na vida do profissional (Carvalho & Sá, 2011; Sabo, 2011).

Outros fatores de risco têm sido associados à fadiga por compaixão, nomeadamente, características pessoais como a conscienciosidade, perfeccionismo, histórias de trauma, falta de suporte social, ansiedade, exigências de vida e ainda stressores organizacionais (Abendroth & Flannery, 2006; Sabo, 2011; Figley, 2002).

Os sintomas mais característicos associados à fadiga por compaixão são o reviver do evento traumático (*flashbacks*, sonhos, memórias), o evitamento do contacto com elementos que lembrem o acontecimento traumático (evitamento de pensamento/sentimentos, evitamento de situações, actividades ou locais, evitamentos sociais) e a persistência de sintomatologia ansiosa (Abendroth & Flannery, 2006; Sabo, 2011; Lago & Codo; 2010).

Este fenómeno de exaustão emergente da exposição ou proximidade a acontecimentos traumáticos dos doentes em sofrimento envolve um risco inerente de significativas mudanças emocionais, comportamentais e cognitivas nestes profissionais (Bride, Radey & Figley, 2007; Carvalho & Sá, 2011).

Apesar de ter sido estudada em diversos contextos, a fadiga por compaixão parece ser mais prevalente em profissionais de saúde e especificamente em enfermeiros (Carvalho & Sá, 2011; Hooper et al., 2010, Stamm, 2010, Yoder, 2010).

Por outro lado, a Satisfação por Compaixão refere-se a sentimentos de realização e satisfação pelo trabalho de prestação de cuidados aos outros e implica estar aberto e envolvido com o sofrimento do outro, envolvendo o desejo para aliviar tal sofrimento e oferecendo ao outro sentimentos de bondade, paciência, compreensão e uma atitude de não julgamento, reconhecendo que faz parte da condição humana errar (Lago & Codo, 2010; Stamm, 2010). De acordo com um estudo de meta-análise sobre a relação entre saúde e satisfação no trabalho, realizado por Faragher, Cass e Cooper (2005), verificaram-se correlações fortes negativas entre a satisfação no trabalho e os problemas psicológicos, mais especificamente com o *burnout*, baixa auto-estima, depressão e ansiedade. Deste modo, a satisfação por compaixão parece ser um factor que protege o profissional dos factores stressantes relacionados com o trabalho (Stamm, 2010). De facto, Neff (2003) sugere que a compaixão e conexão com os outros contribui de uma forma significativa para a saúde física e mental. Este bem-estar poderá ser explicado pelo facto de ajudar o outro ser um ato altamente prazeroso, uma vez que segundo um estudo de Moll, Krueger, Zahn, Pardini, Souza e Grafman (2006) as regiões cerebrais associadas ao prazer, ativadas quando se come chocolate ou se faz algo divertido eram igualmente ativadas quando um indivíduo oferecia dinheiro à caridade ou agia de forma compassiva. Deste modo, ser compassivo e ajudar os outros pode aumentar os níveis de felicidade e bem-estar do indivíduo que presta cuidados.

Em suma, ainda que potencialmente gratificante, o trabalho de prestação de cuidados pode, em determinadas circunstâncias, vulnerabilizar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de *burnout* e fadiga por compaixão, com efeitos debilitantes para o bem-estar do indivíduo que os experiencia e conseqüentemente para a qualidade dos cuidados prestados. Dada a elevada prevalência destes fenómenos nos enfermeiros, este estudo tem como principal objetivo explorar o *burnout* e fadiga por compaixão nesta população em Portugal, e explorar alguns processos psicológicos que se hipotetiza poderem contribuir, ou pelo contrário proteger, dos seus efeitos negativos, tais como empatia, regulação emocional, autocompaixão e

evitamento experiencial.

Método

Participantes

As características da amostra serão apresentadas em separado para a amostra de enfermeiros recolhida presencialmente e para a amostra recolhida *online*. Assim, a amostra de enfermeiros recolhidos presencialmente era composta por 196 enfermeiros, 162 mulheres (82.7%) e 25 homens (12.8%). Os sujeitos apresentaram idades compreendidas entre os 24 e 60 anos ($M = 37.44$; $DP = 9.34$), sendo que 105 participantes (53.6%) desempenharam as suas funções em serviços oncológicos e cuidados paliativos e 85 participantes noutros serviços (43.4%). Os sujeitos desempenham as suas funções numa média de 14.60 anos de serviço ($DP = 9.30$). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ($N = 109$; 55.6%).

A amostra de enfermeiros *online* era composta por 51 enfermeiros, 39 mulheres (76.5%) e 12 homens (23.5%), com idades compreendidas entre os 22 e 50 anos ($M = 34.50$; $DP = 7.83$), sendo que 7 participantes (13.7%) desempenharam funções nos serviços oncológicos e cuidados paliativos e 43 desempenharam funções noutros serviços (84.3%). As funções desempenhadas pelos participantes rondam uma média de 11.25 anos de serviço ($DP = 7.93$). No que concerne ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ($N = 24$; $DP = 47.1$).

Procedimento

A amostra do presente estudo foi recolhida através de duas formas. Inicialmente hospitais da região Norte e Centro de Portugal foram contactados e foram feitos requerimentos de autorização dirigidos aos Presidentes dos Conselhos de Administração e Enfermeiros Diretores dos vários centros hospitalares, explicando os objectivos do estudo e os procedimentos relativos à análise e divulgação dos dados. Após o consentimento dos mesmos, procedeu-se ao contacto com os enfermeiros-chefe que divulgaram o estudo pelos enfermeiros dos seus respectivos serviços. Com o propósito de aumentar a representatividade geográfica dos membros do estudo, também foi criada uma plataforma *online* com os mesmos instrumentos de medida, divulgada através de várias associações de enfermagem em Portugal. Desta forma, obtiveram-se 196 enfermeiros presencialmente e 51 enfermeiros que responderam aos questionários em formato *online*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras em algumas variáveis em estudo. Contudo, uma vez que não houve diferenças nas variáveis *Burnout*, Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão, optou-se por analisar os dados para as duas amostras em conjunto para o estudo dos pontos de corte da ProQOL5. Para as restantes análises a amostra *online* foi excluída.

A participação de cada sujeito foi voluntária e cada um forneceu o seu consentimento para participar no estudo. Foi garantida a confidencialidade e

anonimato dos dados recolhidos, sendo que ao nível da recolha presencial nos centros hospitalares os questionários foram entregues em envelopes selados. A abertura dos mesmos envelopes foi da exclusiva responsabilidade dos investigadores, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

Medidas

Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5, Professional Quality of Life Scale; Stamm, 2009; Versão Portuguesa aferida de Carvalho & Sá, 2011). O ProQOL5 é um instrumento de auto-resposta composto por 30 itens, que procuram avaliar os fenómenos de fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão em profissionais de saúde (Carvalho e Sá, 2011). Cada item da escala equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5, correspondendo a uma escala tipo Likert (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por Vezes; 4=Freqüentemente; 5=Muito Freqüentemente). Da análise factorial realizada pelos autores originais resultaram três sub-escalas que avaliam três fenómenos distintos: Satisfação por Compaixão (SC; ex.: "eu gosto do meu trabalho como cuidador(a)"), *Burnout* (BO; ex.: " Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como profissional de saúde") e Fadiga por Compaixão (FC; ex.: " Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que trato"; Stamm, 2009). O estudo de consistência interna da versão portuguesa de Carvalho e Sá (2011), para as subescalas Satisfação por Compaixão (SC), *Burnout* (BO) e Fadiga por Compaixão (FC) apresentou respectivamente valores de *alfa* de *Cronbach* (α) de .86, .71 e .83, sendo estes valores muito próximos dos obtidos na ProQOL5 original construída por Stamm (2009; α = .88, .75 e .81).

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21; *Depression Anxiety Stress Scale*; Lovibond e Lovibond, 1995; Tradução e adaptação de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). Este é um instrumento de auto-resposta que pretende avaliar os estados afectivos como a depressão (ex: "Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas"), a ansiedade (ex: "senti dificuldades em respirar") e o *stress* (ex: "Tive dificuldade em me acalmar"; Pais Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). No presente estudo, foi utilizada a versão portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* que contém 21 itens agrupados em três subescalas, nomeadamente, Ansiedade, Depressão e *Stress*, sendo cada uma delas constituída por sete itens. Cada item da escala remete para sintomas emocionais negativos, em que o sujeito identifica o seu estado emocional relativamente à sua última semana, assinalando numa escala de tipo *Likert*, uma das quatro opções de resposta (0 - "não se aplicou nada a mim", e 3 - "aplicou-se a mim a maior parte das vezes"; Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A consistência interna da versão original foi elevada, com valores de *alpha* de *Cronbach* de .81 para a dimensão depressão, de .83 para a dimensão ansiedade e de .81 para a dimensão *stress* (Lovibond & Lovibond, 1995). As subescalas pertencentes à versão portuguesa apresentam igualmente valores elevados de consistência interna com um *alpha* de *Cronbach* de .74 para a subescala de Ansiedade, .85 para a subescala de

Depressão e .81 para a subescala de Stress (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Questionário de Aceitação e Acção (AAQ-II; *Acceptance and Action Questionnaire*; Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz e Zettle, 2011; Tradução e Adaptação de Pinto Gouveia e Gregório, 2012). Este instrumento, traduzido e adaptado para a população portuguesa é constituído por sete itens que têm como objectivo avaliar o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica (ex: "As minhas experiências dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize"), componente central da Terapia da Aceitação e Compromisso.

As respostas são medidas numa escala tipo *Likert* de sete pontos (1- "nunca verdadeiro" a 7- "sempre verdadeiro") em que é pedido aos sujeitos a medida em que cada item é verdadeiro para eles. Resultados elevados na soma das pontuações dos itens indicam um maior evitamento experiencial.

O coeficiente *alpha* obtido versão em Português do AAQ-II (.90) é indicativo de uma excelente estimativa da consistência interna (Pinto Gouveia & Gregório, 2012), e muito semelhante ao valor *alpha* (.88) encontrado pelos autores originais de a escala (Bond et al., 2011).

Questionário de Regulação Emocional (ERQ; *Emotion Regulation Questionnaire*; Gross e John, 2003; Tradução e Adaptação de Dinis e Pinto Gouveia, 2007). Este questionário é constituído por 10 itens e permite avaliar duas estratégias de regulação emocional temporalmente distintas, de acordo com o momento em que tem o seu primeiro impacto no processo gerador das emoções: a reavaliação cognitiva e a supressão expressiva. A reavaliação cognitiva é uma estratégia de modificação cognitiva que antecede a resposta emocional (ex: "Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar"). Esta estratégia envolve a modificação do modo como o individuo pensa acerca de um acontecimento potencialmente lícitador de emoção, a fim de modificar o seu impacto ao nível emocional. A supressão expressiva, consiste numa estratégia de modelação da resposta, referindo-se a esforços efectuados com a emoção já em curso, após as tendências de resposta já terem sido iniciadas, envolvendo uma redução do comportamento emocional expressivo (ex: "Guardo as minhas emoções para mim próprio(a)"). As respostas são dadas de com uma escala de *Likert* de 7 pontos, variando entre 1 (discordo fortemente) e 7 ("concordo fortemente").

Na versão original foram encontrados valores de consistência interna de .79 relativamente à subescala de reavaliação cognitiva e de .73 relativamente à subescala de supressão expressiva (Gross e John, 2003).

Índice de Reactividade Interpessoal (IRI, *Interpersonal Reactivity Index*; Davis, 1980; Tradução e Adaptação de Limpo, Alves, Castro, 2010). A versão portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal (IRI) é composto por 24 itens, respondidos numa escala de *Likert* de cinco pontos, variando de "0 - Não me descreve bem" a "4 - Descreve-me muito bem".

A partir de uma análise factorial exploratória foram identificados quatro factores, de acordo com os quais foram definidas quatro subescalas, cada uma constituída por seis itens: Tomada de Perspectiva (tendência para

adoptar os pontos de vista do outro) (ex: "Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão"), Preocupação Empática (capacidade para experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro) (ex: "Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu"), Desconforto Pessoal (avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos) (ex: "Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo(a)"), e Fantasia (propensão da pessoa para se colocar em situações fictícias) (ex: "Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance"). A dimensão cognitiva da empatia é apreciada através da tomada de perspectiva, e a dimensão afectiva pelas restantes subescalas.

Estudos sobre o IRI original e versões adaptadas noutras línguas confirmaram a estruturação nas quatro subescalas e revelaram uma consistência interna adequada. Relativamente à versão portuguesa, foram obtidos valores *alpha* de .74, .77, .81, .83, para as subescalas Tomada de Perspectiva, Preocupação empática, Desconforto Pessoal e Fantasia, respectivamente (Limpo, Alves & Castro, 2010).

Escala de Autocompaixão (SCS, *Self Compassion Scale*; Neff, 2003; Tradução e Adaptação de Castilho e Pinto Gouveia, 2011). A Escala de Autocompaixão é um instrumento de auto-relato composto por 26 itens, com as opções de resposta dispostas numa escala de tipo *Likert*, variando entre um e cinco pontos (Quase nunca=1, Raramente=2, Algumas vezes=3, Muitas vezes=4 e Quase sempre=5). A presente escala é constituída por seis subescalas, nomeadamente, Bondade/Calor/Compreensão (ex: "Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade e que não gosto"), Autojulgamento/Autocrítica (ex: "Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações"), Humanidade Comum (ex: "Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana"), Isolamento (ex: "Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo"), *Mindfulness* (ex: "Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação") e Sobre-identificação (ex: "Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado").

A versão inglesa original da escala revelou uma elevada consistência interna com um valor de *alpha* de *Cronbach* de .92 para o total da escala (Neff, 2003). Relativamente à versão portuguesa, foi obtido um valor de consistência interna de .89 para o total da escala, .84 para a subescala de Calor/Compreensão, .82 para a subescala Autojulgamento, .77 para a subescala Condição Humana, .75 para a subescala Isolamento, .73 para a subescala *Mindfulness* e finalmente .78 para a subescala Sobre-identificação.

Resultados

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo

As médias, desvios-padrão, medidas de dispersão e consistência interna das variáveis em estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1.

Médias, Dévios-Padrão, Assimetria, Curtose e Alfa de Cronbach (α) nas Variáveis em Estudo (N = 196)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	α
Satisfação por Compaixão	38.00	4.75	-.25	.30	.81
<i>Burnout</i>	24.46	4.76	-.04	.16	.72
Fadiga por Compaixão	24.92	4.39	.19	.60	.68
Depressão	2.70	2.70	1.49	2.44	.80
Ansiedade	1.88	2.57	2.14	5.83	.81
Stress	4.95	3.51	.77	.17	.86
Evitamento Experiencial	16.27	7.19	.83	.61	.91
Regulação Emocional					
Reavaliação Cognitiva	27.79	6.16	-.37	.28	.83
Supressão Expressiva	13.84	4.45	-.09	-.69	.72
Empatia					
Tomada de Perspectiva	16.10	2.97	-.21	.178	.69
Preocupação empática	16.98	3.29	.02	.04	.69
Desconforto Pessoal	9.21	3.80	.07	-.11	.75
Fantasia	13.14	4.45	.20	-.42	.79
Autocompaixão					
Bondade	15.17	3.18	-.06	.69	.81
Autojulgamento	13.89	3.50	.18	.99	.79
Humanidade Comum	12.95	2.55	-.13	.07	.69
Isolamento	10.48	2.92	.27	.55	.80
<i>Mindfulness</i>	13.23	2.45	.01	.90	.77
Sobre-identificação	10.80	2.92	.42	.35	.79
Aucompaixão Total	84.40	12.11	-.29	1.19	.79

Relativamente às estatísticas descritivas das variáveis em estudo verificou-se que as medidas possuem boa consistência interna e uma distribuição normal. Contudo, a ansiedade e a depressão foram as variáveis com uma distribuição mais afastada da normalidade, o que pode ser explicado por não ser uma amostra clínica e portanto os sujeitos pontuaram pouco em termos da presença de sintomas depressivos e ansiosos. Ainda

assim, os valores estavam abaixo do limite considerado de extrema violação do pressuposto da normalidade (Kline, 2005).

Pontos de Corte da ProQOL5 na Amostra

Inicialmente, os valores brutos obtidos nos factores Satisfação por Compaixão (SC), *Burnout* (BO) e Fadiga por Compaixão (FC) da ProQOL5, foram convertidos em *Zscores*, ou seja, subtraiu-se a pontuação bruta de cada factor com a respectiva média, e dividiu-se pelo desvio padrão correspondente. Estes *Zscores*, por sua vez, foram convertidos em *tscores*, multiplicando a pontuação bruta de cada factor por um desvio padrão de 10, somando a esse total uma média padronizada de 50. Este procedimento permite estabelecer comparações entre os valores dos três fenómenos e comparar os valores obtidos da ProQOL5 noutros estudos.

Pontos de corte da ProQOL5.

Utilizando a divisão em quartis (Percentis 25, 50 e 75) foi possível verificar que os pontos de corte para SC, BO e FC obtidos na presente amostra, revelaram semelhanças consideráveis com a versão original (Stamm, 2009) e com a versão Portuguesa da ProQOL5 (Carvalho e Sá, 2011), tal como se pode verificar nas Tabelas 2 e 3. Os pontos de corte obtidos na presente amostra podem ser consultados na tabela 4.

Tabela 2.

Pontos de Corte da ProQOL5 na Versão Original

		<i>tscoreSC</i>	<i>tscoreBO</i>	<i>tscoreFC</i>
Percentis	25	44	43	42
	50	50	50	50
	75	57	56	56

Tabela 3.

Pontos de Corte da ProQOL5 na Versão Portuguesa

		<i>tscoreSC</i>	<i>tscoreBO</i>	<i>tscoreFC</i>
Percentis	25	44	42	41
	50	50	50	49
	75	59	56	57

Tabela 4.

Pontos de Corte da ProQOL5 no Presente Estudo

		<i>tscoreSC</i>	<i>tscoreBO</i>	<i>tscoreFC</i>
Percentis	25	43.84	42.95	43.73
	50	49.66	50.64	50.08
	75	56.93	56.40	56.42

Frequências e percentagens de SC, BO e FC na amostra.

Analisando os *scores* obtidos individualmente de SC, BO e FC, após a retroversão dos valores primários em *tscores*, como mencionado

anteriormente, e comparando-os com os pontos de corte estipulados por Stamm (2010), foi possível verificar que 70.5% dos sujeitos da amostra apresentaram níveis médios a altos de Satisfação por Compaixão ($N = 172$), 74.3% revelaram níveis médios a altos de *Burnout* ($N = 179$) e por fim, 67.6% dos participantes apresentaram níveis médios a altos de Fadiga por Compaixão ($N = 165$). Acresce que uma percentagem considerável de enfermeiros reporta níveis elevados de *Burnout* (26.6%) e Fadiga por Compaixão (29.1%; Tabela 5).

Tabela 5.
Frequências e Percentagem de SC, BO e STS

	Nível	<i>N</i>	%
SC	Baixo	72	29.5
	Médio	111	45.5
	Alto	61	25.0
BO	Baixo	62	25.7
	Médio	115	47.7
	Alto	64	26.6
FC	Baixo	79	32.4
	Médio	94	38.5
	Alto	71	29.1

Nota. SC = Satisfação por Compaixão; BO = *Burnout*; FC = Fadiga por Compaixão

Relação entre SC, BO e FC e variáveis sociodemográficas

Procurou-se também compreender se existiam diferenças significativas nas dimensões da ProQOL5 (SC, BO e FC) tendo em conta diferentes variáveis sociodemográficas, tais como o género, idade, estado civil, o serviço (grupo oncológico ou outros serviços) e anos de serviço do profissional de saúde. A variável idade foi reconfigurada em dois grupos (< 35 ; ≥ 35) tendo em conta a idade média da amostra, bem como os Anos de Serviço (< 10.50 ; ≥ 10.50). Para o cálculo das diferenças entre as médias de SC, BO e FC para as variáveis género, idade, serviço e anos de serviço recorreu-se ao teste *t* de *Student* e para a variável estado civil recorreu-se à Análise Univariada da Variância (ANOVA).

Relativamente à variável género, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens na presente amostra, apenas nos valores médios de Satisfação por Compaixão (SC), $t(182) = 2.76$, $p = .006$. Verificou-se que as mulheres revelaram uma maior média na pontuação de Satisfação por Compaixão ($M = 38.30$; $DP = 4.42$) comparativamente aos homens ($M = 35.56$; $DP = 5.76$), sugerindo que estas evidenciaram maior prevalência do sentimento de ser capaz de desempenhar eficazmente o trabalho e uma maior satisfação de cuidar do outro que está a sofrer. Estes dados podem ser consultados na Tabela 6.

Tabela 6.
Diferenças entre Homens e Mulheres nas Variáveis do ProQOL5

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
SC	35.56	5.76	38.30	4.42	2.76	.006**
BO	24.68	4.78	24.50	4.78	-.18	.86
FC	24.20	4.37	25.09	4.46	.34	.35

Nota. ***p* < .01

No que concerne às restantes variáveis, como a Idade, Estado Civil, Serviço onde trabalha e Anos de Serviço, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias das pontuações de SC, BO e FC, tal como aconteceu nos estudos de Carvalho e Sá (2011) e Stamm (2010).

Relação entre SC, BO e FC, processos psicológicos e sintomas psicopatológicos

Procurou-se também compreender as relações entre as três dimensões da ProQOL5, mais especificamente, entre a Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Fadiga por Compaixão e sintomas psicopatológicos, nomeadamente, Depressão, Ansiedade e *Stress* e vários processos psicológicos, tais como, Evitamento Experiencial, Regulação Emocional, Empatia e Autocompaixão. Pretendeu-se deste modo, verificar quais as variáveis fortemente associadas à SC, BO e FC. Os resultados dos Coeficientes de Correlação de *Pearson* estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7.
Coeficientes de Correlação de *Pearson* entre as variáveis do PROQOL-5 e as Restantes Variáveis em Estudo (N=196)

	SC	BO	FC
Depressão	-.26**	.49**	.24**
Ansiedade	-.08	.32**	.41**
Stress	-.11	.43**	.40**
Evitamento Experiencial	-.14*	.38**	.41**
Regulação Emocional			
Reavaliação Cognitiva	.23**	-.13	-.08
Supressão Expressiva	-.01	.10	.17*
Empatia			
Tomada de Perspectiva	.39**	-.21*	-.01
Preocupação Empática	.48**	-.16*	.23**
Desconforto Pessoal	-.19**	.16*	.19**
Fantasia	.12	-.07	.10
Autocompaixão			

Bondade	.37**	-.34**	-.01
Autojulgamento	-.11	.41**	.40**
Humanidade Comum	.35**	-.17*	-.11
Isolamento	-.13	.34*	.32**
<i>Mindfulness</i>	.47**	-.42**	-.10
Sobre-identificação	-.04	.31**	.38**
Autocompaixão total	.34**	-.47**	-.26**

Nota. * $p < .05$

** $p < .01$

Através da análise dos dados obtidos verificou-se que a maiores níveis de Satisfação por Compaixão estão associados uma maior capacidade de regulação emocional, ou seja, uma maior utilização de estratégias de Reavaliação Cognitiva que permitem ao indivíduo a modificação do seu pensamento a fim de diminuir o impacto emocional, uma maior capacidade para adotar a posição ou a perspectiva do outro, maiores níveis de preocupação e compreensão pelo sofrimento do outro, e por fim, maiores níveis de autocompaixão (bondade, humanidade comum e *mindfulness*). Por outro lado, menores níveis de Satisfação por Compaixão estão associados a maiores níveis de sintomatologia depressiva, a uma maior inflexibilidade psicológica associada ao evitamento experiencial e a maiores níveis de desconforto pessoal.

Relativamente ao *burnout*, foi possível observar que a maiores níveis deste fenómeno estão associados maiores níveis de sintomas psicopatológicos, tais como, depressão, ansiedade e *stress*, e processos psicológicos como o evitamento de pensamentos, memórias, emoções e sentimentos considerados como desagradáveis e perturbadores, desconforto pessoal e ausência de autocompaixão (autojulgamento, isolamento e sobre-identificação). Por outro lado, os dados demonstraram que a baixos níveis de *burnout* estão associados maiores níveis de empatia (preocupação empática e tomada de perspectiva) e autocompaixão (bondade, humanidade comum e *mindfulness*).

Por fim, os resultados obtidos demonstraram que a elevados níveis de Fadiga por Compaixão estão associados maiores níveis de sintomas psicopatológicos como depressão, ansiedade e *stress*. Para além disto, observou-se que elevados níveis de fadiga por compaixão estão também associados à não aceitação de experiências internas consideradas como perturbadoras (evitamento experiencial), a elevados níveis de desconforto pessoal quando em contacto com contextos interpessoais stressantes, e ao mesmo tempo à elevada preocupação empática pelo outro. Os resultados também demonstraram que elevados níveis de fadiga por compaixão estão associados a dificuldades na capacidade de regulação emocional e portanto, a maiores níveis de supressão expressiva e à ausência de autocompaixão (julgamento, isolamento e sobre-identificação). Por outro lado, verificou-se que baixos níveis de fadiga por compaixão estão associados a elevados níveis de autocompaixão.

Em suma, os dados permitiram demonstrar que indivíduos com elevados níveis de *burnout* e fadiga por compaixão revelaram maiores níveis de sintomas psicopatológicos, maiores níveis de evitamento experiencial, desconforto pessoal e baixa capacidade de regulação emocional no caso da fadiga por compaixão. A elevada preocupação empática revelou estar positiva e significativamente associada por um lado a elevados níveis de fadiga por compaixão e por outro, a elevados níveis de satisfação por compaixão e baixos níveis de *burnout*. Por outro lado, elevados níveis de autocompaixão, maior capacidade empática e regulação emocional, revelaram uma associação com elevados níveis de satisfação por compaixão.

Fatores preditores de SC, BO e FC

A fim de perceber de que forma as variáveis em estudo (variáveis independentes) contribuiriam diferencialmente para a explicação da Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Fadiga por Compaixão (variáveis dependentes), procedeu-se a Regressões Múltiplas univariadas, com o método *Enter*.

Burnout

Numa primeira regressão, onde foram incluídas todas as variáveis em estudo como variáveis independentes, verificou-se que algumas não prediziam significativamente ($p < .05$) o *burnout*. Especificamente, apenas as variáveis Preocupação Empática, Autojulgamento, *Mindfulness* e Depressão. Contudo, uma análise aos pressupostos revelou a existência de elevada colinearidade entre o Evitamento Experiencial e a Depressão, sugerindo que estas variáveis não podem ser incluídas no modelo simultaneamente, e o que pode explicar o facto do Evitamento Experiencial não ter sido um preditor significativo no modelo. Nesse sentido, foi conduzida uma segunda regressão múltipla onde foram apenas incluídas como predictoras as variáveis que se revelaram significativas, e o Evitamento Experiencial. Para avaliar o efeito independente do Evitamento Experiencial e da Depressão, optou-se por fazer uma regressão por blocos, em que a Depressão foi apenas inserida no segundo bloco.

No seu conjunto o modelo 1 explica 33% da variância do *burnout*. A inclusão da Depressão no modelo 2 aumenta a explicação do modelo para 39%. Ambos os modelos foram estatisticamente significativos, $F(4,182) = 21.90$, $p < .001$ para o modelo 1 e $F(5,181) = 22.64$, $p < .001$ para o modelo 2. Os resultados sugerem que no modelo 1o melhor preditor do *Burnout* foi o autojulgamento ($\beta = .30$), enquanto que no modelo 2 foi a Depressão ($\beta = .32$). Os valores para as restantes variáveis no modelo estão descritos na Tabela 8. De uma forma geral, os dados sugerem que, por um lado, o aumento do Evitamento Experiencial, de autojulgamento e sintomas depressivos, e por outro, a diminuição de preocupação empática e *mindfulness*, se reflectem significativamente num aumento do *Burnout*. Por fim, não se verificou nenhuma violação aos pressupostos inerentes à regressão múltipla.

Tabela 8.

Regressão Linear Múltipla com as Variáveis em Estudo a Predizer o Burnout (N = 187)

	β	t	p	Tolerância	V.I.F.
Bloco 1					
Constante		11.64	<.001		
Evitamento Experiencial	.15	2.09	.04	.70	1.42
Preocupação Empática	-.20	-3.13	.002	.94	1.07
Autojulgamento	.30	4.24	<.001	.74	1.35
<i>Mindfulness</i>	-.27	-4.15	<.001	.85	1.18
Bloco 2					
Constante		12.10	<.001		
Evitamento Experiencial	-.01	-.11	.91	.54	1.84
Preocupação Empática	-.15	-2.49	.01	.91	1.10
Autojulgamento	.24	3.52	.001	.72	1.40
<i>Mindfulness</i>	-.26	-4.10	<.001	.85	1.18
Depressão	.32	4.19	<.001	.60	1.66

Nota. V.I.F. = *Variance inflation factor*; V.I.F. > 10 e Tolerância < .1 indica problemas de multicolinearidade.

Fadiga por Compaixão

Num primeiro momento, foi realizada uma regressão onde se incluíram todas as variáveis independentes em estudo e observou-se que nem todas prediziam significativamente a fadiga por compaixão ($p < .05$). Apenas se verificou que as variáveis Evitamento Experiencial, Tomada de Perspectiva, Preocupação Empática, Bondade e Autojulgamento prediziam significativamente a fadiga por compaixão. Assim, foi realizada uma segunda regressão múltipla que incluiu apenas as variáveis significativas e a ansiedade e *stress*. Para avaliar o efeito independente da ansiedade e *stress* realizou-se uma regressão por blocos, em que a ansiedade e o *stress* foram apenas incluídos no segundo bloco.

No geral, o modelo 1 explica 53% da fadiga por compaixão. Contudo, ao incluir a ansiedade e *stress* no modelo 2, a explicação do modelo aumenta para 58%. O modelo 1 revelou $F(4,184) = 14.07$, $p < .001$ e o modelo 2 $F(7,182) = 12.97$, $p < .001$, sendo ambos estatisticamente significativos. Analisando os dados obtidos, verificou-se que o melhor preditor da fadiga por compaixão foi o evitamento experiencial e autojulgamento ($\beta = .29$) no modelo 1 e a ansiedade e preocupação empática no modelo 2 ($\beta = .24$). Os resultados referentes às restantes variáveis no modelo estão descritos na Tabela 9. Em suma, os resultados sugerem que o aumento do evitamento experiencial, da preocupação empática, autojulgamento, bondade e ansiedade, bem como baixa tomada de perspectiva refletem significativamente um aumento de fadiga por compaixão. Finalizando, não se verificou qualquer violação aos pressupostos referentes à regressão múltipla.

Tabela 9.
Regressão Linear Múltipla com as Variáveis em Estudo a Predizer a Fadiga por Compaixão (N = 190)

	β	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerância	V.I.F.
Bloco 1					
Constante		4.70	<.001		
Evitamento Experiencial	.29	4.04	<.001	.74	1.35
Tomada de Perspectiva	-.14	-1.84	.07	.73	1.38
Preocupação Empática	.21	2.87	.01	.76	1.31
Bondade	.20	2.85	.01	.79	1.26
Autojulgamento	.29	3.90	<.001	.73	1.38
Bloco 2					
Constante		5.23	<.001		
Evitamento Experiencial	.15	1.76	.08	.53	1.88
Tomada de Perspectiva	-.15	-2.15	.03	.71	1.40
Preocupação Empática	.24	3.45	.001	.75	1.33
Bondade	.20	2.89	.004	.77	1.30
Autojulgamento	.23	3.06	.003	.68	1.48
Ansiedade	.24	2.87	.01	.54	1.84
Stress	.09	.89	.37	.40	2.50

Nota. V.I.F. = Variance inflation factor; V.I.F. > 10 e Tolerância < .1 indica problemas de multicolinearidade.

Satisfação por Compaixão

Numa regressão inicial foram incluídas todas as variáveis em estudo, no entanto algumas delas não prediziam significativamente a satisfação por compaixão. Assim, apenas as variáveis Preocupação Empática, Bondade e *Mindfulness* revelaram predizer significativamente a Satisfação por Compaixão. Posteriormente foi conduzida uma regressão múltipla englobando apenas as variáveis que se relevaram significativas e a depressão e *stress*.

Deste modo, o modelo 1 explicou 65% da fadiga por compaixão, enquanto que o modelo 2 explicou 66%, surgindo que a inclusão da depressão e *Stress* no modelo 2 aumenta a explicação do modelo. Ambos os modelos revelaram-se estatisticamente significativos, $F(3,183) = 44.34$, $p < .001$ para o modelo 1 e $F(5,181) = 28.01$, $p < .001$ para o modelo 2. Relativamente ao modelo 1, os resultados sugerem que a Preocupação Empática ($\beta = .44$) foi o melhor preditor, sendo que no modelo 2 o mesmo se mantém ($\beta = .42$). Os valores referentes às restantes variáveis do modelo, poderão ser consultados na Tabela 10. Assim, de uma forma geral, os dados mostram que o aumento de Preocupação Empática, Bondade, *Mindfulness* e a diminuição de sintomatologia depressiva sugerem um aumento significativo de Satisfação por Compaixão. Relativamente aos pressupostos inerentes à regressão múltipla, não se verificou qualquer violação.

Tabela 10.

Regressão Linear Múltipla com as Variáveis em Estudo a Predizer a Satisfação por Compaixão (N = 187)

	β	t	p	Tolerância	V.I.F.
Bloco 1					
Constante		8.49	<.001		
Preocupação Empática	.44	7.69	<.001	.98	1.02
Bondade	.17	2.36	.02	.61	1.65
<i>Mindfulness</i>	.31	4.24	<.001	.60	1.67
Bloco 2					
Constante		8.43	<.001		
Preocupação Empática	.42	7.40	<.001	.96	1.05
Bondade	.15	2.05	.04	.58	1.74
<i>Mindfulness</i>	.30	4.13	<.001	.60	1.68
<i>Stress</i>	.10	1.29	.20	.48	2.10
Depressão	-.18	-2.20	.03	.47	2.12

Nota. V.I.F. = *Variance inflation factor*; V.I.F. > 10 e Tolerância < .1 indica problemas de multicolinearidade.

Mediação entre Preocupação Empática e Fadiga por Compaixão

Os resultados encontrados apontam para a existência de uma relação positiva significativa entre a preocupação empática, ou seja, a capacidade para experienciar sentimentos de preocupação e compaixão pelo outro, e a fadiga por compaixão. Este dado, ainda que aparentemente contraditório, vai de encontro a outros estudos que têm apontado a empatia como um dos principais fatores para o desenvolvimento da fadiga por compaixão. Contudo, não existem estudos até à data que tenham procurado explorar que processos psicológicos podem contribuir para a explicação da relação entre empatia e fadiga por compaixão. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo explorar os processos mediadores da relação entre preocupação empática e fadiga por compaixão, hipotetizando o papel da sobre-identificação com pensamentos e emoções negativas. Esta hipótese baseia-se no facto da Preocupação Empática se correlacionar positivamente com a sobre-identificação ($r = .22^{**}$).

Para testar os modelos mediacionais recorreu-se a uma *Path Analysis* através do software de equações estruturais AMOS. Inicialmente, os *missing values* foram imputados através do método de regressão. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada através do método da máxima verosimilhança. A existência de *outliers* foi analisada através da distância quadrada de *Mahalanobis*, e a normalidade das variáveis foi testada através das medidas de dispersão assimetria e curtose. Acrescenta-se que nenhuma variável apresentou violação ao pressuposto da normalidade, uma vez que os valores de assimetria e curtose estavam dentro dos limites considerados aceitáveis. Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos diretos e indiretos com $p < .05$.

O modelo explicou 17% da variabilidade da Fadiga por Compaixão.

As trajetórias revelaram-se positivas e estatisticamente significativas. A Preocupação Empática revelou um efeito total de .23 na variável Fadiga por Compaixão, apresentando um efeito direto de .15 e um efeito indireto mediado pela variável Sobre-identificação de .08. A partir do método de reamostragem *Bootstrap* verificou-se que este efeito indireto foi estatisticamente diferente de zero, $p = .005$, 95% IC [0.020; 0.158]. A Sobre-identificação explicou 35% do efeito total da Preocupação Empática na Fadiga por Compaixão.

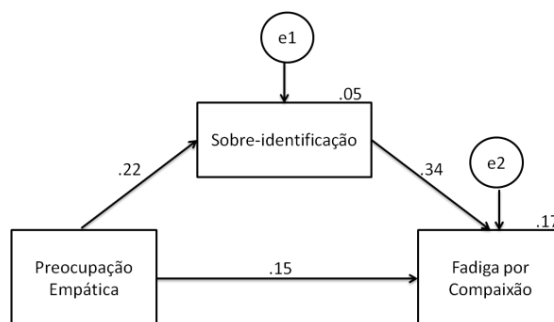


Figura 1. Modelo mediacional da Sobre-Identificação na relação entre Preocupação Empática e Fadiga por Compaixão.

Discussão

O *stress* ocupacional é hoje em dia um tema central de debate e investigação. Este fenómeno pode ter um impacto negativo tanto no bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos doentes e, nesse sentido, tem-se verificado um crescente número de estudos sobre fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão em enfermeiros (Carvalho & Sá, 2011; Hooper et al., 2010; Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007; Stamm, 2010). Apesar deste facto, ainda há uma escassez de estudos que estabeleçam as relações entre estes fenómenos e variáveis psicológicas. Assim, é neste domínio que o presente estudo pode ser enquadrado, procurando avaliar a prevalência destes fenómenos numa amostra de enfermeiros portugueses, e tentando identificar alguns fatores de risco associados e fatores promotores de saúde e bem-estar nestes profissionais.

Os resultados do presente estudo sugerem que os pontos de corte obtidos para as pontuações das três subescalas da ProQOL5 revelaram-se semelhantes aos obtidos pelos autores da versão original (Stamm, 2010) e da versão portuguesa (Carvalho & Sá, 2011). Verificou-se que 74.3% dos sujeitos da presente amostra apresentaram níveis médios a altos de *Burnout* ($N = 179$), 67.6% dos participantes apresentaram níveis médios a altos de Fadiga por Compaixão ($N = 165$) e por fim, 70.5% níveis médios a altos de Satisfação por Compaixão ($N = 172$). Estes resultados obtidos em enfermeiros de oncologia, cuidados paliativos e outros serviços hospitalares são semelhantes aos resultados obtidos no estudo de Hooper et al. (2010) com enfermeiros do departamento de emergência, demonstrando que 82% dos enfermeiros apresentaram níveis moderados a altos de *burnout*, 86%

níveis médios a altos de fadiga por compaixão e 76% níveis médios a altos de satisfação por compaixão. A prevalência de fenómenos como *burnout* e fadiga por compaixão tem vindo a ser demonstrada em enfermeiros, dado que estes profissionais estão frequentemente sujeitos a um contexto stressante, podendo comprometer a sua saúde mental e física, bem como o seu bem-estar no geral (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010; Hooper et al., 2010; Yoder, 2010).

Procurou-se ainda explorar a relação entre fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão com várias variáveis sociodemográficas. Os resultados demonstraram apenas diferenças significativas para o género na satisfação por compaixão, sendo as mulheres quem revelou uma maior pontuação média. Estes dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que os enfermeiros estão sub-representados na presente amostra comparativamente às enfermeiras. Os resultados reportados na literatura relativamente à influência de variáveis sociodemográficas nestes fenómenos têm sido contraditórios. Por exemplo, nos estudos de Carvalho e Sá (2011) e Stamm (2010), não foram encontradas diferenças significativas na fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão consoante variáveis sociodemográficas como género, idade e tempo total da atividade. Por outro lado, outros estudos têm sugerido uma maior prevalência de *burnout* e baixos níveis de satisfação por compaixão nas mulheres (Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Silva & Gomes, 2009). Ainda, parece também existir uma associação entre idade e anos de serviço e o *stress* e *burnout* em enfermeiros, sendo que elevados níveis de *burnout* parecem estar associados a profissionais com idades inferiores a trinta anos e em início de carreira (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter 2008; Hyman et al., 2011). Por fim, vários estudos revelaram uma maior prevalência de *stress* e *burnout* em serviços como oncologia, cuidados intensivos, medicina e profissionais de saúde mental (Barrett & Yates, 2002; Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay, 2007; Hooper et al., 2010) quando comparados com outros serviços, um dado que também não foi confirmado no presente estudo.

Para além disso, este estudo aponta também para a existência de uma estreita relação entre *burnout* e fadiga por compaixão e sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Especificamente, verificou-se que o *burnout* parece estar particularmente associado a sintomas depressivos, sendo que a depressão se revelou o seu melhor preditor. Por outro lado, a fadiga por compaixão parece estar mais associada com sintomas de ansiedade e *stress*, verificando-se que ansiedade revelou ser o seu melhor preditor. A relação entre *burnout* e depressão tem sido consistentemente reportada na literatura (e.g., Murcho, Jesus & Pacheco, 2009; Iacovides et al., 2003). Também Maslach (2003) refere que o termo *burnout* tem sido usado para descrever um elevado grau de insatisfação causado pelo *stress*, fadiga e depressão. A elevada associação encontrada no presente estudo pode sugerir que, ainda que sendo fenómenos psicológicos diferentes, poderá existir uma considerável sobreposição nos sintomas que os caracterizam. Por outro lado, uma vez que a fadiga por compaixão também tem sido definida como uma

resposta secundária de *stress* traumático, e portanto comportando sintomas como hiperativação, *flashbacks*, evitamento de pensamentos/sentimentos, de locais ou situações sociais, tal pode explicar a maior associação encontrada com sintomas ansiosos (Abendroth e Flannery, 2006; Sabo, 2011; Lago e Codo; 2010). Pelo contrário, a satisfação por compaixão revelou ser melhor explicada por baixos níveis de sintomatologia depressiva. Também a literatura aponta que elevados níveis de satisfação são melhor explicados pela ausência de sintomatologia depressiva (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

A ausência de autocompaixão revelou estar associada ao *burnout* e fadiga por compaixão. Os resultados sugerem que os fenómenos de fadiga por compaixão e *burnout*, estão associados a atitudes de autojulgamento, isolamento e sobre-identificação. Estes fatores envolvem sentimentos e atitudes negativas que poderão levar ao surgimento de sintomatologia relacionada com *burnout* e fadiga por compaixão e uma menor satisfação profissional. De facto, segundo Neff (2003), indivíduos com baixos níveis de autocompaixão revelam pior saúde mental do que indivíduos com elevada autocompaixão, tais como, problemas relacionados com ansiedade e depressão, uma vez que as suas experiências de falha e medo são amplificadas e perpetuadas através de autojulgamento (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982), sentimentos de isolamento (Wood, Saltzberg, Neale, & Stone, 1990), ou sobre-identificação de pensamentos e emoções negativas (Nolen-Hoeksema, 1991). Por outro lado, elevados níveis de autocompaixão parecem predizer baixos níveis de *burnout* e fadiga por compaixão (Boellinghaus, Fergal, Jones e Hutton, 2012). No entanto, também se verificou que a fadiga por compaixão é melhor explicada por elevados níveis de bondade. Este resultado poderá ser interpretado no sentido em que os indivíduos mais auto-bondosos, e portanto, mais autocompassivos também são aqueles que são mais compassivos com os outros (Neff, 2003), e deste modo, ser compassivo pelos outros, ou pelo menos empático (Figley, 1995), pode levar ao desenvolvimento de fadiga por compaixão.

No presente estudo a autocompaixão revelou uma forte associação positiva com a satisfação por compaixão, verificando-se que o *Mindfulness*, Bondade e Humanidade Comum são fatores associados a uma maior satisfação profissional. Deste modo, ter compaixão pelo próprio pode originar comportamentos proactivos destinados à promoção e manutenção do bem-estar (Neff, 2003). Assim, tal como a vasta literatura tem sugerido, também neste estudo a autocompaixão, ou falta dela, está associada a sintomas negativos, neste caso específico de *burnout* e fadiga por compaixão (Boellinghaus, Fergal, Jones e Hutton, 2012; Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007).

Para além disto os dados também sugerem que elevados níveis de *burnout* e fadiga por compaixão estão associados a uma baixa capacidade de regulação emocional. Estes dados são suportados pela literatura uma vez que a baixa capacidade de regulação emocional, envolvendo a supressão de pensamentos, sentimentos e emoções parece estar associada a emoções

negativas, a um pior funcionamento interpessoal e à ausência de bem-estar e satisfação (Gross & Jonh. 2003). Do mesmo modo, outro estudo demonstrou que a baixa capacidade de regulação emocional está associada ao afeto negativo, elevada exaustão emocional, *burnout* e falta de satisfação profissional (Brackett, Palomera, Mojsa-Kaja, Reyes & Salovey, 2010).

Por outro lado, a Satisfação por Compaixão revelou no presente estudo uma associação positiva com a regulação emocional. A capacidade de regulação emocional é um componente central da inteligência emocional e refere-se à capacidade para regular tanto os próprios estados emocionais como os dos outros. Deste modo, indivíduos com elevada capacidade de regulação emocional apresentam um vasto repertório de estratégias para manter as emoções desejáveis e modificar ou reduzir as emoções perturbadoras no próprio ou no outro (Gross & Jonh, 2003). O estudo de Brackett et al. (2010) aponta que os indivíduos com elevada capacidade de regulação emocional sentem elevada satisfação e realização profissionais, uma vez que a capacidade de regulação emocional parece contribuir para o estabelecimento de interações calorosas e de cuidado, para a capacidade de lidar eficazmente com os problemas dos outros e ainda para a criação de um ambiente relaxante no local de trabalho, na medida em que aumenta as emoções positivas e diminui possíveis situações de conflitos e tensão. Em suma, e de acordo com Gross (1998), a reavaliação cognitiva, a aceitação e práticas de *mindfulness* são estratégias úteis para gerir emoções perturbadoras, ao passo que a supressão e a ruminação são pouco eficazes, pois exigem um gasto elevado de recursos cognitivos e servem para manter as emoções e sentimentos negativos, reduzindo desta forma a capacidade para lidar com situações ou emoções considerados como perturbadores.

No que concerne ao evitamento experiencial, este processo também revelou uma elevada associação com ambos os fenómenos de *burnout* e fadiga por compaixão. De facto, indivíduos que apresentam elevado evitamento experiencial tendem adotar estratégias inflexíveis como o autojulgamento, ruminação e supressão emocional, e conseqüentemente apresentam maiores níveis de psicopatologia, incluindo perturbações relacionadas com a ansiedade, depressão (Kashdan, Barrios, Forysth & Steger, 2006).

Por outro lado, a satisfação por compaixão revelou uma associação com baixos níveis de Evitamento Experiencial. De facto, estudos mostram que a utilização de estratégias de aceitação e reavaliação cognitiva funcionam como uma forma contrária ao evitamento experiencial, e deste modo estão relacionadas com baixos índices de sofrimento psicológico e comprometimento social e portanto, maior flexibilidade psicológica, bem-estar e satisfação (Jonh & Gross, 2004; Pinto Gouveia, Gregório, Dinis & Xavier, 2012; Kashdan, Barrios, Forysth & Steger, 2006). Assim, indivíduos que apresentam baixos níveis de evitamento experiencial adotam mais estratégias de *mindful*, atitudes de não julgamento e revelam uma maior satisfação e bem-estar (Kashdan, Barrios, Forysth & Steger, 2006).

Um dos principais objetivos deste estudo era também perceber de que forma a capacidade empática em enfermeiros poderia contribuir para a

experiência de *burnout* e fadiga por compaixão e, por outro lado, para a satisfação. Os resultados obtidos sugerem que, se por um lado os indivíduos mais empáticos parecem retirar mais satisfação da prestação de cuidados aos outros e experienciar menos sintomas de *burnout*, por outro a sua preocupação empática também parece ser um facto de risco para a fadiga por compaixão. Também de acordo com a literatura, a capacidade empática que leva o profissional a agir e ajudar o outro, pode ao mesmo tempo colocar em risco o seu bem-estar, podendo levar à exaustão (Figley, 1995, Lago e Codo, 2010). Assim, procurou-se explorar a relação entre a experiência de empatia e fadiga por compaixão, hipotetizando que a sobre-identificação com emoções e pensamento negativos poderia ser um mediador nesta relação.

Os resultados obtidos sugerem que parte da relação entre a preocupação empática e a fadiga por compaixão pode ser explicada pela existência de sobre-identificação. Por outras palavras, o contacto com o outro em sofrimento gera no profissional uma resposta afetiva de empatia, ou seja, sentimentos de compaixão e preocupação com o outro. Quando a pessoa se torna tão imersa nas suas reações emocionais subjetivas que se torna difícil distanciar-se da situação e adotar uma perspectiva mais objetiva (i.e., sobre-identificação) então pode desenvolver uma resposta emocional negativa (fadiga por compaixão) ao contacto com o outro em sofrimento. Estes resultados parecem sugerir que a empatia também pode contribuir para o desenvolvimento de reações emocionais aversivas quando o cuidador se identifica com o sofrimento do outro, ou seja, quando a distinção eu-outro se torna menos clara. Estes resultados vão ao encontro de estudos recentes na área da neurociência social (e.g., Klimecki & Singer, 2011).

Não obstante os resultados obtidos no presente estudo revelaram algumas limitações. A primeira limitação diz respeito às diferenças estatisticamente significativas encontradas em algumas variáveis em estudo em ambas as amostras (presencial e *online*). Assim, a amostra *online* revelou maiores níveis de empatia e psicopatologia, e os participantes eram mais novos e em início de carreira. Estas diferenças poderão ser explicadas na medida que os participantes do grupo *online* que optaram por preencher o questionário por um lado poderiam provavelmente identificar-se mais com o estudo por estarem mais deprimidos, e por outro por serem mais empáticos participaram voluntariamente na investigação. Obviamente que os participantes da amostra recolhida presencialmente também foram voluntários, no entanto, hipotetiza-se que poderia existir uma determinada "pressão" pelo facto de os questionários lhes ter sido entregue pelo chefe de serviço, enquanto que os participantes que acederam à plataforma *online* não tinham pressão alguma para colaborar no estudo.

A segunda limitação refere-se à predominância de participantes mulheres comparativamente ao número de homens. Contudo, a percentagem inferior de homens ($N = 25$; 12.8%) comparativamente às mulheres ($N = 162$; 82.7%) é em função do grande número de mulheres a desempenhar a atividade de enfermagem em Portugal. Uma vez que apenas 25 homens pertencem à presente amostra, os resultados relacionados com o género não poderão ser generalizados.

Por fim, a terceira limitação refere-se ao facto de os fenómenos de fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão terem sido avaliados no presente estudo num único momento. Dado que existe uma elevada probabilidade de mudanças nas perceções dos participantes ao longo dos tempos devido a mudanças pessoais ou mudanças no próprio ambiente de trabalho, sugerem-se estudos que avaliem os padrões temporais da experiência humana no trabalho (ex.: estudos longitudinais).

Contudo, este é um estudo pioneiro que fornece um contributo inovador para a compreensão da relação entre os fenómenos de fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão com variáveis psicológicas em enfermeiros portugueses, uma vez que até à data não se conhecem estudos que se tenham debruçado sobre estas relações.

Neste sentido, os resultados poderão fornecer um maior suporte para a elaboração de estratégias direcionadas no combate da fadiga por compaixão.

Embora a maioria das investigações sobre intervenções baseadas em *Mindfulness* se tenham debruçado em pessoas com problemas físicos e mentais (eg. Baer, 2003), tem-se assistido a um crescente uso de técnicas baseadas em *Mindfulness* para a redução de *stress* e aumento da autocompaixão em profissionais de saúde (eg. Shapiro & Carlson, 2009). Para além disto, intervenções baseadas em meditação *Loving-Kindness* têm sido praticadas no contexto de *Mindfulness*, desenvolvendo uma atitude de amor incondicional, bondade e compaixão pelo próprio profissional e pelo outro (Gilbert, 2005). Neste seguimento, Boellinghaus, Fergal, Jones e Hutton (2012) realizaram um estudo sobre o papel do *Mindfulness*, meditação baseada em *Loving-Kindness* e Autocompaixão em profissionais de saúde e concluíram que os mesmos podem beneficiar destas intervenções uma vez que a sua relação com os doentes pode ser fortalecida, pode reduzir também os níveis de fadiga por compaixão, *burnout*, sintomatologia depressiva e neste sentido, aumentar o seu bem-estar e predizer a satisfação com profissional.

Finalizando, os dados sugerem que no presente estudo existe uma maior prevalência de *burnout* e fadiga por compaixão na amostra de enfermeiros portugueses. Contudo, o estudo revela que existem variáveis que podem contribuir para minimizar o *burnout* e a fadiga por compaixão e consequentemente, aumentar a satisfação por compaixão. Mais especificamente, através do modelo de mediação percebeu-se que ao trabalhar a sobre-identificação (eg. *mindfulness*, *loving-kindness*) é possível diminuir os níveis de fadiga por compaixão nos enfermeiros. Neste sentido, deverão haver mais intervenções direcionadas para os enfermeiros no sentido de os ajudar a lidar com as experiências stressantes que enfrentam. De facto, alguns estudos recentes em que têm sido usadas estratégias baseadas no *mindfulness* com enfermeiros oferecem resultados promissores (Boellinghaus, Fergal, Jones e Hutton, 2012; Smith, 2014). Smith (2014) na redução de *burnout*, *stress* e ansiedade e aumento de a empatia.

Em suma, o presente estudo fornece um contributo importante quer para o conhecimento dos fenómenos de *burnout* e fadiga por compaixão, bem como para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que

procurem promover satisfação profissional.

Bibliografia

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

Ahola K, Honkonen T, Pirkola S, et al. (2006) Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction*, 101(10), 1438-1443.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 20(3), 43-53.

Alexander, L.(2012) Burnout: Impact on Nursing. *Retirado de <http://www.netce.com>*.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Barrett L, Yates P. (2002). Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Aust Health Rev.*, 25(3), 109-121.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113–124. doi:10.1037/0022-006X.50.1.113.

Boellinghaus, I., Jones, F. W. & 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.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.

Brackett, M.A., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J., Reyes, M.R. e 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, E.B., Radey, M., Figley, C.R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163. doi: 10.1007/s10615-007-0091-7.

Carvalho, P. e Sá (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala "Professional quality of life 5"*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>.

Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da

validação da Versão Portuguesa da Escala de Auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203–229.

Chan, B.K., Lai, G., Ko, C.Y., & Boey, K.W. (2000). Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science and Medicine*, 50, 1415-1432. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00397-4.

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

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 454-464. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x.

Dinis, A., & Pinto Gouveia, J. (2007). *Versão Portuguesa do Questionário de Regulação Emocional-QRE*. (Manuscrito não publicado). Coimbra.

Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., Azoulay (2007). Burnout syndrome critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482–488.

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. doi: 10.1002/smi.907.

Faragher, E.B., Cass, M. & Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112. doi: 10.1136/oem.2002.006734.

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

Figley, C.R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.

Fillion, L., Tremblay, I., Truchon, M., Côte, D., D., Struthers, C.W., & Dupuis, R. (2007). Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: Empirical evidence for an integrative occupational stress-model. *International Journal of Stress Management*, 14, 1-25. doi: 10.1037/1072-5245.14.1.1.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*, 263-325. London: Routledge.

Gomes, A.R., Cabanelas, S. , Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stresse, saúde física, satisfação e "burnout" em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M.G. Pereira, C. Simões, & T. McIntyre, (2ª edição), *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (178-192). Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.

Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationship, and well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(85), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348.

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

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

Iacovides, A., Fountoulaki, K.N., Kaprinis, S. e Kaprinis, G. (2003) The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209–221.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 118–121.

John, O., Gross, J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72, 1302-1334.

Kashdan, T., Barrios, V., Forysth, J. e Steger, M. (2006) Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.

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

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

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

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887

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

Lovibond, P., & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with Beck depressive and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 3,335 – 343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.

- Maslach C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge, MA: Malor Books.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113. doi: 10.1002/job.4030020205.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2008) Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 3, 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.498.
- Mallar, S. C., & Capitão, C. G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *PsicoUSF*, 9(1), 19-29.
- Moll, J., Krueger, F., Zahn, R., Pardini, M., de Oliveira-Souza, R., e Grafman, J. (2006). Human Fronto-mesolimbic Networks Guide Decisions about Charitable Donation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(42), 15623-15628. doi: 10.1073/pnas.060447510.
- 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.
- Neff, K.D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação das escalas de ansiedade, depressão e *stress* (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (2), 229 – 239.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and nonclinical samples. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139–156.
- Sabo, B.M. (2006) Compassion Fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.
- Sabo, B.M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- Santo, L.D., Pohl, S., Saiani, L., Battistelli, A. (2014) Empathy in the emotional interactions with patients. Is it Positive for nurses too?. *Journal of Nursing and Practice*, (4), 74-81. doi:10.5430/jnep.v4n2p74.
- Shapiro, S.L., & Carlson, L.E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association Publications.
- Silva, M.C.M.S e Gomes, A.R.S.G. (2009) *Stress ocupacional em*

profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 239-248

Smith, S. A. (2014), Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25, 119–130. doi: 10.1111/2047-3095.12025.

Sprang, G., Whitt-Woosley, A., & Clark, J. (2007). Compassion Fatigue, *Burnout* and Compassion Satisfaction: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15325020701238093>.

Stamm, B.H. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Retirado de www.proqol.org.

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, (2nd Ed.). Pocatello, Retirado de http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_122010.pdf.

West, M.A., Guthrie, J.P., Dawson, J.F., Borrill, C.S. & Carter, MR (2006) Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 983-1002. doi: 10.1002/job.396.

Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J. M., & Stone, A. (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 1027–1036. doi:10.1037//0022-3514.58.6.1027.

Yoder, E.A. (2010) Compassion Fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197. doi: 10.1016/j.apnr.2008.09.003.