



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

LEONOR CYMBRON BARBOSA DE BRITO BARROS

Bem-estar no trabalho e Compaixão nos Profissionais de saúde

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

MARIA DO ROSÁRIO DE CARVALHO NUNES MANTEIGAS E MOURA PINHEIRO

FEVEREIRO/2022

Leonor Cymbron Barbosa de Brito Barros¹

Inês Rosendo Carvalho e Silva^{1,2}

Maria do Rosário de Carvalho Nunes Manteigas e Moura Pinheiro⁴

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro

³Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Autor correspondente: leonorbarros7@hotmail.com

Resumo:

Introdução:

Embora sejam múltiplos os benefícios de uma abordagem compassiva para as pessoas doentes, são escassos os estudos acerca dos efeitos que a compaixão pelos doentes poderá ter no bem-estar laboral dos próprios profissionais de saúde. O bem-estar no trabalho desses profissionais é frequentemente comprometido, facto que poderá desencorajar abordagens empáticas. Pretendemos estudar a relação entre o bem-estar no trabalho de uma amostra de profissionais de saúde e a sua capacidade de compaixão. Como objetivo secundário, efetuamos validação de dois instrumentos: Escala do Bem-estar Afetivo relacionado com o Trabalho e Questionário de Avaliação Organizacional de Michigan.

Métodos:

Tratou-se de um estudo observacional transversal. A amostra obtida por questionário eletrónico incluía 205 profissionais de saúde. Os instrumentos utilizados englobaram: Escala do Bem-estar Afetivo relacionado com o Trabalho, de Spector; Questionário de Avaliação Organizacional de Michigan (subescala de satisfação profissional); Escala do Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr; Escala da Compaixão de Pommier. Foi feita estatística descritiva, inferencial e análise fatorial.

Resultados:

Obtivemos correlações positivas significativas entre as variáveis de compaixão e de bem-estar no trabalho, que oscilaram entre 0,219 e 0,332 ($p \leq 0,01$). Todos os instrumentos utilizados apresentaram consistência interna acima de 0,70. Com a análise fatorial identificamos um único fator para o Questionário Organizacional de Michigan e três componentes principais para Escala do Bem-estar Afetivo relacionado com o Trabalho, apesar de Spector et al. terem descrito quatro subescalas desta última.

Discussão:

Os resultados sugerem que uma prestação de cuidados compassiva está associada a maior satisfação no profissional de saúde, e que, ao mesmo tempo, quando o profissional se encontra em sofrimento psicológico, nomeadamente em *burnout*, poderá assistir-se a uma diminuição da sua capacidade de compaixão. Dado que o presente estudo é do tipo transversal e correlacional, tem como limitação não permitir inferir causalidade entre as variáveis. A amostra era maioritariamente do sexo feminino e só

incluía profissionais de saúde portugueses, pelo que as conclusões poderiam divergir caso fosse aplicado numa população com características diferentes.

Conclusão:

Neste estudo, uma prestação de cuidados compassiva associou-se a maior satisfação laboral no profissional de saúde. Estando comprovados os vários benefícios da compaixão e empatia para os doentes e para os prestadores de cuidados de saúde, e dado que estas parecem consideravelmente influenciadas pelo bem-estar dos profissionais de saúde, torna-se emergente a tomada de medidas promotoras do bem-estar dos profissionais de saúde e que incentivem, assim, uma prestação de cuidados compassiva.

Palavras-chave:

Bem-estar no trabalho; Profissionais de saúde; Compaixão; Empatia.

Introdução:

A compaixão é intrínseca à profissão médica, pelo seu carácter humanístico inegável¹⁻³. No entanto, frequentemente se perdem oportunidades de expressão de compaixão e empatia e estas são ainda vistas como de importância secundária^{3,4}.

Pode definir-se compaixão como a capacidade de se ser emocionalmente sensível ao sofrimento de terceiros, acoplada a um desejo de agir para aliviá-lo³⁻⁵. Compaixão e empatia, apesar de serem conceitos distintos, estão fortemente interligados⁴. A empatia é necessária à compaixão, uma vez que esta consiste genericamente na capacidade de compreender o sofrimento alheio, mas a compaixão ultrapassa, de certa forma, esse conceito, acrescentando a vontade de alívio desse sofrimento^{1,4}.

São múltiplos os benefícios conhecidos de uma abordagem compassiva para as pessoas doentes, tais como: aumento da confiança na relação médico-doente, melhoria da adesão terapêutica, menores níveis de depressão e ansiedade, entre outros^{3,4,6}. Uma abordagem empática associa-se, inclusive, a uma redução dos custos em saúde⁴. Na população em geral, fora do contexto clínico, a compaixão associa-se a níveis superiores de bem-estar físico e psicológico e a menor solidão, depressão ou ansiedade^{1,5}.

No entanto, pouco é conhecido acerca do impacto que a compaixão pelos pacientes poderá ter no bem-estar dos próprios profissionais de saúde^{2,3,6,7}. Por um lado, segundo a Teoria da Fadiga de Compaixão, que defende que o *burnout* se associa a uma empatia

excessiva (hiperfunção de empatia), a compaixão, aliada a uma exposição repetida a eventos traumáticos e ao sofrimento de terceiros, poderá conduzir a um esgotamento da capacidade de sentir compaixão, com compromisso do bem-estar do profissional^{2,4,6,7}. Por outro lado, segundo a Teoria da dissonância emocional, o *burnout* tem como causa direta uma redução das capacidades empáticas (uma hipofunção de empatia), pelo facto destes indivíduos apresentarem tendências alexitímicas, isto é, dificuldade em identificar e descrever as suas próprias emoções e as dos outros. Também Halpern⁶ considera a empatia não como causadora de *burnout*, mas como capaz de o prevenir, visto que uma abordagem empática poderá permitir ao profissional de saúde atribuir um significado mais profundo ao seu trabalho diário, condicionando uma sensação de satisfação laboral^{4,6}. Igualmente, alguns estudos afirmam que a compaixão surge associada a níveis superiores de felicidade nos profissionais de saúde². De facto, numa revisão sistemática de 2017, Wilkinson et al.⁹ concluíram que a empatia se relacionava, de forma consistente, com níveis inferiores de *burnout*⁶.

A satisfação e o bem-estar profissionais são fonte de realização pessoal, saúde e felicidade^{10,11}. O bem-estar no trabalho dos profissionais de saúde, em particular, é frequentemente comprometido, com repercussões na sua saúde mental e na qualidade dos cuidados que prestam^{2,7,12,13}. De facto, más condições de trabalho poderão favorecer o *burnout*, que, por sua vez, poderá motivar uma desumanização da relação médico-doente e redução da capacidade empática, face a comportamentos de evicção do sofrimento alheio como forma de autoproteção^{4,6}. Por outro lado, a promoção do bem-estar laboral, com otimização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, cria um cenário favorecedor de empatia³. No entanto, ainda são necessários mais estudos acerca de como promover o bem-estar dos prestadores de cuidados de saúde⁴.

Conforme supramencionado, carecem estudos acerca dos efeitos da compaixão nos próprios prestadores de cuidados de saúde^{2,3,6,7}. Assim, o presente estudo visa estudar de que forma o bem-estar de uma amostra de profissionais de saúde portugueses se relacionava com os níveis de compaixão nos cuidados que prestavam.

Havendo poucos instrumentos em Portugal para fazer a medição do bem-estar no trabalho, é também nosso objetivo efetuar tradução para língua portuguesa, adaptação cultural e validação de duas escalas: Escala do Bem-estar Afetivo relacionado com o Trabalho (JAWS), de Spector et al.; Questionário de Avaliação Organizacional de Michigan (MOAQ), subescala de satisfação profissional, de Cammann et al. Segundo o nosso conhecimento, este estudo é igualmente pioneiro na aplicação da Escala do Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr¹⁴ em profissionais de saúde portugueses, contribuindo

para a sua validação. Este estudo ainda permitirá expandir a um contexto clínico a versão portuguesa da Escala de Compaixão (versão original de Pommier e adaptação portuguesa de Vieira e Castilho), conforme sugeriram os autores da adaptação portuguesa⁵.

Material e métodos:

1. Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo observacional transversal que obteve parecer favorável da comissão de ética da FMUC (Anexo 2). A colheita de dados foi efetuada através de questionário eletrónico. O presente estudo envolveu a tradução para língua portuguesa de duas escalas (informação mais detalhada acerca dos instrumentos utilizados abaixo). Para isso, realizamos tradução de inglês para português e retroversão por peritos. Ao comparar as versões nas duas línguas não houve perda ou alteração do significado de nenhum dos itens de cada escala. Com a versão final otimizada fez-se uma aplicação piloto com 10 profissionais de saúde para que fizessem sugestões, sendo que estes não foram incluídos na amostra final.

2. Seleção dos participantes

Os participantes foram recrutados para o preenchimento do questionário via correio eletrónico e redes sociais (listas de correio de profissionais de saúde, administrações e instituições de saúde). Minimizámos o viés de desejabilidade social através da modalidade *online*, que permite que as respostas sejam dadas num ambiente mais privado. O formulário continha uma explicação dos objetivos do estudo e da garantia de total anonimato. Através dele foi obtido o consentimento informado.

A amostra consistiu num total de 205 profissionais de saúde portugueses voluntários. Utilizou-se como critério de inclusão ser profissional de saúde e responder à totalidade dos itens. Constituíram critérios de exclusão estar reformado ou não ativo ou ser estudante de medicina.

3. Recolha de dados

A primeira parte do protocolo permitiu recolher alguns dados sociodemográficos, nomeadamente idade, sexo, profissão e região do país onde exerce a sua atividade profissional. Seguidamente, as variáveis em estudo e respetivos instrumentos incluíram:

3.1. Bem-estar afetivo no trabalho

3.1.1. Adaptação portuguesa, desenvolvida por Santos e Gonçalves¹⁰, da Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr¹⁴, constituída por 12 itens (os itens 1,2,3 e 7,8,9 encontram-se invertidos, pelo que na obtenção da pontuação total atribuímos-lhes um score reverso). A adaptação portuguesa¹⁰ aplicada neste estudo já se encontrava validada por análise fatorial confirmatória e com consistência interna adequada (alfa de Cronbach de 0,899, próxima dos 0,910 descritos pelo original¹⁴);

3.1.2. Versão portuguesa, desenvolvida durante este estudo, da JAWS - versão com 20 itens: originalmente criada por Spector et al.¹⁵ (para a soma total atribuímos uma pontuação invertida às emoções negativas, que correspondem aos itens 1,2,4,7,8,9,14,15,16,17). O autor original¹⁵ obteve uma consistência interna entre 0,8 e 0,9 e validou o instrumento por análise fatorial exploratória e confirmatória;

3.2 Satisfação profissional

O instrumento utilizado consistiu numa adaptação portuguesa por nós desenvolvida da MOAQ - subescala de satisfação profissional - com três itens; para o score total ao 1º item atribuímos score reverso)¹⁶. Hammond et al.¹¹ descrevem para este questionário uma consistência interna de 0,840;

3.3 Compaixão pelos outros

Utilizamos como instrumento a tradução portuguesa de Castilho, Vieira, et al., da Escala de Compaixão para adultos, na sua versão com 24 itens, criada originalmente por Pommier¹⁷ (na soma atribuímos pontuação invertida aos itens que correspondiam a ausência de compaixão: 1,2,3,5,7,10,12,14,18,19,22,23). A versão portuguesa deste instrumento, utilizada no presente estudo, já se encontrava validada por análise fatorial confirmatória e com consistência interna elevada (alfa de Cronbach de 0,91, sobreponível ao original)¹⁷.

Obtivemos permissão para a utilização de todos os instrumentos, junto dos autores da escala original e adaptação portuguesa (Anexo 3).

4. Análise dos dados

Com recurso ao programa SPSS, versão 26, procedemos primeiramente à análise descritiva dos dados. Para estudar a relação entre a compaixão e o bem-estar/satisfação laboral, uma vez que algumas variáveis não respeitavam o pressuposto da normalidade, efetuamos testes não paramétricos e obtivemos coeficientes de Spearman. Para verificar se a amostra era adequada a validação fatorial exploratória efetuamos o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste da esfericidade de Bartlett.

Efetuamos testes de consistência interna para todas as variáveis em estudo. Procuramos avaliar a validade convergente entre as escalas JAWS e Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr. Utilizamos como nível de significância o valor 0,010.

Resultados:

A amostra consistiu em 158 indivíduos do sexo feminino (77,1%) e 47 do sexo masculino (22,9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos (média de idades: 40,96). Relativamente à profissão, a amostra incluiu médicos (n=123; 60%), enfermeiros (n=49; 23,9%), psicólogos (n=8; 3,9 %), técnicos superiores de saúde (n=8; 3,9%), nutricionistas (n=8; 3,9 %), fisioterapeutas (n=5; 2,4 %) e assistentes operacionais (n=4; 2%). Um total de 50 profissionais exercia em Lisboa e vale do Tejo (24,4%), 44 na região Norte (21,5%), 36 na região Centro (17,6%), 4 no Alentejo (2%), 5 no Algarve (2,4%), 55 nos Açores (26,8%) e 11 na Madeira (5,4%). Primeiramente, obtivemos as pontuações totais médias dos instrumentos para a nossa amostra (Tabela 1).

Tabela 1: Estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados no presente estudo.

	Média	Desvio padrão
Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr	44,805	10,153
JAWS	65,551	12,695
MOAQ	14,151	3,239
Escala de Compaixão	100,107	11,056

Estudos correlacionais

Obtivemos coeficientes de Spearman positivos, estatisticamente significativos para as correlações da variável compaixão com as duas escalas de bem-estar no trabalho e ainda com a satisfação com o trabalho (Tabela 2). Não obtivemos diferenças significativas entre compaixão e idade (Tabela 2), Não são correlações muito substantivas^{19,20}, são consideradas moderadas, mas traduzem que quanto maior a pontuação na compaixão maior a pontuação no bem-estar no trabalho.

Tabela 2: Correlação não paramétrica entre variável compaixão e restantes variáveis.

<i>Variável</i>		Bem-estar Afetivo no Trabalho		Satisfação no trabalho: MOAQ	Idade
		Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr	JAWS		
Compaixão	Coeficiente de Spearman	0,219	0,314	0,332	0,074
	Nível de significância	≤0,01	≤0,01	≤0,01	0,291

Conforme esperávamos, a Escala de Bem-estar no Trabalho de Warr e a JAWS apresentaram coeficientes de correlação de Spearman elevados, expressando uma validade convergente (Tabela 3).

Tabela 3: Correlação não paramétrica entre a Escala de Bem-estar no trabalho de Warr e restantes variáveis;

Variável		JAWS	MOAQ	Idade
Escala de Bem-estar no trabalho de Warr	Coeficiente de Spearman	0,840	0,708	0,004
	Nível de significância	≤0,010	≤0,010	0,956

Estudos Psicométricos

Para verificar as propriedades psicométricas das duas escalas traduzidas no presente estudo (JAWS e MOAQ), efetuamos análise fatorial em componentes principais. Concluimos que era adequado efetuar a análise fatorial, com base no teste de KMO (JAWS: 0,911; MOAQ: 0,594) e de Esfericidade de Bartlett (Tabela 4) ¹⁸.

Tabela 4: Medida de Adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de Esfericidade de Bartlett para as escalas JAWS e MOAQ.

Indicador		Escala	
		JAWS	MOAQ
Medida de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin		0,911	0,594
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. χ^2	2647,776	139,456
	Df	190	3
	Sig.	0,000	0,000

A análise fatorial revelou para a MOAQ uma estrutura unifatorial, sendo que o único fator explicava 62,662% da variância total (Tabela 5).

Tabela 5: Análise de componentes principais da MOAQ.

Componente 1	
Item	Coeficiente de saturação
2: “Estou satisfeito com o meu trabalho.”	0,867
3: “Gosto de trabalhar aqui.”	0,864
1: “Não gosto do meu trabalho.”	-0,617
Valor próprio (Eigenvalue)	1,880
% da variância	62,662

Em contraste com o autor original, para a escala JAWS na nossa amostra obtivemos três componentes principais com a análise fatorial exploratória (Tabela 6). O primeiro componente incluía todas as emoções positivas, quer de elevada, quer de baixa intensidade (“arousal”). Os outros dois componentes incluíam ambos unicamente emoções não prazerosas e de intensidade variável:

- Componente 1 - itens: à vontade (3), calmo (5), satisfeito (6), eufórico (10), energético (11), entusiasmado (12) animado (13), inspirado (18), contente (20) e relaxado (19);
- Componente 2 - itens: zangado (1), aborrecido (4), deprimido (7), desencorajado (8), repulsa (9), furioso (16) e soturno (17);

- Componente 3 - itens: ansioso (2), fatigado (14) e assustado (15).

Tabela 6: Análise de componentes principais da escala JAWS: foram extraídos três componentes principais seguidos de rotação varimax.

Item	Componente		
	1	2	3
13: Animado	0,855	-0,296	-0,108
12: Entusiasmado	0,822	-0,310	
11: Energético	0,801		
18: Inspirado	0,755	-0,322	0,176
20: Contente	0,772	-0,389	
19: Relaxado	0,708		-0,395
6: Satisfeito	0,679	-0,439	-0,199
5: Calmo	0,667	-0,109	-,459
10: Eufórico	0,639	0,298	-0,175
3: À vontade	0,598	-0,113	-0,365
9: Repulsa		0,765	,162
17: Soturno		0,752	0,147
16: Furioso	-0,111	0,722	0,382
4: Aborrecido	-0,281	0,719	
7: Deprimido	-0,195	0,709	0,235
8: Desencorajado	-0,287	0,682	0,321
1: Zangado	-0,228	0,563	0,449
2: Ansioso	-0,258	0,131	0,786
15: Assustado		0,319	0,727
14: Fatigado	-0,139	0,254	0,603
Valor próprio (Eigenvalue)	5,774	4,408	2,693
% de variância	28,868	22,040	13,467
% de variância acumulada	28,868	50,907	64,374

Legenda: Por convenção não apresentamos os coeficientes cujo valor absoluto fosse inferior a 0,100.

No que diz respeito à consistência interna, todas as escalas utilizadas no presente estudo exibiram na nossa amostra alfas de Cronbach satisfatórios, que variaram entre 0,7 (MOAQA) e 0,922 (JAWS) (Tabela 7).

Tabela 7: Valores de consistência interna obtidos no presente estudo para os vários instrumentos utilizados.

Instrumento	Alfa de Cronbah
Escala de Compaixão	0,878
Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr	0,917
JAWS	0,922
MOAQ	0,700

Relativamente à escala JAWS, dado que se tratava de uma versão aplicada pela primeira vez no presente estudo, analisamos a sua consistência interna de diversas formas. Primeiramente obtivemos o valor de alfa de Cronbach para os 20 itens totais, posteriormente para cada um dos três fatores identificados com a nossa análise de componentes principais e, por fim, conseguimos os mesmos valores considerando as 4 subescalas sugeridas pelo autor original (Tabela 8).

Tabela 8: Consistência interna da escala JAWS.

	Escala Total com 20 itens	Componentes identificados no presente estudo			Subescalas sugeridas pelo autor original			
		Componente 1	Componente 2	Componente 3	HPHA	HPLA	LPHA	LPLA
Alfa de Cronbach	0,922	0,922	0,884	0,712	0,879	0,875	0,803	0,788
Média	65,551	30,300	15,840	8,910	14,360	15,940	11,870	12,880
Desvio padrão	12,695	7,628	5,433	2,410	4,139	3,944	3,687	3,802

Legenda: HPHA - *high pleasure and high arousal*; HPLA - *high pleasure and low arousal*; LPHA - *low pleasure and high arousal*; LPLA - *low pleasure and low arousal*.

Discussão:

Conforme referido anteriormente, o objetivo primário do nosso trabalho consistiu no estudo da correlação entre as variáveis compaixão e bem-estar no trabalho. A Escala de Compaixão utilizada no presente estudo foi igualmente aplicada em profissionais de saúde por Mantelou et al.², Arkan et al.²¹, Oruç et al.²² e Khanjani et al.²³. Arkan et al.²¹ descrevem para a sua amostra de enfermeiros uma pontuação total média para a Escala de Compaixão de 97,02±10,67, muito semelhante àquela obtida no presente estudo. Oruç et al.²¹ obtiveram na sua amostra de profissionais de saúde turcos uma correlação

positiva significativa fraca entre idade e compaixão, contrastando com o obtido no presente estudo. A população desse estudo, de facto, apresenta características culturais distintas da nossa, dado serem amostras de continentes diferentes²¹.

A correlação positiva encontrada por nós entre bem-estar no trabalho e compaixão, embora não permita inferir causalidade, é condizente com a ideia de que um cuidador com níveis de bem-estar profissional mais elevados poderá estar mais atento e disponível para uma abordagem empática, enquanto o profissional em sofrimento, nomeadamente em *burnout*, poderá ficar sobrecarregado com os seus próprios sentimentos negativos, sem espaço para se envolver e aliviar o sofrimento do outro^{3,8,22}. Ao mesmo tempo, uma prestação de cuidados compassiva pode ser fonte de emoções positivas, e de um sentimento de satisfação por missão cumprida^{4,6,8,23}.

Contudo, a relação encontrada entre compaixão pelos doentes e bem-estar profissional foi fraca a moderada, facto que de certa forma seria previsível, face à complexidade da relação entre as duas variáveis, uma vez que diversos outros aspetos poderão influenciar essa relação, como idade, sexo, etnia, personalidade, resiliência, dentre outros^{24,25}. De facto, a fadiga de compaixão, por exemplo, é tida como de etiologia multifatorial²⁵. Ainda, existe uma multiplicidade de cenários possíveis, sendo que Fonseca et al.²⁵ inclusive relataram na sua amostra de enfermeiros portugueses uma minoria que apresentava simultaneamente níveis elevados de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão (cenário já contemplado no modelo de Stamm²⁴).

Apesar de serem diversos os estudos que defendem que o mal-estar psicológico, nomeadamente o *burnout* dos profissionais de saúde, se associa a menores níveis de empatia, poucos são os estudos acerca dos efeitos do bem-estar positivo nos níveis de empatia e compaixão nos cuidados prestados^{3,7}, pelo que o nosso estudo é pioneiro nesse sentido. Ainda, os estudos existentes utilizam na sua maioria a variável empatia, em vez da compaixão^{3,7}. Estas variáveis, embora interligadas, são distintas, como afirmamos anteriormente, sendo que a compaixão, por definição, acrescenta à empatia a vontade de ação para alívio de sofrimento do outro⁴. Inclusive, estudos utilizando a ressonância magnética funcional relatam que quando uma pessoa experiencia empatia são ativados a nível cerebral os centros de dor, enquanto a compaixão leva à ativação dos centros de recompensa, o que pode indiciar uma vantagem relativa da compaixão quando comparada com à empatia isolada para o bem-estar dos profissionais de saúde⁴.

Os resultados que obtivemos são concordantes com os obtidos por Bourgault et al.²⁶, que relataram uma associação positiva entre empatia e bem-estar numa amostra de

enfermeiros. Igualmente, Shanafelt et al.⁷ encontraram níveis superiores de empatia nos médicos internos que apresentavam bem-estar mental mais elevado. Mantelou et al.², num estudo com uma amostra de profissionais de saúde mental, relataram que a compaixão por terceiros se relacionava positivamente com a felicidade desses profissionais, no entanto, para a variável fadiga de Compaixão a relação com a compaixão era também positiva.

Neste contexto, conforme mencionamos anteriormente, devemos considerar, por um lado, a Teoria da Fadiga de Compaixão, que defende que o *burnout* se associa a uma empatia excessiva (hiperfunção de empatia) e, por outro, a Teoria da dissonância emocional, que argumenta que o *burnout* tem como causa direta uma redução das capacidades empáticas (uma hipofunção de empatia)^{6,25}. Alguns estudos⁶ defendem ainda que o *burnout* altera a empatia, uma vez que, devido a mecanismos de autodefesa, estes profissionais tendem a despersonalizar o paciente e desumanizar a relação médico-doente. Halpern⁶ considera a empatia capaz de prevenir o *burnout*, dado que a empatia pode conceder um significado mais profundo aos cuidados de saúde que o profissional presta diariamente, facto que pode contribuir para a satisfação laboral.

Thirioux et al.⁶, tendo em consideração as teorias supramencionadas, defendem que a empatia é um fator que previne o *burnout* e que tem um impacto positivo na qualidade de vida dos profissionais de saúde, contudo, salvaguardam a diferença entre empatia e simpatia, sendo esta última favorecedora de *burnout*²⁶. Segundo estes autores⁶, a simpatia associa-se a uma menor capacidade do profissional de saúde de se diferenciar do outro (“self-other distinction”) e do seu sofrimento, enquanto, na empatia não existe essa confusão entre o “eu” e o “outro”. De facto, por definição, a empatia implica colocar-se no lugar do outro, logo tem inerente essa noção consciente de que existem limites entre o próprio e o outro⁶. Para além disso, os autores^{3,6} defendem que a empatia é heterocentrada (centrada no outro) e não egocentrada (centrada no próprio), isto é, numa abordagem empática, enquanto profissional, assumo a perspetiva do outro e procuro compreender quais serão os seus pensamentos e sentimentos com base na sua própria experiência de vida, enquanto na simpatia projeto a minha pessoa e as minhas próprias emoções no lugar do outro. Em suma, a abordagem benéfica é colocar-me no lugar do outro não para procurar perceber como eu, com as minhas características pessoais, me sentiria naquela posição, mas sim como deverá sentir-se e pensar a outra pessoa, com base nas suas características e na sua história de vida particular^{6,9}. Assim, consideram que um comportamento protetor de *burnout* se associa à empatia (e não à simpatia), à capacidade de distinção do outro e à autorregulação emocional^{6,9}.

Kerasidou et al.³ defendem que compaixão e empatia, apesar de claramente benéficas em saúde, devem ser equilibradas, uma vez que, por um lado, estas poderão ser nocivas para o profissional, caso este se contagie de forma excessiva com as emoções dos seus vários doentes e, por outro lado, uma expressão de emoção exagerada em que o profissional chora à frente do doente é naturalmente inapropriada e pouco profissional, obrigando o doente não só a lidar com o seu sofrimento, como também a consolar o seu médico⁴.

Os mesmos autores³ afirmam que atualmente domina o perfil de médico tecnicamente dotado, racional e desligado emocionalmente dos seus pacientes, sendo que a expressão de emoções pelo profissional é ainda interpretada como sinal de fraqueza. No entanto, defendem veementemente que essa desconexão com o doente e inibição emocional, na realidade, são perturbadoras do bem-estar do profissional de saúde e favorecedora de *burnout*, enquanto uma consciencialização e aceitação das suas emoções por parte do profissional será protetora e facilitará a procura de apoio psicológico quando este for necessário³. Não obstante, para que o profissional seja capaz de lidar com o seu próprio estado emocional, não pode sentir receio de ser criticado ou humilhado pelos colegas³. Assim, perante esta crise de compaixão nos cuidados de saúde, é necessário alterar a mentalidade de que a conexão emocional com os pacientes por parte do profissional e com os seus próprios sentimentos é sinal de fragilidade³.

Zenasni et al.⁸ defendem uma forma otimizada de empatia, que corresponde à empatia clínica, na qual os profissionais de saúde, em vez de aniquilarem por completo as emoções na relação médico-doente, podem praticar uma atenuação emocional. Portanto, a empatia clínica não implica a abolição completa da componente emocional, pelo contrário deve constituir numa abordagem global e complexa que inclua as componentes afetiva e cognitiva^{8,9}. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem procurar formas equilibradas de empatia, evitando, quer a apatia e desconexão emocional, quer o contágio emocional exagerado e desadequado, que podem promover cenários de *burnout* e fadiga de compaixão^{3,8,9}.

Repetidamente foram descritas as vantagens da compaixão em saúde e diversos estudos afirmam que é possível aumentar as capacidades compassivas e empáticas^{1,12}. No entanto, como podemos então promover o seu aumento? Diversas medidas de promoção de empatia e compaixão estão descritas: melhoria do bem-estar dos trabalhadores da área da saúde; treino de competências comunicativas (incluindo dentre diversos aspetos a melhoria da capacidade de ouvir o outro e de leitura de

linguagem não verbal); consciencialização e formação teórica no tema; promoção da autorreflexão, do reconhecimento do valor pessoal e autocuidado nestes profissionais; aprendizagem de técnicas de gestão de emoções negativas e de desenvolvimento de resiliência^{3,4,7}.

Ainda, é fundamental dotar os profissionais da capacidade de identificar e procurar sem hesitação o apoio psicológico, que deve ser de fácil acesso, quando estes se encontrem em cenários de bem-estar comprometido ou fadiga de compaixão²⁵.

Inclusive, McClelland et al.²⁸, no seu estudo com enfermeiras concluem que existe uma melhoria quer do bem-estar dos profissionais de saúde quer da qualidade dos cuidados referida pelos doentes, quando o local de prestação de cuidados adota práticas promotoras de compaixão entre colegas e para com os doentes²⁸. Estas práticas incluíam, por um lado, o reconhecimento e premiação das abordagens empáticas dos profissionais e, por outro lado, uma garantia de suporte compassivo aos profissionais como forma de auxiliá-los acerca da melhor forma de lidarem com os eventos stressantes.

Embora a promoção da satisfação no trabalho dos profissionais de saúde seja favorecedora de empatia, infelizmente, o bem-estar profissional é frequentemente comprometido, sendo estes profissionais vítimas frequentes de depressão, ansiedade, *burnout* e abuso de substâncias^{7,8,12}. Para a realidade portuguesa, alguns estudos com enfermeiros descrevem níveis médios/altos de fadiga de compaixão e *burnout*^{13,25,27,28}. Tais factos relembram a importância do estudo, e sobretudo da implementação de medidas promotoras de compaixão e satisfação laboral, em prol dos profissionais de saúde e da qualidade dos cuidados que prestam^{7,28}. Nesse sentido, estudos sugerem diversas formas de promoção de bem-estar dos profissionais de saúde: evicção de cargas horárias excessivas e da escassez de recursos humanos; infraestruturas adequadas, com estacionamento acessível, com espaços tranquilos e acolhedores que permitam aos profissionais recuperarem mental e fisicamente; fomentação de boas relações com os colegas de trabalho; procura de um balanço adequado entre vida pessoal/profissional, com suporte familiar e de amigos eficaz e com espaço para a realização de atividades promotoras de prazer individual; adoção estilo de vida saudável que inclua a prática de exercício físico; prática de meditação, *mindfulness* e promoção de espiritualidade/religião; substituição do perfeccionismo excessivo pela autocompaixão (o que permite ao profissional aceitar-se a si próprio e às suas limitações enquanto ser humano, evitando que se culpabilize por não ter conseguido evitar um desfecho clínico menos favorável no seu paciente)^{6,7,25}.

Relativamente às limitações do nosso estudo, tratando-se de um estudo transversal e correlacional, não permite inferir causalidade entre as variáveis. O uso de questionários pode associar-se a uma maior subjetividade na medição das variáveis, embora os instrumentos utilizados já se encontrassem devidamente validados. A nossa amostra inclui somente trabalhadores da área da saúde de nacionalidade portuguesa, com uma maioria do sexo feminino (77,1%), pelo que as conclusões poderiam divergir um pouco caso o estudo fosse aplicado a populações com características diferentes. Embora existam vários estudos que relacionam empatia e *burnout*, a relação entre *burnout* e compaixão, especificamente, não é tão investigada. O presente trabalho, que começou por estudar a compaixão nos cuidados de saúde no seu sentido mais lato, pode consistir exatamente num ponto de partida para outros estudos que incluam, para além das variáveis estudadas, variáveis mais específicas como a satisfação por compaixão, a fadiga de compaixão, o *burnout* e a resiliência.

O presente estudo permitiu ainda validar em língua portuguesa os instrumentos JAWS e MOAQ, através de análise fatorial exploratória. Em relação à escala JAWS, o autor original¹⁵ sugeria quatro subescalas, consoante os níveis de prazer (“pleasure”) e intensidade (“arousal”) de cada item.

- Elevada intensidade e elevado prazer: eufórico, energético, entusiasmado, animado e inspirado;
- Elevado prazer e baixa intensidade: à vontade, calmo, contente, satisfeito e relaxado;
- Baixo prazer e elevada intensidade: zangado, ansioso, repulsa, assustado e furioso;
- Baixo prazer e baixa intensidade: aborrecido, deprimido, desencorajado, fatigado e soturno¹⁵.

Apesar destas quatro subescalas descritas originalmente para a JAWS¹⁵, na nossa amostra a análise de componentes principais identificou somente três componentes principais. Assim, na nossa amostra, a consistência era melhorada quando consideradas todas as emoções positivas juntas, independentemente do nível de intensidade (arousal) de cada uma. Essa diferença pode relacionar-se com o facto da amostra do estudo original não ser portuguesa, mas sim norte americana, apresentando, naturalmente, características culturais distintas¹⁵. Além disso, a amostra original não era constituída por profissionais de saúde como a nossa¹⁵.

Todos os instrumentos utilizados no nosso estudo, incluindo as adaptações portuguesas que efetuámos, apresentavam qualidades psicométricas adequadas, com valores de consistência interna de pelo menos 0,70.

Para a escala de Warr, o valor obtido no nosso estudo foi superior ao descrito por Warr¹⁰ (0,910)¹⁴, bem como aquele obtido na amostra portuguesa não clínica do estudo de Gonçalves e Santos (0,899). Para a escala JAWS, o valor obtido foi novamente superior aos valores do trabalho original¹⁴. Em relação à Escala de Compaixão, a consistência foi inferior à descrita na amostra portuguesa de Sousa et al.⁵ (0,91) e obtivemos uma consistência interna para a MOQA menor que os 0,840 descritos por Hammond et al.¹¹, ainda assim foi um valor adequado.

Para a escala JAWS, conforme expetável, dado que o componente 1 incluía todas as emoções prazerosas, o valor de consistência interna que obtivemos (0,922) é muito sobreponível ao descrito pelo autor original¹⁵ para o conjunto das emoções positivas (0,900).

Conclusão:

Os nossos resultados traduzem que a compaixão na prestação de cuidados de saúde se associa a maiores níveis de bem-estar e satisfação laborais no profissional de saúde (coeficientes de Spearman entre 0,219 e 0,332 e $p \leq 0,01$). Com a análise fatorial identificamos uma estrutura unifatorial para a MOAQ e três componentes principais para a JAWS. Este trabalho permitiu a obtenção de versões portuguesas destes dois instrumentos com validade comprovada e consistência interna adequada.

Se, consoante os nossos resultados e reflexões, maiores níveis de bem-estar profissional se associam a uma prestação de cuidados mais compassiva, e, sendo a compaixão e empatia descritas como claramente benéficas e necessárias para o doente e para o profissional de saúde, torna-se emergente a necessidade de promover o bem-estar/satisfação dos profissionais de saúde portugueses. Relembramos que devem ser tomadas medidas que incentivem abordagens compassivas, dado que a empatia é benéfica para todos, doentes e profissionais de saúde.

Agradecimentos:

À Dra. Margarida Marques, pelo seu contributo na análise estatística dos dados.

À Dra. Madalena Faria e Maia e Germana Rodrigues pela tradução e adaptação cultural das escalas.

Referências bibliográficas:

1. Lee EE, Govind T, Ramsey M, Wu TC, Daly R, Liu J, et al. Compassion toward others and self-compassion predict mental and physical well-being: a 5-year longitudinal study of 1090 community-dwelling adults across the lifespan. *Transl Psychiatry*. 2021 Jul 13;11(1):397.
2. Mantelou A, Karakasidou E. The Role of Compassion for Self and Others, Compassion Fatigue and Subjective Happiness on Levels of Well-Being of Mental Health. *Scientific Research Publishing*. 2019; 10: 285-304.
3. Kerasidou A, Horn R. Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*. 2016; 17:8.
4. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019; 14-8.
5. Sousa R, Castilho P, Vieira C, Vagos P, Rijo D. Dimensionality and gender-based measurement invariance of the Compassion Scale in a community sample. *Elsevier*. 2017; 117: 182-187.
6. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol*. 2016 May 26;7:763.
7. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2005 Jul;20(7):559-64.
8. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract*. 2012 Jul;62(600):346-7.
9. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res*. 2017 Sep;6:18-29.

10. Santos JV, Gonçalves G. Contribuição para a adaptação portuguesa da escala de bem-estar no trabalho de Warr (1990). *Psicologia, Educação e Cultura*. 2010; XIV(2):285-300.
11. Bowling NA, Hammond GD. A meta-analytic examination of the construct validity of the Michigan Organizational Assessment Questionnaire Job Satisfaction Subscale. *Journal of Vocational Behavior*. 2008; 73: 63-77.
12. Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *European Journal of Public Health*. 2006; 5:514–519.
13. Carvalho PRC, Sá LO. Estudo da fadiga de compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of life 5”. [dissertação de mestrado] Universidade Católica Portuguesa 2011.
14. Warr P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*. 1990; 63: 193-2.
15. Van Katwyk PT, Fox S, Spector PE, Kelloway EK. Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *J Occup Health Psychol*. 2000 Apr;5(2):219-30.
16. Cammann C, Fichman M, Jenkins D, Klesh J. The Michigan Organizational Assessment Questionnaire. Unpublished manuscript, University of Michigan, 1979.
17. Pommier, EA. The Compassion Scale. PhD [dissertation]. Abstracts International SectionA: Humanities and Social Sciences. 2011; 72, 1174.
18. Williams B, Onsmann A, Brown T. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care*. 2010. Vol. 8, Issue 3.
19. Callegari- Jacques, SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Tradução. Artmed Editora, 2009.
20. Figueiredo DB, Silva JA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 2009. Vol. 18, n.1.
21. Arkan B, Yılmaz D, Düzgün F. Determination of Compassion Levels of Nurses Working at a University Hospital. *J Relig Health*. 2020 Feb;59(1):29-39.
22. Oruç O, Igde MH, Kocatepe V, Yildirim D. Examining the Compassion Status of Healthcare Professionals Working in the Palliative Care Units. *Turkish Journal of Oncology*. 2020. ;35(3):250–6.

23. Khanjani S, Foroughi A, Noori M. Psychometric Properties of Iranian Version of Compassion to Others Scale in Nurses. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2019;6(1):25-32.
24. Stamm, BH. *The Concise ProQOL Manual 2nd Ed*. Pocatello: ProQOL.org, 2010.
25. Borges EMDN, Fonseca CINDS, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 Oct 7;27:e3175.
26. Bourgault P, Lavoie S, Paul-Savoie E, Grégoire M, Michaud C, Gosselin E, et al. Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *J Emerg Nurs*. 2015 Jul;41(4):323-8.
27. Cruz, BSP. *Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses*. [dissertação de mestrado] Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: FPCE, 2014.
28. McClelland LE, Gabriel AS, DePuccio MJ. Compassion Practices, Nurse Well-Being, and Ambulatory Patient Experience Ratings. *Med Care*. 2018 Jan;56(1):4-10.

Anexo 1: Questionário aplicado no presente estudo, por via eletrónica.

O meu nome é Leonor Cymbron Barros, sou aluna de Medicina da Universidade de Coimbra e estou a desenvolver a minha tese de mestrado. Proponho-me a estudar a relação entre o bem-estar no trabalho dos profissionais de saúde e os níveis de compaixão nos cuidados que prestam.

Se é profissional de saúde (enfermeiro, médico, assistente operacional, psicólogo, fisioterapeuta outro), peço a sua colaboração através do preenchimento deste pequeno questionário. Sem a sua ajuda este estudo não será possível!

O questionário terá uma duração de cerca de 5-10 minutos.

Os dados colhidos não serão passíveis de identificação por terceiros, sendo assegurado o total anonimato. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Esta tese é orientada pela Doutora Inês Rosendo e coorientada pela Doutora Maria do Rosário Pinheiro.

Em caso de dúvida contacte: leonorbarros7@hotmail.com

Declaro que compreendi o objetivo do estudo e dou o meu consentimento para a recolha das minhas respostas neste questionário.

Parte 1:

- Idade: __
- Sexo: Feminino Masculino
- Profissão: Assistente operacional Enfermeiro(a) Médico(a) Assistente operacional Psicólogo(a) Fisioterapeuta Outro
- Região onde exerce cuidados Norte Centro Lisboa e Vale de Tejo Alentejo Algarve Açores Madeira

Parte 2: Escala do Bem-estar Afetivo no Trabalho de Warr - adaptação portuguesa de Santos e Gonçalves

Abaixo estão listados vários sentimentos e emoções que pode ter em relação à instituição onde trabalha. Indique com que frequência, nas últimas semanas, o seu trabalho o fez sentir:

Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Frequentes vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5	6

1. Tenso(a)	1	2	3	4	5	6
2. Inquieto(a)	1	2	3	4	5	6
3. Preocupado(a)	1	2	3	4	5	6

4. Calmo(a)	1	2	3	4	5	6
5. Satisfeito(a)	1	2	3	4	5	6
6. Relaxado(a)	1	2	3	4	5	6
7. Deprimido(a)	1	2	3	4	5	6
8. Triste	1	2	3	4	5	6
9. Infeliz	1	2	3	4	5	6
10. Alegre	1	2	3	4	5	6
11. Entusiasmado(a)	1	2	3	4	5	6
12. Optimista	1	2	3	4	5	6

Parte 3: Questionário Organizacional de Michigan - MOAQ - de Cammann et al. versão desenvolvida no presente estudo

De um modo geral, como se sente em relação ao seu trabalho?						
	Discordo bastante	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo inteiramente
Não gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
Estou satisfeito com o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
Gosto de trabalhar aqui.	1	2	3	4	5	6

Parte 4: Escala de Bem-estar Afetivo relacionado com o Trabalho - JAWS - de Spector, et al.; versão traduzida por nós neste estudo

Abaixo estão algumas declarações que descrevem as diferentes emoções que podemos sentir no trabalho. Por favor indique a emoção que sentiu nos últimos 30 dias relativa a qualquer parte do seu trabalho (por exemplo, colegas de trabalho, supervisor, clientes, pagamento).

Marque uma resposta para cada item que melhor indique com que frequência sentiu cada emoção no trabalho nos últimos 30 dias.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. O meu trabalho fazia-me sentir zangado/a.					
2. O meu trabalho fazia-me sentir ansioso/a.					
3. O meu trabalho fazia-me sentir à vontade.					
4. O meu trabalho fazia-me sentir aborrecido/a.					
5. O meu trabalho fazia-me sentir calmo/a.					
6. O meu trabalho fazia-me sentir satisfeito/a.					
7. O meu trabalho fazia-me sentir deprimido/a.					
8. O meu trabalho fazia-me sentir desencorajado/a.					
9. O meu trabalho fazia-me sentir repulsa.					
10. O meu trabalho fazia-me sentir eufórico/a.					
11. O meu trabalho fazia-me sentir energético/a.					
12. O meu trabalho fazia-me sentir entusiasmado/a.					
13. O meu trabalho fazia-me sentir animado/a.					
14. O meu trabalho fazia-me sentir fatigado/a.					
15. O meu trabalho fazia-me sentir assustado/a.					
16. O meu trabalho fazia-me sentir furioso.					
17. O meu trabalho fazia-me sentir soturno/a.					
18.. O meu trabalho fazia-me sentir inspirado/a.					
19 O meu trabalho fazia-me sentir relaxado/a.					
20. O meu trabalho fazia-me sentir contente.					

Parte 5: Escala de Compaixão Adultos de Pommier; Tradução e adaptação portuguesa de Vieira, Castilho *et al.*

Como é que, habitualmente, me comporto em relação aos outros? Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item, indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

1. Quando as pessoas choram à minha frente, a maior parte das vezes, não sinto nada.	1	2	3	4	5
2. Por vezes quando as pessoas falam sobre os seus problemas, sinto que não me importo.	1	2	3	4	5
3. Não me sinto emocionalmente ligado a pessoas que estão em sofrimento.	1	2	3	4	5
4. Presto muita atenção quando as pessoas falam comigo.	1	2	3	4	5
5. Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam os seus problemas, angústias, mágoas.	1	2	3	4	5
6. Se vejo alguém a passar por um momento difícil, tento ser atencioso e caloroso com essa pessoa.	1	2	3	4	5
7. A maior parte das vezes desligo quando as pessoas falam sobre os seus problemas.	1	2	3	4	5
8. Gosto de estar com os outros em momentos difíceis.	1	2	3	4	5
9. Percebo quando as pessoas estão chateadas, mesmo quando não dizem nada.	1	2	3	4	5
10. Quando vejo alguém em baixo, sinto que não consigo estabelecer relação com ele.	1	2	3	4	5
11. Toda a gente se sente triste por vezes; faz parte de ser-se humano.	1	2	3	4	5
12. Por vezes sou uma pessoa fria com os outros quando estes estão em baixo e não estão presentes.	1	2	3	4	5
13. Tendo a ouvir pacientemente os outros quando estes me contam os seus problemas.	1	2	3	4	5
14. Não me preocupo com os problemas dos outros.	1	2	3	4	5
15. É importante reconhecer que todas as pessoas têm defeitos e que ninguém é perfeito.	1	2	3	4	5
16. Sinto-me profundamente solidário para quem está em sofrimento/infeliz.	1	2	3	4	5
17. Apesar de sermos todos diferentes, sei que toda a gente sofre, tal como eu.	1	2	3	4	5
18. Quando os outros têm problemas, geralmente deixo que seja outra pessoa a ajudar.	1	2	3	4	5
19. Não penso muito sobre as preocupações dos outros.	1	2	3	4	5

20. O sofrimento faz parte da experiência humana.	1	2	3	4	5
21. Quando as pessoas falam comigo sobre os seus problemas, tento ter uma visão equilibrada da situação.	1	2	3	4	5
22. Não consigo, mesmo, ligar-me com as pessoas quando estão em sofrimento.	1	2	3	4	5
23. Tento evitar as pessoas que estão em profundo sofrimento.	1	2	3	4	5
24. Quando os outros estão tristes tento confortá-los.	1	2	3	4	5

Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da FMUC

Responder: Envio parecer CE_Proc. CE-092/2021_Leonor Barros



A 2021-07-15 11:40, Comissão Ética - FMUC escreveu:

Exma. Senhora

Dra. Leonor Cymbron Barbosa de Brito Barros,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título **“Bem-estar no trabalho e compaixão nos profissionais de saúde”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 14 de julho, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Parecer favorável. A Comissão solicita:

1) que o tempo de resposta ao questionário seja mencionado, quer no formulário específico da Comissão de Ética quer no formulário de Consentimento Informado”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Anexo 3: Permissão dos autores para a utilização dos instrumentos

RS Rúben Sousa <rubenabrantessousa@gmail.com>
seg, 10/05/2021 14:57
Para: Você



2 anexos (303 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Boa tarde Leonor.
Desculpe o atraso na resposta.
Poderá utilizar a referida escala.
Em anexo encontrará o instrumento bem como o respetivo artigo de validação.

Poderá também consultar o site do cineicc para informação adicional: <https://cineicc.uc.pt/compassion-scale-cs-info/>
Caso tenha alguma dúvida, estarei disponível para esclarecer qualquer questão.
Obrigado pelo contacto e interesse.
Com os melhores cumprimentos,
Rúben Sousa

J Joana Conduto Vieira dos Santos <jcsantos@ualg.pt>
seg, 15/03/2021 09:06
Para: Você



2 anexos (780 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Cara Leonor Barros,

Em primeiro lugar agradeço o contacto, espero que desenvolva um trabalho muito proficuo.
Naturalmente, seguem os documentos solicitados.
Ao dispor,
Joana

Joana Vieira dos Santos
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Universidade do Algarve
Tlf: +351-289 800 908


BD Berg, David <david.berg@yale.edu>
sex, 12/03/2021 19:02
Para: Você

Hello,

I'm not sure I'm the one to grant permission. The instrument was created almost 45 years ago. But since my name is on it and you asked, if I have the authority to grant permission for its use, I do so with pleasure. And wish you all the best,

David Berg

PW Peter Warr <P.Warr@sheffield.ac.uk>
qui, 11/03/2021 15:56
Para: Você

Thank you for your interest. Translation of my scale will be fine.

Peter Warr