



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A complexidade interna do "cuidar" em medicina familiar: O impacto da profissão nos médicos de família

Ana Catarina Pestana Faria

Orientador(es) | Isabel Maria Marques Mesquita

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A complexidade interna do "cuidar" em medicina familiar: O impacto da profissão nos médicos de família

Ana Catarina Pestana Faria

Orientador(es) | Isabel Maria Marques Mesquita

Évora 2020



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

Presidente | Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto (Universidade de Évora)

Vogais | Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo (Universidade de Évora) (Arguente)
Isabel Maria Marques Mesquita (Universidade de Évora) (Orientador)

“The expectation that we can be immersed in suffering and loss daily and not be touched by it is as unrealistic as expecting to be able to walk through water without getting wet.”

(Remen, 1996)

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca uma das etapas mais importantes da minha vida e não podia encerrar este capítulo sem agradecer àqueles que me acompanharam durante todo este processo. Ficam os agradecimentos:

À professora Isabel Mesquita, obrigada por me deixar traçar o rumo desta investigação, dando-me a oportunidade de estudar algo do meu interesse.

À minha parceira de tese, Francisca Félix, por me acompanhar nos momentos de maior aflição! Muito obrigada pela partilha de conhecimentos, pela ajuda ilimitada e pelos momentos de incentivo! Trabalhar contigo neste grande projeto que é o mestrado, foi um enorme gosto!

A todos os colegas, professores e amigos, que de alguma forma me ajudaram a concluir esta dissertação!

Mas, a cima de tudo quero agradecer imensamente, **aos meus pais**, por confiarem e acreditarem em mim; por me conseguirem trazer tranquilidade nos momentos de maior aflição; por me acompanharem durante todos estes anos, dispendendo de grande parte daquilo que é vosso para me ajudar a alcançar este sonho! Obrigada pelo apoio incondicional! Sou-vos eternamente grata, pois sem a vossa força nada disto era possível!

Muito obrigada.

A complexidade interna do “cuidar” em medicina familiar: O impacto da profissão nos médicos de família

Resumo

A presente investigação, detém como principal objetivo estudar o fenómeno da fadiga por compaixão e do contágio emocional, na prática clínica dos médicos de família do ACES Estuário do Tejo. Estes fenómenos, foram estudados em função de algumas variáveis sociodemográficas sendo ainda estudada a relação entre estes construtos. Para tal, aplicou-se um questionário sociodemográfico, a *Escala de Qualidade de Vida Profissional, Versão 5* (ProQOL-5) e a *Escala de Contágio Emocional* (ECE), numa amostra de 38 médicos de família. Os resultados indicam que a amostra apresenta níveis baixos a moderados de fadiga por compaixão e uma elevada suscetibilidade ao contágio emocional, especialmente pelas emoções positivas. Não foram encontradas diferenças significativas nos resultados em função das variáveis sociodemográficas. Constataram-se correlações entre as dimensões do ProQOL-5, bem como entre as dimensões do ProQOL-5 e a ECE. Verificou-se uma relação preditiva entre a suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas e a satisfação por compaixão.

Palavras-Chave: Fadiga por Compaixão; Contágio Emocional; Medicina Familiar; Qualidade de Vida Profissional.

The internal complexity of “caring” in family medicine: The impact of the profession on family physicians

Abstract

The main objective of this investigation was to study the phenomenon of compassion fatigue and emotional contagion, in the clinical practice of family physicians at ACES Estatuário do Tejo. These phenomena were studied according to some sociodemographic variables, and the relationship between them was also analyzed. For this, it was applied a sociodemographic questionnaire, the *Professional Quality of Life Scale, Version 5* (ProQOL-5) and the *Emotional Contagion Scale* (ECE), in a sample of 38 family physicians. The results indicate that the sample has low to moderate levels of compassion fatigue and a high susceptibility to emotional contagion, especially from positive emotions. No significant differences were found in the results concerning the sociodemographic variables. Correlations were found between the dimensions of the ProQOL-5, as well as between the dimensions of ProQOL-5 and ECE. It was also found a predictive relationship between susceptibility to contagion of positive emotions and compassion satisfaction.

Key-Words: Compassion Fatigue; Emotional Contagion; Family Medicine; Professional Quality of Life.

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Enquadramento teórico | 3 |
| Medicina familiar: ser médico de família em Portugal | 3 |
| Fadiga por Compaixão | 5 |
| Prevalência da Fadiga por Compaixão na classe médica | 12 |
| Contágio Emocional | 16 |
| Manifestação do Contágio Emocional na classe médica | 23 |
| Relação entre a Fadiga por Compaixão e o Contágio Emocional | 25 |
| Método..... | 27 |
| Objetivos | 27 |
| Participantes | 29 |
| Instrumentos de medida | 30 |
| Procedimento de recolha e tratamento de dados..... | 32 |
| Resultados..... | 34 |
| Qualidade de vida profissional | 34 |
| <i>Burnout</i> | 35 |
| <i>Stress</i> Traumático Secundário | 36 |
| Contágio Emocional | 38 |
| A qualidade de vida profissional e o contágio emocional | 40 |
| Relações causais | 40 |
| Relação preditiva | 41 |
| Discussão | 42 |
| Limitações, principais conclusões e sugestões para estudos futuros | 47 |
| Referências bibliográficas | 50 |
| Anexos..... | 61 |
| Anexo A..... | 62 |
| Anexo B..... | 63 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra (N=38) | 29 |
| Tabela 2. Análise descritiva do <i>ProQOL-5</i> (N=38) | 35 |
| Tabela 3. <i>Burnout</i> em função do género..... | 35 |
| Tabela 4. <i>Burnout</i> em função da idade, anos de profissão e estado conjugal | 36 |
| Tabela 5. <i>Stress</i> Traumático Secundário em função do género | 37 |
| Tabela 6. <i>Stress</i> Traumático Secundário em função da idade, anos de profissão e estado conjugal | 37 |
| Tabela 7. Suscetibilidade ao contágio emocional pela EP e EN | 39 |
| Tabela 8. Contágio emocional em função do género | 39 |
| Tabela 9. Correlações de Pearson entre as subescalas do <i>ProQOL-5</i> e da <i>ECE</i> | 40 |
| Tabela 10. Regressão Linear Simples com EP a predizer SC | 41 |

Introdução

Médico, palavra cuja definição remete para aquele que trata, que cura/cuida (Rebello, 2001). Já nos exórdios da fundação das bases científicas da medicina, se ponderava a existência de um custo físico e psicológico, associado à prática profissional desta área. Custo este, oriundo da complexidade da “arte” de cuidar e de trabalhar diretamente com o sofrimento do outro.

É de conhecimento mundial, que o médico durante a sua prática clínica, lida frequentemente com a carga emocional de pacientes em constante sofrimento, detendo a missão de relacionar-se com estes da forma mais empática e compassiva possível (Fernando III, & Consedine, 2014, 2017; Hamilton, Tran, & Jamieson, 2016; Newton, 2013). Esta dura realidade, detém por vezes, um efeito adverso nestes profissionais, podendo expressar-se num fenómeno intitulado por Fadiga por Compaixão (FC) (Pehlivan, & Güner, 2018).

Atualmente, a FC é explorada em diversos contextos, sendo reconhecida como uma preocupação interprofissional (Pfaff, Freeman-Gibb, Patrick, DiBiase, & Moretti, 2017). É vasto o corpo teórico, que indica que cuidadores das mais diversas áreas profissionais estão em risco de lidar com as consequências nefastas de trabalhar com o sofrimento do outro (Pehlivan, & Güner, 2018; Stamm, 2010, 2012). No entanto, em Portugal, tem sido pouca a atenção dada ao estudo da FC, sobretudo em médicos de família, embora a medicina familiar, seja uma especialidade onde está subjacente o contacto a longo prazo com os pacientes e o sofrimento destes (Newton, 2013).

O facto de o ser humano apresentar por natureza a capacidade de partilhar emoções, é uma mais valia para os profissionais de saúde (Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015; Sabo, 2011). É da opinião pública, que os profissionais de saúde, especialmente a classe médica, para efetuarem uma boa prática clínica devem vir equipados com um conjunto diversificado de ferramentas, no qual a empatia e a compaixão, demonstram ser duas das componentes-chave para o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente, bem como, para a qualidade ótima dos cuidados prestados (Dev, Fernando III, Kirby, & Consedine, 2018; Fernando III, & Consedine, 2014; Hamilton et al., 2016; Huggard, 2003; Kerasidou, & Horn, 2016; Lown, 2016; Newton, 2013).

A toda a profissão em que se prestam cuidados a pessoas em sofrimento, está subjacente a necessidade de fornecer apoio emocional (Adams, Boscarino, & Figley,

2008). Nestas circunstâncias, a empatia e a compaixão demonstram ser fulcrais, visto que são importantes catalisadores do processo de cura (Amutio-Kareaga, García-Campayo, Delgado, Hermosilla, & Martínez-Taboada, 2017; Barbosa, Souza, & Moreira, 2014; Kerasidou, & Horn, 2016; Lown, 2016). Todavia, dados apontam para um declínio do uso destes construtos, durante a prática clínica da classe médica em geral (Lown, 2016).

Newton (2013), afirmava: “Physicians walk a fine empathic line to ensure they can relate to the patient without becoming too hardened themselves.” (p.10). Isto é, a necessidade dos médicos em serem compassivos e empáticos extrai um custo na maioria das circunstâncias (Figley, 2002; Newton, 2013). Daí a FC, ser atualmente reconhecida como um risco ocupacional associado a todos os profissionais que estão expostos ao sofrimento (Bride, Radey, & Figley, 2007; Chan, Chan, Chuang, Ng, & Neo, 2015; Sansó et al., 2015), uma vez que envolve o risco de mudanças emocionais, cognitivas e comportamentais (Bride et al., 2007; Fernando III, & Consedine, 2014; Hamilton et al., 2016; Huggard, & Unit, 2013).

É extensa a literatura que afirma que, o facto de os médicos experienciarem muitas situações emocionalmente desafiadoras, detêm o poder de afetar o estado emocional destes (Weilenmann et al., 2018). Sabe-se que, a transferência de emoções, está no centro da empatia. Por sua vez, o Contágio Emocional (CE) é considerado a forma mais básica e primitiva de empatia, sendo considerado o primeiro estágio da resposta empática (Gouveia, Guerra, Santos, Rivera, & Singelis, 2007b; Manera, Grandi, & Colle, 2013; Nakahashi, & Ohtsuki, 2015; Sabin-Farrel, & Turpin, 2003; Weilenmann et al., 2018).

Assim, é também do interesse desta investigação estudar o CE, uma vez que as mudanças do estado emocional dos profissionais, poderão ocorrer por via deste fenómeno (Weilenmann et al., 2018). Por consequência, se o profissional não detiver a capacidade de manter uma certa separação emocional do sofrimento do seu paciente, acaba por se deixar contagiar emocionalmente por este (Kirby, & Lück, 2014; Thomas, & Otis, 2010). Logo, o profissional de saúde acaba por possuir um maior risco de desenvolver FC (Sabin-Farrel, & Turpin, 2003; Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016; Thomas, & Otis, 2010).

Deste modo, esta investigação ambiciona averiguar a manifestação da FC e do CE em médicos de família, compreender a relação entre estes fenómenos, assim como, realizar uma análise destes em função de algumas variáveis sociodemográficas – género, idade, anos de profissão e estado conjugal. Por sua vez, são estes objetivos que tornam

este estudo inovador, uma vez que algo deste género nunca foi realizado antes. Assim, nesta dissertação, encontra-se primeiramente apresentada uma revisão da literatura que se debruça sob estes construtos, sendo nesta, expostas evidências empíricas de interesse para o estudo. Seguidamente, é descrito o estudo empírico efetuado, bem como os resultados obtidos e a sua análise. Posteriormente, são apresentadas as limitações do estudo, as principais conclusões e sugestões para as futuras investigações.

Enquadramento teórico

Medicina familiar: ser médico de família em Portugal

Na década de 80, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), foi a primeira vez na história de Portugal, que a população começou a ter acesso a cuidados de saúde primários com o mínimo de dignidade. Desde então, a medicina geral e familiar, foi alvo de imensas modificações, sendo definido o perfil do médico de família e o seu lugar nos cuidados de saúde (De Sousa, Sardinha, Sanchez, Melo, & Ribas, 2001), algo que provocou uma subida significativa do número de médicos especialistas em medicina geral e familiar de 1990 para 2018, que subiu de 275 para 7.277 (PORDATA, 2020).

Allen et al. (2005), caracterizam a medicina geral e familiar através das seguintes evidências: a) é por norma o primeiro contacto médico dentro do sistema de saúde; b) utiliza eficientemente os recursos de saúde através da coordenação dos cuidados; c) desenvolve uma abordagem focada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade no qual este está inserido; d) possui um processo único de consulta, onde é estabelecida uma relação médico-paciente que almeja ser a longo prazo; e) é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente, conforme as necessidades do paciente; f) detém um processo específico de tomada de decisão, determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade; g) gere simultaneamente problemas agudos e crónicos; h) promove a saúde e o bem-estar através de intervenções apropriadas; i) detém uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade; e j) lida com problemas de saúde nas mais diversas dimensões.

É possível olhar para a medicina geral e familiar como a medicina da pessoa, em que cada utente, é compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica e social (De Sousa et al., 2001). Podemos definir o médico de família, como um especialista preparado para trabalhar na primeira linha do sistema de saúde, visto que, esta especialidade é reconhecida como a base do sistema de saúde (De Sousa et al., 2001;

Rebello, 2001). Assim, sendo a medicina geral e familiar uma especialidade que visa assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, através do seguimento dos utentes ao longo de toda a sua vida, o médico de família é um profissional de saúde habilitado para solucionar de 80% a 90% dos problemas de saúde apresentados pela população, sendo, na perspetiva dos utentes, um contacto crucial, quando estes necessitam de conselhos acerca da sua saúde (Allen et al., 2005; De Sousa et al., 2001; Rebello, 2001).

A consulta, é o alicerce da prática clínica dos médicos de família, uma vez que é colossal o tempo despendido por estes profissionais ao contacto direto com os pacientes (Granja, & Ponte, 2011). Como tal, a esta profissão está subjacente uma grande exposição a queixas e a sofrimento (Newton, 2013).

É vasto o conjunto de métodos e técnicas que os médicos de família devem dominar, dentro do qual estão incluídas técnicas que visem fomentar uma boa relação e comunicação entre o médico e o paciente, devendo o profissional ser empático e ouvir os seus pacientes, interessando-se simultaneamente pelos problemas destes (De Sousa et al., 2001). Assim, a capacidade do profissional em ser empático torna-se fulcral, na medida em que, a comunicação empática promove a satisfação do paciente, estabelece confiança e fomenta a adesão ao tratamento (Airagnes et al., 2014; Gleichgerrcht, & Decety, 2013; Newton, 2013; Thirioux et al., 2016; Weilenmann et al., 2018).

Grande parte dos médicos, detém a capacidade de nutrir empatia para com os seus pacientes (Gleichgerrcht, & Decety, 2013). Contudo, responder de forma empática e simultaneamente tomar decisões difíceis acerca da intervenção a ser realizada, remete para competências complexas como autorregulação e consciência emocional (Gleichgerrcht, & Decety, 2013, 2014). A esta profissão está subjacente um ambiente emocionalmente desafiante, que por vezes, alimenta a imagem dos médicos como profissionais emocionalmente desapegados, visto que a expressão de emoções pode ser interpretada como um sinal de fraqueza (Kerasidou, & Horn, 2016). Inclusive, em alguns contextos, é preferido o médico mais racional e emocionalmente desapegado, em vez do mais empático e compassivo, dado que, o envolvimento emocional pode influenciar a objetividade, podendo resultar num julgamento médico inadequado (Kerasidou, & Horn, 2016; Weilenmann et al., 2018). Todavia, mesmo que os médicos conscientemente se retraiam no envolvimento emocional, são poucos os que se mantêm ilesos perante a exposição regular ao sofrimento dos pacientes (Kerasidou, & Horn, 2016).

Deste modo, a escolha por parte dos médicos em prol do “desapego” ou o refúgio no modelo biomédico, negligenciando-se o envolvimento emocional, pode ser visto como um mecanismo de defesa por parte destes (Gleichgerrcht, & Decety, 2013, 2014; Huggard, 2003; Newton, 2013). Isto porque, ser incapaz de deter um grau suficiente de separação emocional, resulta na gradual redução da capacidade do profissional em estar exposto à dor e sofrimento (Barbosa et al., 2014; Newton, 2013; Thomas, & Otis, 2010).

São diversos os estudos, que apontam para a existência de um declínio na manifestação da empatia e compaixão no processo de cura (Airagnes et al., 2014; Huggard, 2003; Lown, 2016). Porém, existem estudos realizados em Portugal que refutam tal ideia (Ferreira, Raposo, & Pisco, 2017; João, Monteiro, Pereira, & Rodrigues, 2018).

Recentemente, foi realizado um estudo - com a população da mesma área geográfica utilizada nesta investigação – que indica que o valor médio global de satisfação, por parte dos utilizadores dos cuidados de saúde primários, é de 77,4%. Destaco, os resultados obtidos na satisfação dos utentes com os cuidados médicos, onde se verificou que 82,1% dos utentes se demonstram satisfeitos face às componentes interpessoais dos cuidados médicos, incluindo a forma como os médicos de família os ouvem, o interesse demonstrado por estes pela situação pessoal do utente e a atenção dispensada, e 79,4% dos utentes apresentaram-se satisfeitos com a componente técnica dos médicos de família, nomeadamente com a competência, a cortesia e carinho manifestado por estes (Ferreira et al., 2017). A estes resultados, juntam-se outros, onde se verificou um elevado grau de satisfação dos utentes com os cuidados prestados pelos especialistas de medicina familiar (João et al., 2018). Tais resultados, comparativamente aos obtidos em investigações precedentes (Hespanhol, 2005; Lobo, 2008), realça o evidente investimento dos médicos de família na relação com os seus pacientes. Assim fundamenta-se, a importância de averiguar a existência de eventuais custos de tal investimento nestes profissionais. Isto porque, as estatísticas evidenciam claramente este investimento, contudo são escassas as investigações onde se verifica uma análise de possíveis custos inerentes a este.

Fadiga por Compaixão

A compaixão, é definida como um estado emocional, onde os comportamentos que lhe estão associados, visam amenizar a angústia, dor e sofrimento do outro (Lown, 2016). Assim, a compaixão apresenta-se ligada ao profundo desejo, motivação e ação relacional,

que almeja aliviar o padecimento de outrem (Dev et al., 2018; Fernando III, & Consedine, 2017; Kirby, & Lück, 2014; Pehlivan, & Güner, 2018).

Segundo o modelo transacional da compaixão médica, a manifestação da compaixão e o desenvolvimento da fadiga, são vistos como um processo dinâmico, no qual a expressão da compaixão é em qualquer circunstância, a reflexão da dinâmica entre o médico, o paciente e a instituição em que são prestados os cuidados. Deste modo, a compaixão pode ou não emergir, em função de barreiras e facilitadores (Dev et al., 2018; Fernando III, & Consedine, 2014).

Fernando III e Consedine (2017), afirmam que as barreiras à compaixão na classe médica, variam conforme a especialidade, e que apesar dos médicos dos cuidados de saúde primários demonstrarem valorizar o contacto interpessoal, estes são os que mais possuem barreiras à compaixão. Porém, mais do que um requisito da prática clínica dos médicos, a compaixão demonstra ser um *hardwired* do ser humano, apresentando-se como algo que lhe é inato (Fernando III, & Consedine, 2014; Hamilton et al., 2016).

Deste modo, a predisposição da classe médica para observar os eventos sob a perspectiva de quem sofre, sentindo-se compelidos a atenuar tal sofrimento, é uma tarefa que acarreta benefícios e custos, dado que pode ser altamente gratificante e/ou angustiante (Adams et al., 2008; Figley, 2002; Lown, 2016; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, & Smith-MacDonald, 2017).

Figley (2015) afirma, “It is obvious that we can be traumatized by helping suffering people in harm’s way as well as by being in harm’s way ourselves.” (p.3). A este parecer, estão associados vários conceitos, inclusive o termo Fadiga por Compaixão (FC), que é por si só problemático, sendo frequentemente confundido com diversos construtos, como *burnout*, trauma secundário e traumatização vicária (Fernando III, & Consedine, 2014; Pehlivan, & Güner, 2018; Sabin-Farrel, & Turpin, 2003; Sorenson, Bolick, Wright, & Hamilton, 2016; Stamm, 2010; Sinclair et al., 2017).

Em 1995, Figley, afirmava que: “There is a cost to caring. Professionals who listen to client’s stories of fear, pain and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care.” (p.1). Assim, o autor apresentava a ideia de que profissionais de saúde, cujo trabalho se centra no alívio do sofrimento físico e emocional, detêm uma profissão onde está implícito ouvir muita informação acerca do sofrimento dos outros (Figley, 1995). Por consequência, tal especificidade ocupacional, faz com que estes

profissionais detenham a tendência para absorver esse mesmo sofrimento para eles mesmos (Figley, 1995, 2015; Khan, Khan, & Malik, 2015).

O termo FC, adquiriu notoriedade da vasta investigação de Charles Figley. O fascínio de Figley por esta temática, emergiu após a publicação do Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais, onde a descrição da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), incluía uma diretriz que apontava para possibilidade da traumatização através do contacto com o sofrimento dos outros (Figley, 2002, 2015). Tal, despertou o interesse do autor em estudar o *Stress* Traumático Secundário (STS) e a Perturbação de *Stress* Traumático Secundário (PSTS), nomeadamente, o impacto negativo do cuidar nos familiares de indivíduos traumatizados, partindo do pressuposto de que: “(...) people can be traumatized without actually being physically harmed or threatened with harm. That is, they can be traumatized simply by learning about the traumatic event.” (p.4) (Figley, 1995). Assim, o termo STS, foi definido por Figley como o conjunto de comportamentos e emoções resultantes da tomada de conhecimento de eventos traumáticos experienciados por outro significativo, sendo o STS uma forma de *stress* resultante da ligação emocional a um indivíduo em sofrimento (Bride et al., 2007; Figley, 1995, 2002, 2015).

A este “custo de cuidar”, Figley (1995, 2002, 2015) intitula por FC. O autor, define a FC como, “the natural consequent behaviors and emotions resulting from knowing about a traumatizing event experienced or suffered by a person” (p.7) (Figley, 1995). Assim, a FC apresenta-se como a combinação da exaustão e disfunção física, espiritual e emocional, resultante da exposição prolongada ao *stress* por compaixão (Račić et al., 2019). Melhor dizendo, a FC é um estado de tensão e ansiedade, resultante da escuta cumulativa de narrativas sobre eventos traumáticos (Pehlivan, & Güner, 2018).

Pfaff, Freeman-Gibb, Patrick, DiBiase e Moretti (2017), asseguram que a FC pode ser descrita como: “a form of secondary traumatic stress, and burnout (...) Compassion Fatigue is experienced as emotional and physical erosion on a personal level, and it occurs when helping professionals are unable to refuel or regenerate.” (p.1). Simplificando, podemos olhar para a FC, como o termo utilizado para indicar o processo no qual, um profissional, ligado ao atendimento de indivíduos que possuem como demanda o sofrimento, acabam fatigados, exaustos fisicamente e mentalmente, devido ao contacto constante com o *stress* provocado pela compaixão destes para com os indivíduos que

pretendem ajudar (Figley, 1995, 2002, 2015; Huggard, & Unit, 2013; Hunsaker et al., 2015; Sabo, 2011; Turgoose, & Maddox, 2017). Assim, a FC apresenta-se relacionada com o *stress* provindo da relação do profissional com o paciente (Gallagher, 2013; Kirby, & Lück, 2014; Kleiner, & Wallace, 2017; Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, & Nijkamp, 2015; Sabo, 2011; Turgoose, & Maddox, 2017).

Foi Figley, quem apresentou pela primeira vez um modelo explicativo da FC, baseando-se no pressuposto de que a empatia e a energia emocional, são a força condutora de todo o labor onde está subjacente a exposição ao sofrimento humano. Isto porque, só através destes fenómenos é possível conceber uma resposta empática e estabelecer uma relação terapêutica com o paciente (Figley, 2002; Sabo, 2011; Sinclair et al., 2017).

No seu modelo causal, Figley enumerava a influência de um conjunto de onze variáveis envolvidas no desenvolvimento da FC (Figley, 2002). Este modelo, é apresentado como uma série de eventos em cascata, em que a exposição à dor, ao sofrimento e/ou a um evento traumático do paciente, demonstra ser o cerne da questão (Sabo, 2011; Sinclair et al., 2017).

Figley (2002), começa por apresentar a capacidade empática como a primeira variável do seu modelo, esclarecendo que esta é a aptidão do profissional para compreender a dor ou sofrimento do outro. Por sua vez, perante a exposição à dor ou ao sofrimento dos pacientes, a capacidade empática e a preocupação empática – motivação do profissional para responder às necessidades do indivíduo - dos prestadores de cuidados, gera uma resposta empática – medida em que o profissional realiza um esforço para reduzir o sofrimento do outro –, podendo resultar em *stress* por compaixão - resíduo da energia emocional, derivado da resposta empática dada ao paciente e da demanda contínua por ação que vise aliviar o sofrimento deste. Por consequência, o risco de o profissional experienciar FC, aumenta, caso se averigue: a) exposição contínua e prolongada ao sofrimento do paciente; b) memórias traumáticas que provoquem uma resposta emocional, ou seja, que desencadeiem a sintomatologia da PSTS; e/ou c) interrupções inesperadas na vida do profissional – p.e. doença, mudança estilo de vida (Figley, 2002; Sabo, 2011; Sinclair et al., 2017). Ao seu modelo, Figley (2002), acrescentava ainda duas variáveis de *coping* positivas: (1) senso de satisfação – medida em que o profissional está satisfeito com os seus esforços para ajudar o paciente; e (2) desapego/distanciamento emocional – medida em que o profissional se consegue

distanciar da carga emocional subjacente ao contacto com o paciente (Figley, 2002; Sinclair et al., 2017; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

À *posteriori*, Figley (2014), reformulou o seu modelo adaptando-o para todo o tipo de profissionais que trabalham diretamente com sofrimento do outro. Assim, o autor incorporou as seguintes variáveis: a) autorregulação, que diz respeito à gestão eficaz das fontes de *stress* do profissional – variável que veio substituir o distanciamento emocional; b) a satisfação por compaixão e apoio, que corresponde à satisfação do profissional por conseguir ajudar o seu paciente e o facto deste sentir-se apoiado pelos seus colegas – que veio comutar o senso de satisfação; e c) novas fontes de *stress*, que poderão ser pessoais ou profissionais de índole crónica ou repentina – variável que veio substituir a interrupções inesperadas na vida do profissional (Figley, 2014). Como resultado da agregação das variáveis mencionadas anteriormente, o modelo de Figley passa a clarificar não só o surgimento da FC, mas também a resiliência do profissional à FC, isto é, a capacidade de recuperação do profissional face às adversidades e circunstâncias que o tenham exposto a avultadas quantidades de *stress* (Figley, 2014).

Stamm (2010), investigador que se dedicou a esta problemática juntamente com Figley, considera a FC um dos aspetos da qualidade de vida profissional. O autor define a qualidade de vida profissional, como o sentimento de qualidade que o profissional possui em relação ao seu trabalho enquanto cuidador, estando esta associada às características do ambiente laboral, às características individuais dos profissionais e à exposição destes ao trauma primário ou secundário no local de trabalho (Stamm, 2010).

Segundo o modelo de Stamm (2010, 2012), a qualidade de vida profissional compreende aspetos positivos - Satisfação por Compaixão (SC) -, e negativos - FC -, que resultam do envolvimento emocional e afetivo dos profissionais com o seu trabalho. O autor define a SC, como: “the pleasure you derive from being able to do your work well. For example, you may feel like it is a pleasure to help others through your work.” (p.12). Já a FC, o autor descreve como um fenómeno multidimensional, que se subdivide em duas componentes: (1) *Burnout* (BO), particularmente associado a sentimentos de desesperança e dificuldade em lidar com o trabalho, ou em desempenhar as tarefas laborais eficazmente; e (2) *Stress* Traumático Secundário (STS), que consiste no *stress* provindo da exposição secundária a eventos traumáticos ou extremos, manifestando-se

frequentemente num sentimento negativo conduzido pelo medo e trauma relacionado com o trabalho (Stamm, 2010).

Evidências empíricas, apontam para a existência de uma correlação positiva entre o BO e o STS (Avieli, Ben-David, & Levy, 2015; El-bar, Levy, Wald, & Biderman, 2013; Rossi et al., 2012; Sansó et al., 2015; Sodeke-Gregson, Holttum, & Billings, 2013), de uma correlação negativa entre o BO e a SC (Avieli et al., 2015; El-bar et al., 2013; Rossi et al., 2012; Sansó et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013), e de uma correlação negativa entre o STS e a SC (Avieli et al., 2015; Rossi et al., 2012; Sodeke-Gregson et al., 2013). Por consequência, a FC surge repetitivamente associada a uma baixa manifestação de SC (Chan et al., 2015; Rossi et al., 2012; Turgoose, & Maddox, 2017) e a uma elevada manifestação de STS e de BO (Chan et al., 2015; El-bar et al., 2013; Ghazanfar, Chaudhry, Asar, & Zahid, 2018). Porém, é importante ressaltar que nem todos os indivíduos que manifestam elevados níveis de FC expressam baixos níveis de SC (El-bar et al., 2013; Sansó et al., 2015). Inclusive existem estudos onde não são encontradas correlações entre estes dois construtos (El-bar et al., 2013; Sansó et al., 2015). Tal, indica que os profissionais conseguem encontrar alegria, significado e satisfação no trabalho que desempenham, independentemente dos desafios e *stressores* com que se deparam (Chan et al., 2015).

Perante a grande diversidade de conceitos e modelos explicativos da FC, Pehlivan e Güner (2018), apresentam um modelo integrador, que compreende tanto o modelo de Figley (2002) como o de Stamm (2010, 2012). Deste modo, os autores defendem que o processo de formação da FC surge aglomerado: a) ao fornecimento de cuidados a um paciente em pleno sofrimento; b) ao desejo de ajudar o paciente; c) à capacidade de ser empático; e d) à compaixão. Assim, o ato de fornecer cuidados prolongados e intensivos, pode conduzir ao STS e ao BO, resultando na redução da capacidade de o profissional ser empático e compassivo para com os seus pacientes. Sob esta perspectiva, a FC emerge como o resultado de longos períodos de tempo, onde o profissional é detentor de uma elevada energia e compaixão, dirigida à atenuação do sofrimento do outro, sem que sejam visíveis melhorias significativas neste (Pehlivan, & Güner, 2018).

Por norma, a sintomatologia da FC emerge rapidamente, podendo esta resultar da exposição a um único evento traumático (El-bar et al., 2013; Kleiner, & Wallace, 2017; Pehlivan, & Güner, 2018; Rossi et al., 2012; Sabin-Farrel, & Turpin, 2003; Sorenson et

al., 2016). Por sua vez, a FC pode manifestar-se em diferentes níveis de gravidade. Inclusive, Mathieu (2007), defende que a FC se manifesta num *continuum*, podendo esta expressar-se em diferentes momentos da carreira de um profissional, sendo que os sinais que alertam para a manifestação desta problemática são facilmente identificáveis.

Segundo Portnoy (2011), a sintomatologia da FC pode ser distribuída por cinco níveis: (1) nível cognitivo, detetando-se apatia, concentração reduzida, desorientação, rigidez de pensamento e pensamentos assentes na preocupação acerca do problema do paciente; (2) nível emocional, manifestando-se uma sensação de incapacidade em ajudar o outro, sentimentos de culpa, medo, tristeza, raiva, ansiedade e reexperienciação de situações problemáticas ao trabalhar com um paciente ou com a sua família; (3) nível comportamental, verificando-se irritabilidade, desmotivação, insónias, mudanças de apetite, hipervigilância e isolamento; (4) nível espiritual, podendo o indivíduo questionar o sentido da vida e os seus princípios religiosos, bem como manifestar desesperança, perda de fé ou ceticismo; e (5) nível somático, que remete para a manifestação de sudorese, taquicardia, dificuldades respiratórias, dores, tonturas, debilitação do sistema imunitário e dificuldade em adormecer.

A esta sintomatologia acresce: (1) exaustão; (2) diminuição da capacidade de sentir empatia e simpatia para como os seus pacientes; (3) diminuído sentido de satisfação com a sua carreira; (4) receio em trabalhar com determinados pacientes; (5) imagens intrusivas ou dissociação; (6) hipersensibilidade ou insensibilidade ao material emocional dos pacientes; (7) dificuldade em separar a vida profissional da pessoal; e (8) ansiedade aumentada ou medos irracionais relativamente ao trabalho (El-bar et al., 2013; Figley, 2015; Gallagher, 2013; Mathieu, 2007; Sinclair et al., 2017; Sorenson et al., 2016).

Assim, indivíduos com FC descrevem com frequência, um desejo incontável de evitar a luta do paciente, relatando uma necessidade em distanciar-se de situações carregadas de sofrimento (Pehlivan, & Güner, 2018; Pfaff et al., 2017; Sorenson et al., 2016). Por consequência, a FC detém um impacto negativo na capacidade dos profissionais de saúde em cuidar dos seus pacientes, dado que manifesta-se na redução da capacidade e interesse dos profissionais em suportar o sofrimento dos seus pacientes, bem como na incapacidade de fornecer um cuidado compassivo a estes (Adams et al., 2008; El-bar et al., 2013; Gallagher, 2013; Huggard, & Unit, 2013; Sansó et al., 2015; Sinclair et al., 2017; Turgoose, & Maddox, 2017).

Posto isto, embora a FC seja frequentemente identificada em profissionais de saúde que trabalham diretamente com o trauma, a manifestação desta problemática não é exclusiva deste contexto (Barbosa et al., 2014; Khan et al., 2015; Mathieu, 2007; Turgoose, & Maddox, 2017). Tal, reflete-se na diversidade de estudos publicados nos últimos anos, onde se atesta as mais díspares amostras (Sinclair et al., 2017; Sorenson et al., 2016; Stamm, 2010). Assim, é possível encontrar estudos, cujas amostras detêm amplos contextos de intervenção como: (1) serviços hospitalares (Barbosa et al., 2014); (2) serviços de saúde mental (Rossi et al., 2012; Sprang et al., 2007); (3) serviços de oncologia (Pfaff et al., 2017); (4) Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Mol et al., 2015); (5) serviços hospitalares militares (Khan et al., 2015); (6) voluntariado com vítimas de trauma (Avieli et al., 2015); entre outros. Por outro lado, encontram-se ainda estudos, cujas amostras detêm uma área profissional específica, sendo estas constituídas por: (1) enfermeiros (Hunsaker et al., 2015); (2) assistentes sociais (Adams et al., 2008; Bloomquist, Wood, Friedmeyer-Trainor, & Kim, 2016); (3) psicoterapeutas (Sodeke-Gregson et al., 2013); (4) operadores de linhas de ajuda (Stamm, 2012); e (5) médicos das mais diversas especialidades (Bellolio et al., 2014; Chan et al., 2015; El-bar et al., 2013; Ghazanfar et al., 2018; Gleichgerrcht, & Decety, 2013, 2014; Hamilton et al., 2016; Kleiner, & Wallace, 2017; Račić et al., 2019). Contudo, são escassos os estudos com uma amostra de médicos de família, sendo que, em Portugal, estes são inexistentes.

Prevalência da Fadiga por Compaixão na classe médica

Os estudos realizados acerca da prevalência da FC na classe médica, são recentes comparativamente, com a grande diversidade temporal de investigações que analisam tal problemática noutras áreas profissionais (Hamilton et al., 2016; Huggard, & Dixon, 2011; Huggard, & Unit, 2013). Dentro do leque de investigações existentes, cuja amostra é constituída por médicos, são poucas, no entanto pertinentes aquelas, cujos resultados apontam para baixos a moderados níveis de FC nesta área profissional (Ghazanfar et al., 2018). Todavia, agregam-se a estes dados, resultados em que a FC se manifesta significativamente mais elevada em médicos, comparativamente a indivíduos de outras áreas profissionais (Khan et al., 2015).

São múltiplos os dados, que apontam para um aumento da manifestação da FC na classe médica (Rosenstein, 2013). Evidências empíricas indicam que 20% a 70% dos médicos sofrem de FC (Amutio-Kareaga et al., 2017). Tal é justificado, uma vez que a

classe médica não só lida diretamente com indivíduos em sofrimento, como também é uma área profissional onde a compaixão é um requisito essencial à prática clínica (Barbosa et al., 2014; Huggard, & Unit, 2013; Lown, 2016; Newton, 2013). Por sua vez, são diversas as variáveis internas e externas que demonstram deter influência na manifestação da FC – p.e. idade, género, experiências pessoais (Rosenstein, 2013).

Segundo Fernando III e Consedine (2014), legitimar que os médicos estão em risco de desenvolver FC, sugere que estes detêm uma reserva de compaixão que acaba por se esgotar se esta for utilizada em excesso. Tal crença, remete para a ideia de que, a manifestação da FC deverá ser mais comum com o avanço da idade (Fernando III, & Consedine, 2014). Contudo, são diversas as investigações que comprovam a existência de uma relação inversa entre a manifestação da FC e a idade, indicando que a FC se manifesta predominantemente em médicos mais novos (Chan et al., 2015; Fernando III, & Consedine, 2014; Ghazanfar et al., 2018). Inclusive, existem evidências empíricas que apontam para pontuações mais elevadas na subescala do BO e STS, em indivíduos com idade inferior a 40 anos (Ghazanfar et al., 2018).

Já o número de anos de profissão, nomeadamente o seu aumento, parece ser um factor protetor perante a FC (Chan et al., 2015; Gleichgerrcht, & Decety, 2013, 2014; Hamilton et al., 2016). Num estudo realizado por Gleichgerrcht e Decety (2013), os profissionais de medicina com menos anos de experiência, foram aqueles que evidenciaram níveis mais baixos de SC e níveis mais elevados de BO. Tal, poderá indicar que, a exposição contínua dos médicos ao sofrimento dos seus pacientes permite-lhes desenvolver estratégias de *coping* positivas (Dev et al., 2018; Fernando III, & Consedine, 2014) ou que, gera nestes uma diminuição da sua preocupação empática, algo que resulta na dessensibilização destes profissionais ao sofrimento dos pacientes (Gleichgerrcht, & Decety, 2014). Todavia, existem ainda dados, onde se averiguou a manifestação de níveis elevados de STS e níveis moderados de BO, com o aumento dos anos de serviço (Račić et al., 2019).

Relativamente, à influência do género na manifestação da FC, evidências apontam para o facto do género deter um efeito específico na preocupação empática dos indivíduos, sendo que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de preocupação empática que os homens (Gleichgerrcht, & Decety, 2013). Para além disto, dados indicam que, indivíduos do género feminino demonstram possuir menos barreiras à compaixão (Fernando III, & Consedine, 2017). Tais evidências, apontam para uma

maior probabilidade de os profissionais de medicina do género feminino manifestarem FC (Kleiner, & Wallace, 2017). Contudo, são vários os estudos onde não foram encontradas evidências, onde se constata a influência do género na manifestação da FC na classe médica (Bellolio et al., 2014; El-bar et al., 2013; Ghazanfar et al., 2018; Gleichgerrcht, & Decety, 2013; Račić et al., 2019).

Destaco ainda que, existem também evidências empíricas onde se averigua uma relação entre a paternidade, o estado conjugal e a FC. Nomeadamente, que indivíduos com filhos e/ou casados são os que demonstram possuir níveis mais baixos de FC (Kleiner, & Wallace, 2017).

No que concerne, aos estudos que averigam a prevalência da FC em médicos de família, embora escassos, os dados existentes indicam que, esta população está propensa a desenvolver tal problemática devido às especificidades do seu trabalho (El-bar et al., 2013; Račić et al., 2019). Isto porque, é enorme o período de tempo despendido pelos profissionais de medicina familiar, à realização de consultas onde está subjacente o contacto com os utentes e com o seu sofrimento (Granja, & Ponte, 2011). Nestes períodos, é exigido aos médicos de família que escutem ativamente os seus pacientes, sendo estes muitas vezes detentores de uma carga emocional negativa avultada (Newton, 2013; Pfaff et al., 2017). Esta exigência relacional, assente num envolvimento emocional por parte do profissional, torna esta especialidade médica uma especialidade, onde está inerente o risco de desenvolver FC (El-bar et al., 2013).

Na perspetiva de alguns profissionais de medicina, a medicina familiar demonstra ser comparativamente às restantes especialidades, uma das ramificações da medicina onde o risco de exaustão emocional é baixo (Gleichgerrcht, & Decety, 2014). Todavia, dados indicam que, quanto maior for o período de tempo em que o médico está encarregue por um paciente, maior é o custo emocional da morte e do sofrimento do paciente para o médico (Gallagher, 2013). Por sua vez, tal especificidade, está altamente associada à prática da medicina familiar, uma vez que nesta se almeja que, cada indivíduo seja seguido durante toda a sua vida por um só médico de família, expondo-se a longo prazo os profissionais de medicina familiar a pacientes com doenças crónicas complexas, em que o sofrimento é constante (Allen et al., 2005; De Sousa et al., 2001; El-bar et al., 2013; Račić et al., 2019; Rebelo, 2001).

Resultados obtidos num estudo com uma amostra de médicos residentes de diferentes especialidades, incluindo-se especialidades cirúrgicas, não-cirúrgicas – abrangendo a medicina familiar -, e de emergência, indicam que não existem quaisquer diferenças significativas na prevalência da FC, entre as diferentes especialidades médicas. Assim, conclui-se que, os médicos de família detêm o mesmo risco de desenvolver FC que os restantes profissionais de medicina, desmistificando-se a crença de que estes profissionais não enfrentam o “custo” de cuidar (Bellolio et al., 2014).

Numa amostra de 104 médicos de família, 101 reconheceram que possuem pacientes que consideram difíceis e problemáticos devido aos seus comportamentos e aos seus problemas médicos (Elder, Ricer, & Tobias, 2006). Assim, é considerável o número de profissionais de medicina familiar que descrevem os momentos em que estão em contacto com os seus utentes como momentos difíceis (Elder et al., 2006). Inclusive Gallagher (2013), descreve um caso de um médico de família, responsável pelo acompanhamento de uma paciente com cancro, cujo estado de saúde se agrava, acabando esta por falecer. Através do seu artigo, o autor exhibe de forma clara o risco, associado à exposição dos médicos de família ao sofrimento e morte de alguns dos seus pacientes, de desenvolver FC nesta área profissional (Gallagher, 2013).

Numa investigação realizada com uma amostra de médicos de família do Negev, avaliou-se a prevalência da FC nesta população, bem como a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas. Os resultados desta investigação, atestam que 57.8% da amostra apresenta risco de desenvolver FC, sendo que desta percentagem, 35.2% recai no grupo de risco extremamente elevado. Tais resultados, demonstram ser significativamente mais elevados que outros obtidos noutras amostras constituídas por profissionais de outras áreas. Os autores justificam que tal se verifica, devido à relação longitudinal dos médicos de família com os seus pacientes (El-bar et al., 2013).

Num outro estudo, cuja amostra é constituída unicamente por especialistas de medicina familiar, foi possível atestar que a maioria dos profissionais apresentou níveis moderados de SC (70%), BO (75%) e STS (55.8%). Embora os resultados deste estudo, venham contradizer parte das evidências apresentadas anteriormente, é importante salientar que, níveis moderados de SC, BO e STS entre os médicos de família, remetem para uma ampla necessidade de implementação de programas que almejem prevenir a FC. Até porque, foi possível constatar neste estudo, que médicos de família detentores de um

vasto número de pacientes, com longos anos de experiência, demonstravam estar em maior risco de desenvolver FC (Račić et al., 2019).

Em suma, é extremamente importante estudar este fenómeno nas mais diversas áreas profissionais, inclusive na medicina familiar, pois o impacto negativo do “cuidar”, resulta na diminuição da qualidade dos serviços prestados e do bem-estar geral do cuidador (Barbosa et al., 2014; Gallagher, 2013; Huggard, & Unit, 2013; Pfaff et al., 2017; Račić et al., 2019; Thomas, & Otis, 2010; Turgoose, & Maddox, 2017). Esta problemática está ainda associada ao aumento do número de erros médicos, à apatia na prestação de cuidados e à diminuição da satisfação dos profissionais e dos pacientes (Fernando III, & Consedine, 2014; Gleichgerrcht, & Decety, 2013; Kirby, & Lück, 2014; Newton, 2013; Pehlivan, & Güner, 2018; Račić et al., 2019; Rossi et al., 2012).

Destaco ainda que, Gleichgerrcht e Decety (2013) puderam constatar que 68,1% da sua amostra que padecia de FC, era constituída por indivíduos, cujo registo de licenças médicas era bastante extenso. Estes dados, evidenciam o quão incapacitante demonstra ser esta problemática, tornando-se evidente que esta pode influenciar a capacidade do profissional em realizar o seu trabalho, uma vez que, pode afetar a sua saúde mental (Chan et al., 2015). Assim, justifica-se a urgente necessidade de identificar factores que contribuam para a manifestação desta problemática visando preveni-la.

Salvaguarda-se que, já existem estudos que realçam a eficácia da meditação, *mindfulness*, escrita reflexiva e outras atividades ou programas de autocuidado, que auxiliam os profissionais a gerir as experiências negativas que estão subjacentes à sua profissão (Figley, 2015; Mol et al., 2015; Pfaff et al., 2017; Rossi et al., 2012; Sinclair et al., 2017; Stamm, 2010). Dados asseguram que, profissionais com maiores níveis de consciencialização e com uma boa capacidade para lidar com a morte e com o sofrimento, experienciam menos FC (Amutio-Kareaga et al., 2017; Sansó et al., 2015).

Contágio Emocional

As emoções, são uma parte fulcral do quotidiano do ser humano (Vijayalakshmi, & Bhattacharyya, 2012). Apresentadas na literatura como respostas fisiológicas, comportamentais e cognitivas a eventos significativos, as emoções, podem ser definidas como experiências subjetivas (Bispo, & Paiva, 2009; Gouveia et al., 2007b; Lundqvist, 2006, 2008; Rueff-Lopes, Navarro, Caetano, & Silva, 2015; Weilenmann et al., 2018).

Já nos primórdios da psicologia, se elucidava que as experiências emocionais, surgem da consciencialização das várias mudanças corporais (Gouveia et al., 2007b). Todavia, é usual as emoções serem retratadas como intangíveis, embora os indivíduos detenham a capacidade de perceber de forma automática e involuntária, as suas emoções e as dos outros (Rueff-Lopes, & Caetano, 2012).

A psicologia social, vê as emoções como um fenómeno de influência social, uma vez que estas também ocorrem a nível grupal (Gouveia, Gouveia, Guerra, Santos, & de Medeiros, 2007a). Tal ideia é apresentada na antiga literatura grega, quando se narra a histeria como um fenómeno que facilmente se propaga através da proximidade (Lundqvist, & Kevrekidis, 2008). Portanto, já a algum tempo, que se acredita que os seres humanos não vivem em ilhas emocionais (Vijayalakshmi, & Bhattacharyya, 2012).

São diversas as evidências de que, afetamos e somos afetados automaticamente e inconscientemente pelas emoções dos outros a um ritmo surpreendente (Bispo, & Paiva, 2009; Coco, Ingolia, & Lundqvist, 2014). Contudo, mais do que perceber o que o outro está a sentir, os seres humanos frequentemente imitam e sincronizam os sinais não verbais emitidos pelos outros, levando-os a experienciar estados emocionais semelhantes (Cardena, Terhune, Lööf, & Buratti, 2008; Coco et al., 2014; Doherty, 1997; Manera et al., 2013; Rueff-Lopes, & Caetano, 2012).

Ao processo de contágio primitivo, Hatfield, Cacioppo e Rapson (1994), designavam de Contágio Emocional (CE), definindo-o como: "the tendency to automatically mimic and synchronize facial expressions, vocalizations, postures, and movements with those of another person and, consequently, to converge emotionally" (p. 5). Simplificando, o CE remete para o estado emocional do observador, resultante da perceção do estado emocional do seu "objeto" de observação (Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Manera et al., 2013; Siebert, Siebert, & Taylor-McLaughlin, 2007; Wróbel, & Imbir, 2019; Wróbel, & Olszanowski, 2019).

Deste modo, Hatfield et al. (1994) acreditavam que o CE é melhor conceptualizado como evento multideterminado por fenómenos psicofisiológicos, comportamentais e sociais. Como tal, o CE pode ser produzido por um estímulo inato não verbal – p.e. uma expressão facial positiva/negativa -, um estímulo social complexo – p.e. crítica de uma mãe dirigida ao seu filho -, entre outros (Prochazkova, & Kret, 2017). Assim, o CE pode manifestar-se como uma resposta emocional que é semelhante/convergente – p.e. quando

um sorriso provoca outro - ou complementar/divergente – p.e. quando a manifestação de raiva gera medo – ao estímulo (Elfenbein, 2014; Hatfield, Bensman, Thornton, & Rapson, 2014a; Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1994; Olszanowski, Wróbel, & Hess, 2019; Wróbel, & Olszanowski, 2019).

Além do mais, o CE pode ainda ser visto como um fenómeno multinível, visto que, o estímulo precipitante surge de um indivíduo, agindo sobre um ou mais indivíduos, gerando emoções semelhantes ou complementares nestes. Ademais, o CE pode provir de vários tipos de mimetismo que por sua vez, ocorrem em diferentes níveis de processamento – sensorial, motor, psicofisiológico e afetivo (Hatfield et al., 2014a; Hatfield, et al., 1994; Prochazkova, & Kret, 2017; Vijayalakshmi, & Bhattacharyya, 2012; Wróbel, & Olszanowski, 2019).

Tendo em consideração tais pareceres, Doherty (1997), veio redefinir a definição de CE, apresentando-a da seguinte forma: “Emotional contagion is a multiply determined family of psychophysiological, cognitive, behavioral, and social phenomena in which eliciting stimuli arise from one individual, act upon one or more others, and produce emotional responses that are congruent or complementary to eliciting stimuli.” (p.134). Assim, este fenómeno alude para a sensibilidade dos indivíduos às emoções dos outros, uma vez que estes, são induzidos inconscientemente a "capturar" as emoções através da mera exposição aos outros (Coenen, & Broekens, 2012; Gouveia et al., 2007b; Kevrekidis, Skapinakis, Damigos, & Mavreas, 2008; Petitta, Jiang, & Härtel, 2017). Por conseguinte, o CE visa: (1) facilitar a convergência de pensamentos e comportamentos; (2) reforçar os relacionamentos; (3) reduzir a distância emocional entre os indivíduos; (4) auxiliar a comunicação verbal; (5) ajudar a compreender as intenções e motivações dos outros; e (6) validar as próprias emoções (Rueff-Lopes, & Caetano, 2012).

Assim, sendo o CE um fenómeno de natureza social, resultante da capacidade inata dos indivíduos em sincronizar o seu estado afetivo com terceiros, este possui uma grande influência nos relacionamentos interpessoais, pois gera uma sincronia comportamental (Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Petitta et al., 2017). Tal evidência, atesta o facto de o CE deter um papel fulcral na compreensão da cognição, da emoção e do comportamento humano, visto que é um alicerce essencial da interação social, pois permite aos indivíduos partilhar e compreender os estados emocionais uns dos outros (Coco et al., 2014; Hatfield et al., 2014a; Hatfield, Carpenter, & Rapson, 2014b; Hatfield,

Rapson, & Le, 2011; Prochazkova, & Kret, 2017). Inclusive, acredita-se que este fenómeno detém uma função adaptativa para o ser humano (Hatfield et al., 2014a; Manera et al., 2013; Nakahashi, & Ohtsuki, 2015; Petitta et al., 2017), dado que é considerado um tipo de “cola” social que conecta os indivíduos, regulando a sua interação social, garantindo a sobrevivência social destes (Hatfield et al., 2014a). Para além disto, indivíduos mais suscetíveis ao CE demonstram ser mais sensíveis e empáticos para com os outros, sendo assim este fenómeno associado a uma melhor autoestima e funcionamento social (Cardeña et al., 2008; Doherty, 1997; Manera et al., 2013).

Empiricamente, as emoções podem ser “captadas” de múltiplas formas (Englert, 2014; Hatfield et al., 2011; Hatfield et al., 2014b). Todavia, a explicação predominante na literatura, defende que o CE é um fenómeno automático, subtil e omnipresente, que pode ser compreendido através de dois construtos, o mimetismo e o *feedback* aferente (Hatfield et al., 2014a; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011).

O mimetismo, diz respeito ao facto de o ser humano durante uma simples conversa, mimetizar e sincronizar de forma automática e contínua, as expressões faciais, a voz, a postura e os movimentos do “objeto” de observação. Por sua vez, o mimetismo poderá ser: (1) facial, quando a face do indivíduo reflete a expressão facial daqueles que o rodeiam; (2) vocal, que corresponde ao mimetismo e sincronização dos enunciados vocais; e/ou (3) postural, que se refere ao mimetismo e sincronização da postura e dos movimentos corporais (Hatfield et al., 2014a; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011).

A literatura recente, introduziu o termo mimetismo automático, defendendo que o ser humano é capaz de mimetizar em diferentes níveis, mimetizando mais do que os movimentos musculares. Desta forma, é defendida a existência de dois tipos de mimetismo: (1) mimetismo motor, controlado pelos músculos – incluindo-se neste o mimetismo facial, postural e vocal, bem como a sincronização do olhar; e (2) mimetismo autónomo, que engloba todo o tipo de padrão associativo da componente fisiológica – p.e. sincronização do ritmo cardíaco, sincronização hormonal, mimetismo pupilar e rubor facial. Assim, enquanto que o mimetismo autónomo comunica a intensidade da emoção observada, o mimetismo motor fornece informações que ajudam o observador a rotular a valência emocional (positiva/negativa) (Prochazkova, & Kret, 2017).

Já o *feedback*, diz respeito ao facto de a experiência emocional ser afetada a cada momento, pelo *feedback* aferente provindo do mimetismo - processo pelo qual, a

informação é enviada dos nervos periféricos para o cérebro. Ressalva-se que, a experiência emocional pode ser influenciada pelo(s): (1) comandos do sistema nervoso central, que visam direcionar o mimetismo; (2) *feedback* aferente de tal mimetismo; e (3) processos conscientes de autopercepção, onde os indivíduos realizam inferências acerca dos seus próprios estados emocionais, com base no seu próprio comportamento expressivo. Estes 3 processos, garantem que a experiência emocional é moldada pelo mimetismo (Hatfield et al., 2014a; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011; Rueff-Lopes et al., 2015).

Por conseguinte, as experiências emocionais, são moldadas por três tipos de *feedback*: (1) *feedback* facial, existindo evidências que afirmam que a experiência emocional e a atividade do Sistema Nervoso Automático (SNA), são afetados pelo *feedback* reproduzido pelos músculos faciais; (2) *feedback* vocal, que assenta na alegação de que, cada uma das emoções básicas está ligada a padrões específicos de entoação, qualidade vocal, ritmo e momentos de pausa, e que mimetizar tais padrões detém o poder de afetar as emoções experienciadas; e (3) *feedback* postural, sugerindo-se que as emoções são moldadas pelo *feedback* provindo da postura corporal adquirida. Por outro lado, os indivíduos tendem a sentir emoções em concordância com as expressões faciais, vocais e posturais que adotam (Hatfield et al., 2014a; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011; Rueff-Lopes et al., 2015).

Posto isto, como resultado do mimetismo e do *feedback*, os seres humanos possuem a tendência de, a cada momento, “captarem” as emoções daqueles com quem interagem, dando-se assim o fenómeno de contágio emocional (Hatfield et al., 2014a; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011; Olszanowski et al., 2019).

Sucintamente, todos os indivíduos possuem a tendência durante a interação social, para imitar ou mimetizar de forma automática, contínua e inconsciente as expressões emocionais fugazes da pessoa com quem estão a interagir, sincronizando as suas expressões faciais, vocais e posturais - mimetismo (Bakker, Schaufeli, Sixma, & Bosveld, 2001; Cardeña et al., 2008; Coco et al., 2014; Doherty, 1997; Doherty, Orimoto, Singelis, Hatfield, & Hebb, 1995; Hatfield et al., 1994; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011; Lundqvist, 2006, 2008; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008; Olszanowski et al., 2019; Rueff-Lopes et al., 2015; Wróbel, & Imbir, 2019). Por consequência, os indivíduos acabam por sentir um ténue reflexo das emoções reais dos outros, gerado por este processo de

mimetismo, reflexo este, resultante do processo de *feedback* aferente (Bakker et al., 2001; Cardeña et al., 2008; Coco et al., 2014; Doherty, 1997; Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007b; Hatfield et al., 2014b; Olszanowski et al., 2019; Rueff-Lopes et al., 2015; Wróbel, & Imbir, 2019). Por sua vez, ao atender a este fluxo de pequenas reações, os indivíduos tornam-se capazes de se sentirem na experiência emocional do outro, pois “captam-na” e absorvem-na, produzindo uma experiência emocional simultânea e congruente – contágio emocional (Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011; Olszanowski et al., 2019).

Acresce a este modelo, evidências encontradas no campo da neurociência, que concluem que determinados circuitos cerebrais são responsáveis pelo facto de o ser humano ser capaz de “captar” as emoções dos outros. Neurocientistas, afirmam que existem determinados neurónios envolvidos neste fenómeno, os neurónios espelho, que são responsáveis pela imitação do comportamento do outro, enquanto o observam. Consequentemente, o funcionamento destas estruturas cerebrais, explicam o CE e a empatia em primatas, inclusive nos seres humanos (Hatfield et al., 2014a; Hatfield et al., 2014b; Hatfield et al., 2011; Manera et al., 2013; Petitta et al., 2017).

Também Elfenbein (2014), através da sua teoria – Teoria do Processo Afetivo (TPA) –, alicerçada no campo da psicologia organizacional, visa examinar e enumerar um leque de mecanismos pelos quais os estados afetivos de duas ou mais pessoas podem se conectar. A TPA, assenta na ideia de que os processos sociais e interpessoais, podem moldar a experiência de CE (Elfenbein, 2014; Petitta et al., 2017). Assim, o CE pode ocorrer também através de mecanismos como a comparação social, a interpretação emocional – onde as exhibições emocionais dos outros servem de informação – e a empatia ou imaginação dos sentimentos dos outros (Elfenbein, 2014; Petitta et al., 2017). Desta forma, introduziu-se que o moderador principal que distingue diferentes processos ligação dos estados afetivos – ligação convergente, divergente e complementar – é o ponto de vantagem compartilhado (Elfenbein, 2014).

É consensual na literatura que os indivíduos que se apresentam mais suscetíveis ao CE, são aqueles que: (a) prestam muita atenção aos outros e são capazes de ler as expressões emocionais destes; (b) se vêem como indivíduos interrelacionados com os outros, e não como seres únicos e independentes; (c) possuem a tendência para mimetizar expressões faciais, vocais e posturais; e (d) cuja experiência emocional consciente é

poderosamente influenciada por *feedbacks* periféricos, ou seja, por comentários e observações realizados a seu respeito (Bakker et al., 2001; Coco et al., 2014; Doherty, 1997; Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007b; Hatfield et al., 1994; Lundqvist, 2008; Siebert et al., 2007). Por sua vez, são diversos os fatores, que tornam um indivíduo vulnerável ao CE (Coco et al., 2014; Englert, 2014; Vijayalakshmi, & Bhattacharyya, 2012). Inclusive Coenen e Broekens (2012), distribuíam estes fatores em 3 categorias: (a) diferenças individuais – p.e. gênero e traços de personalidade; (b) fatores interpessoais – p.e. grau de semelhança, poder social, grau de proximidade e pertença a um grupo; e (c) diversos – p.e. humor pré-existente.

A suscetibilidade ao CE, pode ser medida através da frequência com que os estímulos emocionais provocam uma expressão emocional, característica da emoção provocadora (Doherty, 1997). Melhor dizendo, quando um agente (recetor) ao interagir com outro agente (transmissor), demonstre ser afetado pela emoção do transmissor (Bispo, & Paiva, 2009). A probabilidade de tal ocorrer pode ser obtida através do uso *Escala de Contágio Emocional (ECE)*, instrumento desenvolvido por Doherty (1997) (Bispo, & Paiva, 2009).

Segundo Barsade (2000), citado por Bispo e Paiva (2009), a probabilidade do CE se manifestar está relacionada com dois fatores, a valência da emoção – positiva ou negativa – e a energia com que essa emoção é expressa. O autor defende, que as emoções desagradáveis estão mais sujeitas ao fenómeno de contágio e que o mesmo ocorre com as emoções que são expressas com níveis elevados de energia (Bispo, & Paiva, 2009). No entanto, algumas evidências refutam tal hipótese, averiguando que os indivíduos são mais suscetíveis de se contagiar pelas emoções de valência positiva (Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Kevrekidis et al., 2008; Lundqvist, 2006; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008). Dados recentes, constata resultados mais significativos de mimetismo facial, perante a exposição a estímulos emocionais associados à alegria (p.e. sorriso), comparativamente a estímulos emocionais associados às emoções de valência negativa – tristeza e raiva (Olszanowski et al., 2019).

Segundo Hatfield, Bensman, Thornton e Rapson (2014a), o estudo da função dos fatores sociais no processo de CE, é comum. Especula-se que, os aspetos culturais poderão influenciar a ocorrência do mimetismo. Mais concretamente, que indivíduos inseridos em culturas individualistas estarão menos propensos ao mimetismo, e conseqüentemente ao CE, que indivíduos de culturas coletivistas (Hatfield et al., 2014a).

Culturalmente, é esperado que as mulheres sejam mais empáticas do que os homens (Gouveia et al., 2007b; Rueff-Lopes et al., 2015), isto porque, são impostas normas de género tradicionalistas que sugerem que os homens e as mulheres diferem em termos de sensibilidade ao estado emocional dos outros, acreditando-se que as mulheres são educadas para serem mais expressivas e responsivas em termos emocionais (Doherty et al., 1995). Numa perspetiva de cariz evolucionário, admite-se que a suscetibilidade ao CE é maior nas mulheres, dado que facilita a produção de uma resposta precisa perante as necessidades dos seus filhos e a deteção de sinais emocionais provindos de outros adultos, visando potenciar a probabilidade de sobrevivência dos seus descendentes (Rueff-Lopes et al., 2015). Assim, o cérebro dos homens é apresentado como um órgão “sistematizador”, que faz com que estes se interessem mais por sistemas, construções e operações concretas, enquanto que as mulheres exibem um cérebro “empatizador”, focando-se mais nas relações interpessoais (Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b). Ademais, surgem evidências de que as mulheres tendem a prestar mais atenção às emoções dos outros, comparativamente aos homens, e como tal, demonstram ser mais suscetíveis ao CE (Hatfield et al., 2014a).

São diversos os estudos que defendem que, indivíduos do género feminino são mais suscetíveis ao CE do que indivíduos do género masculino (Cardena et al., 2008; Doherty, 1997; Doherty et al., 1995; Englert, 2014; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Kevrekidis et al., 2008; Lundqvist, 2006; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008; Rueff-Lopes, & Caetano, 2012). Evidências constataam que, as mulheres apresentam-se mais suscetíveis ao contágio pelas emoções positivas – alegria e amor – que os homens (Cardena et al., 2008; Doherty, 1997; Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Lundqvist, 2006; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008). O mesmo se verifica, para a suscetibilidade ao contágio pelas emoções de valência negativa (Cardena et al., 2008; Doherty, 1997; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Lundqvist, 2006; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008). No entanto, existem investigações onde se defende a inexistência de diferenças significativas na suscetibilidade ao CE, em função do género (Hatfield et al., 2014a).

Manifestação do Contágio Emocional na classe médica

São escassas as investigações realizadas com a classe médica, sendo que não foram encontrados estudos realizados com uma amostra de médicos de família. Todavia, tais

pesquisas são relevantes, pois estes profissionais são treinados para prestarem atenção às expressões verbais e não-verbais, bem como aos estados emocionais dos seus pacientes (Doherty et al., 1995; Siebert et al., 2007).

Estudos indicam que a interação com os pacientes, detém a capacidade de nutrir nos médicos tanto emoções agradáveis como emoções desagradáveis. Por sua vez, a exposição repetida destes profissionais a situações emocionalmente desafiantes, demonstra influenciar o bem-estar destes, sendo que a elevados níveis de ativação emocional desagradável estão associados a uma baixa sensação de bem-estar. Como tal, médicos que possuam dificuldades ao nível da regulação emocional, particularmente das emoções negativas, poderão estar suscetíveis a desenvolver estados emocionais prejudiciais (Weilenmann et al., 2018).

O nível de preocupação, por parte da classe médica, relativamente ao perigo de serem “infetados” pelas emoções dos pacientes é elevado (Airagnes et al., 2014). Assim, evidencia-se a necessidade de intervenções que auxiliem este grupo profissional a lidar com as suas reações emocionais perante os aspetos interpessoais, subjacentes à sua prática ocupacional (Petitta et al., 2017). Isto porque, as elevadas demandas ocupacionais quanto à execução de conversas difíceis, possuem a tendência para sobrecarregar o funcionamento cognitivo normal dos médicos (Soodalter, Siegle, Klein-Fedyshin, Arnold, & Schenker, 2018). Sabe-se que, emoções fortes detêm a capacidade de interferir com o funcionamento cognitivo, e conseqüentemente, influenciar o comportamento e a *performance* do indivíduo (Soodalter et al., 2018). Perante isto, pesquisas indicam que o rácio de trocas emocionais positivas e negativas envolvidas no processo de CE, são importantes preditores tanto de resultados construtivos, como destrutivos para estes profissionais (Petitta et al., 2017).

Conversas emocionalmente intensas – p.e. com doentes terminais ou doentes crónicos - estabelecem uma carga emocional desmesurada, podendo sobrecarregar o funcionamento emocional normal dos médicos, com demandas ocupacionais supranormais (Soodalter et al., 2018). Nestes momentos, as áreas cerebrais envolvidas no sofrimento autopercebido do médico, poderão ser ativadas, gerando respostas psicofisiológicas neste (Soodalter et al., 2018). Desta forma, embora o CE possua aspetos positivos, como auxiliar os profissionais na manifestação de compreensão empática, é importante que os profissionais de saúde tenham a noção de que tal é diferente de sentir

intensamente as emoções negativas dos seus pacientes (Siebert et al., 2007). Pois, se a disseminação das emoções não for gerida adequadamente, pode influenciar a eficácia e a qualidade do trabalho, e conseqüentemente, interferir no processo de ajuda (Siebert et al., 2007; Vijayalakshmi, & Bhattacharyya, 2012).

A literatura revela que, dependendo de fatores relacionais, como a frequência e duração dos contactos interpessoais, as emoções em contexto ocupacional, podem propagar-se de diferentes formas pelos indivíduos, algo que pode influenciar a ocorrência de contágio (Petitta et al., 2017). Ponderando sobre as especificidades do trabalho dos médicos de família, nomeadamente, a relação médico-paciente que almeja ser a longo prazo, este construto torna-se interessante de ser estudado (Allen et al., 2005; De Sousa et al., 2001; Newton, 2013; Rebelo, 2001). Sendo a medicina familiar, uma especialidade médica onde a interação entre o médico e o paciente é elevada, esta torna-se comparativamente a outras, uma especialidade em que a probabilidade de ocorrer CE é elevada (Newton, 2013).

Doherty, Orimoto, Singelis, Hatfield e Hebb (1995), prediziam que a ocupação profissional dos indivíduos poderia influenciar a suscetibilidade destes ao CE. Na sua amostra, os autores estudaram este fenómeno em médicos de diversas especialidades e em militares. Os resultados assinalaram, que os médicos são, comparativamente aos militares, mais suscetíveis ao CE. Os médicos demonstraram ser mais suscetíveis ao contágio pelas emoções negativas – raiva, medo e tristeza – do que os militares, demonstrando que a profissão poderá possuir uma influência na suscetibilidade ao CE. É importante salientar que, neste estudo os médicos do género feminino não demonstraram possuir diferenças significativas aos do género masculino, no que diz respeito à suscetibilidade ao CE (Doherty et al., 1995).

Relação entre a Fadiga por Compaixão e o Contágio Emocional

O CE remete para a partilha da emoção e não da experiência em si. Como tal, o CE limita-se à transferência de estados emocionais, não existindo a reexperienciação da situação traumática como ocorre na FC (Siebert et al., 2007). Porém, embora distintos estes dois fenómenos poderão estar interligados.

Sabin-Farrell e Turpin (2003), sugerem que são vários os mecanismos que poderão esclarecer de que forma o trabalhar com pacientes pode resultar em FC, apresentando o CE como um desses mecanismos (Adams et al., 2008).

A exposição dos indivíduos a material traumático, é por si só classificada como algo traumático, sejam os indivíduos vítimas diretas ou um clínico que lida com a angústia emocional do seu paciente. Deste modo, a exposição a material com carga emocional dolorosa, detém o poder de colocar grande parte dos profissionais de saúde em sofrimento. Um contexto ocupacional imerso em *stress*, demonstra possuir a capacidade de afetar os recursos pessoais dos profissionais para lidar com as demandas ocupacionais, verificando-se uma diminuição da capacidade dos profissionais em refletirem sobre os seus estados emocionais, tornando-se estes mais vulneráveis às emoções dos seus pacientes (Sabin-Farrell, & Turpin, 2003).

Segundo a teoria da FC, o fenómeno do BO em médicos, está associado ao excesso de empatia (Figley, 2002), uma vez que, médicos com habilidades empáticas amplificadas, são detentores de uma maior probabilidade de sofrer exaustão emocional (Thirioux et al., 2016). Além do mais, o envolvimento emocional e a exposição a elevados níveis de emoções negativas, podem levar a *stress* pessoal, exaustão emocional, BO e consequentemente, a FC (Gleichgerricht, & Decety, 2013; Thomas, & Otis, 2010; Weilenmann et al., 2018).

Indivíduos que possuem dificuldades em se desconectar emocionalmente dos seus pacientes e das suas queixas, demonstram estar predispostos a um sentimento de sobrecarga emocional, associado à continua absorção dos estados emocionais negativos dos pacientes (CE), algo que a longo prazo, pode resultar em BO (Bakker et al., 2001; Siebert et al., 2007). Sendo o CE, a forma mais básica e primitiva de empatia que nos possibilita partilhar as emoções dos outros de forma automática e inconsciente (Gouveia et al., 2007b; Manera et al., 2013; Nakahashi, & Ohtsuki, 2015; Weilenmann et al., 2018), este apresenta-se como um fator de risco para o BO (Thirioux et al., 2016). Consequentemente, tal é passível de ser verificado em estudos que apontam para a existência de uma alta correlação positiva entre o CE e o BO (Bakker et al., 2001; Petitta et al., 2017; Siebert et al., 2007). Assim, como a FC surge frequentemente associada a elevados níveis de STS e BO (El-bar et al., 2013; Ghazanfar et al., 2018), é válido colocar-se a hipótese de que o CE poderá influenciar positiva ou negativamente a manifestação da FC. Por sua vez, indivíduos incapazes de ter consciência do impacto do CE tornam-se mais vulneráveis à FC (Sabin-Farrell, & Turpin, 2003).

Porém, é importante salientar que o BO pode emergir de diversas fontes. Deste modo, sendo o foco a relação entre BO e CE, é aqui dado ênfase à extensão social, nomeadamente, às diferentes interações sociais dos médicos no contexto ocupacional. Existem evidências de que os profissionais de saúde se queixam frequentemente de BO durante interações sociais com os seus colegas (Petitta et al., 2017). Dados indicam, que as queixas de BO entre colegas detêm apenas uma relação positiva com a exaustão emocional entre clínicos gerais, quando estes evidenciam uma maior suscetibilidade ao CE (Bakker et al., 2001). Isto porque, tais profissionais demonstram estar mais suscetíveis à “absorção” das emoções negativas dos seus pares (Bakker et al., 2001). Assim, é esclarecido como o BO pode emergir do CE através interações sociais com os pares (Bakker et al., 2001; Petitta et al., 2017).

Em suma, não é devido à preocupação pelos pacientes e pelas suas circunstâncias dolorosas, que os profissionais apresentam estar em risco de desenvolver FC, mas sim, quando os profissionais se preocupam de tal modo com os pacientes que não possuem a capacidade de realizar uma separação entre as emoções destes e as suas (Thomas, & Otis, 2010). Assim, a baixos níveis de separação emocional são associados maiores riscos de FC, uma vez que, optar por uma posição de distanciamento emocional, detêm a capacidade de reduzir a intensidade emocional da experiência (Thomas, & Otis, 2010). Tais evidências salientam que, situações emocionalmente desafiantes, aglomeradas a estratégias mal adaptativas por parte dos profissionais, podem originar efeitos nefastos nestes profissionais, no impacto destes nos seus pacientes e no sistema de saúde (Weilenmann et al., 2018).

Método

Objetivos

É vasto o número de estudos que visam explorar a diversidade de fenómenos inerentes à complexidade da “arte” de cuidar. São diversas as investigações que ao longo dos anos, têm definido a FC e o CE o foco da sua análise. Contudo, é notável a lacuna existente de investigações que analisam a prevalência destes fenómenos de cariz interno, em médicos de família. Deste modo, a presente investigação detêm como principal objetivo contribuir para o aumento do conhecimento acerca da manifestação da FC e do CE em médicos especialistas de medicina familiar. Assim, visa-se demonstrar a

importância do estudo destes fenômenos, bem como encorajar o futuro desenvolvimento de programas centrados nestes.

Inúmeras evidências, elucidam as consequências nefastas da FC na qualidade de vida dos profissionais, bem como na qualidade dos serviços prestados por estes (El-bar et al., 2013; Gallagher, 2013; Huggard, & Unit, 2013; Sansó et al. 2015; Sinclair et al., 2017; Turgoose, & Maddox, 2017). Evidências empíricas, registam um aumento significativo da FC na classe médica (Amutio-Kareaga et al., 2017; El-bar et al., 2013; Khan et al., 2015; Rosenstein, 2013). São também díspares as evidências que constata, que a manifestação da FC é influenciada por um conjunto diversificado de variáveis (Rosenstein, 2013). Deste modo, num primeiro momento, a presente investigação objetivou estudar a manifestação da FC em especialistas de medicina familiar, bem como analisar a sua manifestação em função de algumas características sociodemográficas da amostra, nomeadamente, género, idade, anos de profissão e estado conjugal.

Estudos indicam que, a interação com os pacientes, pode originar nos médicos tanto emoções agradáveis como desagradáveis (Weilenmann et al., 2018). A medicina familiar apresenta-se como uma especialidade que devido às suas especificidades potencia a ocorrência do CE (Newton, 2013). Desta forma, num segundo momento, a presente investigação visou estudar a suscetibilidade dos especialistas de medicina familiar ao CE. Por sua vez, alguns autores defendem que a probabilidade do CE ocorrer se apresenta relacionada com a valência da emoção expressa (Bispo, & Paiva, 2009). Assim, nesta investigação pretendeu-se averiguar se os médicos de família se apresentam contagiar mais pelas emoções de valência positiva ou negativa. Além do mais, são diversas as evidências que apontam para existência de diferenças de género na suscetibilidade ao CE, tanto pelas emoções positivas como pelas emoções negativas. Assim, visou-se também, analisar a suscetibilidade ao CE em função do género.

Não obstante, objetivou-se averiguar as relações entre as subescalas dos instrumentos de medida selecionados. Acresce a estes objetivos, a análise da relação entre as dimensões do *ProQOL-5* – SC BO e STS – e as dimensões da *ECE* – Emoções Positivas (EP) e Emoções Negativas (EN) -, algo nunca antes efetuado. Nesta linha de pensamento, a presente investigação, deteve ainda como objetivo apurar as relações de predição entre as variáveis estudadas que se apresentassem pertinentes.

Participantes

A investigação contou com uma amostra composta por 38 participantes, médicos especialistas de medicina familiar do ACES Estuário do Tejo – ARSLVT -, cuja participação foi voluntária, anónima e confidencial. A amostra é composta por participantes cuja idade está compreendida entre 26 e 68 anos, verificando-se uma $M=44.34$ e $DP=14.52$. Relativamente ao género, a amostra é composta maioritariamente por participantes do género feminino (63.2%). No que diz respeito, à variável estado conjugal, averiguou-se que 50% dos participantes afirmam ser casados. Já na variável, número de anos de profissão, constatou-se que amostra possui 2 a 41 anos de experiência profissional na área, detendo uma $M=18.13$ e $DP=14.83$. Ressalva-se que, na tabela 1 é apresentada uma pormenorizada da caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica da amostra (N=38)

| Variáveis | N (%) | M (DP) |
|-------------------|-----------|--------|
| Género | | |
| Feminino | 24 (63.2) | |
| Masculino | 14 (36.8) | |
| Idade | | |
| 26-31 anos | 9 (23.7) | |
| 32-38 anos | 11 (28.9) | |
| 39-61 anos | 10 (26.3) | |
| 62-68 anos | 8 (21.1) | |
| Estado Conjugal | | |
| Casado | 19 (50.0) | |
| União de facto | 4 (10.5) | |
| Divorciado | 4 (10.5) | |
| Solteiro | 10 (26.3) | |
| Viúvo | 1 (2.6) | |
| Anos de Profissão | | |
| 2-6 anos | 13 (34.2) | |
| 7-9 anos | 6 (15.8) | |
| 10-36 anos | 9 (23.7) | |

| | |
|---|----------------|
| 37-41 anos | 10 (26.3) |
| Composição do agregado familiar | 2.34 (1.07) |
| Horas de trabalho por dia (em média) | 8.13 (.74) |
| Horas de trabalho por semana (em média) | 41.05 (4.05) |
| Nº de utentes atendidos (por semana) | 107.50 (33.10) |

Instrumentos de medida

A recolha de dados foi realizada através de um protocolo constituído pelos seguintes elementos: (1) Consentimento Informado; (2) Questionário Sociodemográfico; (3) *Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) Versão 5* (Stamm, 2009, adaptação portuguesa realizada por Carvalho e Sá, 2011) (Anexo A); e (4) *Escala de Contágio Emocional (ECE)* (Doherty, 1997, adaptação de Gouveia et al., 2007a) (Anexo B).

Questionário Sociodemográfico: instrumento que almejou a recolha de dados sociodemográficos da amostra como género, idade, estado conjugal, anos de profissão, composição do agregado familiar, horas de trabalho por dia e por semana, entre outros.

Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Version 5: instrumento desenvolvido por Stamm (2009) e adaptado para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011). O instrumento foi retirado do *website* do autor constando neste a autorização para a sua utilização. A *Escala de Qualidade de Vida Profissional*, versão 5, ou *ProQOL-5*, é uma ferramenta utilizada na mensuração dos efeitos negativos e positivos da prestação de cuidados a indivíduos que experienciaram sofrimento ou trauma (Stamm, 2010).

O *ProQOL-5* é um instrumento de autorresposta, constituído por 30 itens, possuindo 3 subescalas discretas: (1) Satisfação por Compaixão (SC), que diz respeito ao prazer proveniente da capacidade do indivíduo em realizar bem o seu trabalho, sendo constituída por itens como “Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros”; (2) *Burnout* (BO), um elemento da FC associado a sentimentos de desesperança, exaustão, frustração, raiva e depressão, manifestando-se na dificuldade em lidar com o trabalho ou realizá-lo de forma eficaz, sendo esta subescala constituída por itens como “Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a)”; e (3) *Stress Traumático Secundário* (STS), outra componente da FC relacionada com a exposição secundária a eventos traumáticos, incluindo-se nesta subescala itens como “Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo

stress traumático daqueles que ajudo” (Stamm, 2009-2012, 2010). Cada subescala é constituída por 10 itens, sendo que a resposta a estes é fornecida numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1=*Nunca*; 2=*Raramente*; 3=*Por vezes*; 4=*Frequentemente*; 5=*Muito Frequentemente*), indicando com que frequência o indivíduo foi confrontado com o conteúdo de cada item nos últimos 30 dias.

A cotação das subescalas, corresponde à soma das respostas dos 10 itens pertencentes a cada subescala, após ser feita a conversão dos itens invertidos (item 1, 4, 15, 17 e 29). De acordo, com os limiares de pontuação de Stamm (2010), os valores brutos são convertidos para níveis categóricos sendo que, para qualquer uma das subescalas, pontuações: ≤ 22 , corresponde a um nível baixo; $22 < x < 42$, denota-se um nível moderado; e ≥ 42 verifica-se um nível elevado. Relativamente, à consistência interna da versão portuguesa, para as três subescalas - SC, BO e STS -, verifica-se respetivamente os valores de alfa de Cronbach de .86, .71 e .83, sendo estes muito próximos dos resultados obtidos na versão original ($\alpha = .88, .75$ e $.81$) (Carvalho, & Sá, 2011).

Escala de Contágio Emocional (ECE): instrumento concebido por Doherty (1997), é uma ferramenta que visa medir a suscetibilidade dos indivíduos ao CE. A *ECE* é um instrumento de autorresposta, constituído por 18 itens que descrevem uma variedade de sentimentos e comportamentos presentes em diversas situações. Os itens da *ECE* encontram-se distribuídos por 6 categorias: (1) amor, que inclui itens como “Derreto-me quando a pessoa que amo não me deixa ir embora”; (2) felicidade, que abrange itens como “Estar junto de pessoas felizes enche-me de pensamentos felizes”; (3) medo, que compreende itens como “Ver a cara de pânico das vítimas nas notícias faz-me imaginar como elas podem estar a sentir-se”; (4) raiva, que abrange itens como “Irrita-me estar rodeada de pessoas zangadas”; (5) tristeza, que inclui itens como “Choro quando vejo filmes tristes”; e (6) atenção - categoria que não constitui uma medida de contágio emocional, mas sim um indicativo de que o indivíduo está atento às emoções dos outros. Tal como é sugerido pela literatura, não foram considerados os itens correspondentes à categoria da atenção no tratamento dos dados. Isto é, foram considerados na totalidade apenas 15 itens.

Cada categoria é constituída por 3 itens, sendo a resposta a estes, efetuada numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos (1=*Sempre*; 2=*Frequentemente*; 3=*Raramente*;

4=*Nunca*). Este tipo de escala de resposta, definida por Doherty (1997), revela-se satisfatória dado que evita a tendência dos sujeitos para pontuar nos níveis intermédios. Estas categorias são ainda organizadas em duas dimensões: (1) Emoções Positivas (EP), cujos itens correspondem à categoria amor e felicidade; e (2) Emoções Negativas (EN), que engloba os itens da categoria tristeza, raiva e medo.

A cotação da *ECE*, é realizada através da média dos itens pertencentes a cada dimensão - EP e EN -, não existindo itens inversos. Relativamente à interpretação dos resultados, quanto menor a pontuação mais suscetível é o sujeito ao contágio emocional. A validação da *ECE* para a população espanhola apontou, respetivamente, os valores de alfa de Cronbach de .71 e .75, para as dimensões EP e EN (Gouveia et al., 2007a).

Procedimento de recolha e tratamento de dados

A presente investigação, possui uma amostragem não-probabilística, nomeadamente uma amostragem por conveniência (Maroco, 2014). Visando uma recolha de dados farta, foi efetuada uma descrição exaustiva da investigação a realizar, sendo esta apresentada à comissão de ética da ARSLVT. Perante a aprovação da comissão ética ARSLVT, os protocolos foram distribuídos, pela diretora dos centros de saúde, por todos os médicos de família que se demonstrassem interessados em participar de forma voluntária na investigação. Após o preenchimento do consentimento informado e dos instrumentos na sua totalidade – hétero-aplicação -, os protocolos foram recolhidos pela diretora dos centros de saúde em envelope fechado, visando garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes, sendo estes posteriormente devolvidos aos investigadores.

A análise dos dados recolhidos, foi efetuada através de metodologias de análise quantitativa com o auxílio do programa estatístico *IBM SPSS Statistics* (versão 24). Procedeu-se primeiramente à introdução dos dados, sendo realizada simultaneamente a inversão dos itens inversos do *ProQOL-5*. De seguida, procedeu-se à limpeza da base de dados, nomeadamente à eliminação de variáveis sociodemográficas que não fossem de interesse para o estudo. Consecutivamente, foi realizado o tratamento dos dados omissos. Logo após, foi efetuada a reconfiguração/categorização da variável idade e anos de profissão, visando a apresentação destas segundo classes. As classes, foram definidas segundo a distribuição dos dados, mais especificamente segundo os quartis obtidos na análise descritiva.

Posto isto, procedeu-se à computação das subescalas do *ProQOL-5* - SC, BO e STS -, segundo as instruções de Stamm (2010). Ininterruptamente, os valores brutos foram convertidos para níveis categóricos – nível baixo (≤ 22), moderado ($22 < x < 42$) e elevado (≥ 42) –, seguindo-se as sugestões do manual do *ProQOL-5* (Stamm, 2010). Quanto à *ECE*, seguiram-se as sugestões apresentadas por Gouveia et al. (2007a). Assim, visando a mensuração da suscetibilidade ao CE, foram criadas duas variáveis correspondentes à pontuação das subescalas Emoções Positivas (EP) e Emoções Negativas (EN). Ressalva-se que, para a interpretação dos resultados foi considerado o ponto mediano da escala de resposta (2.5; amplitude de 1=*Sempre* e 4=*Nunca*). Assim, considerando a norma de interpretação dos resultados, quanto menor a pontuação (≤ 2.5), mais suscetível é a amostra ao CE.

O pressuposto da normalidade da distribuição das variáveis foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, visto que N é maior 30, sendo também analisada a simetria [$-1.96 \leq \text{Skewness/Std errorskewness} \leq 1.96$] e o achatamento [$-1.96 \leq \text{Kurtosis/Std errorkurtosis} \leq 1.96$] (Maroco, 2014). Por conseguinte, foi possível verificar a existência de uma distribuição normal para todas as variáveis em estudo ($p > .05$), fundamentando assim a utilização posterior dos testes paramétricos (Maroco, 2014). Analisou-se a eventual existência de *outliers* significativos. O pressuposto da homocedasticidade de variâncias foi avaliado através do teste de Levene, verificando-se este pressuposto para a maioria das variáveis dependentes ($p > .05$) – SC, BO, EP e EN.

A análise estatística foi distribuída por quatro momentos. Num primeiro momento, foram estudados os resultados obtidos no *ProQOL-5*. Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva dos resultados globais. Feito isto, através do teste *t-student* para amostras independentes, foram comparadas as médias, nas subescalas do *ProQOL-5* que possibilitam a análise da FC – BO e STS –, em função da variável género. Salvaguarda-se que, na análise da dimensão do STS em função do género, verificou-se a falha do pressuposto de homocedasticidade, sendo considerados os resultados do “Equal variances not assumed”. Posto isto, recorreu-se à Análise de Variância (ANOVA) *one-way* visando examinar a existência de diferenças significativas na subescala BO e STS, em função da variável idade, anos de profissão e estado conjugal.

Num segundo momento, foram examinados os resultados obtidos na *ECE*. Primeiramente, foi efetuada uma análise descritiva das médias da *ECE*. Foi ainda

realizado o teste *t-student* para amostras emparelhadas, visando inferir sobre a igualdade das médias, nomeadamente visando inferir se os indivíduos da amostra se demonstram contagiar mais pelas emoções positivas ou pelas emoções negativas (Maroco, 2014; Pestana, & Gageiro, 2008). Seguidamente, visando analisar a suscetibilidade da amostra ao contágio emocional em função do género realizou-se uma Análise de Variância Multivariada (MANOVA) *one-way*.

Num terceiro momento, foi efetuada uma análise de correlações que visou determinar e explicar as relações causais entre as variáveis, inclusive compreender a magnitude da relação entre estas (Maroco, 2014). Assim, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, para variáveis contínuas, de maneira estudar a relação: (1) entre as subescalas do *ProQOL-5*; (2) entre as dimensões da *ECE*; e (3) entre as dimensões de ambos os instrumentos de medida. Todos os pressupostos deste procedimento estatístico foram assegurados. Por fim, como extensão da análise de correlações, recorreu-se ao Modelo de Regressão Linear Univariado, visando-se analisar a única relação significativa encontrada na análise correlacional entre as subescalas do *ProQOL-5* e da *ECE*. Mais concretamente, pretendeu-se estudar a relação preditiva entre a dimensão EP e SC. Foram também assegurados todos os pressupostos deste procedimento estatístico (Maroco, 2014).

Resultados

Qualidade de vida profissional

Tendo em consideração, os níveis categóricos definidos por Stamm (2010), foram obtidos através de uma análise descritiva simples, os resultados globais das três dimensões do *ProQOL-5*, sendo estes apresentados na tabela 2.

É possível averiguar que, para a dimensão da Satisfação por Compaixão (SC), 65.8% da amostra pontua no nível moderado e 34.2% pontua no nível elevado, sendo que nenhum dos sujeitos da amostra pontua no nível baixo. Quanto à dimensão do *Burnout* (BO) e *Stress* Traumático Secundário (STS), verifica-se que a amostra pontua, respetivamente, 60.5% e 55.3% no nível moderado. É ainda suscetível de ser observado que, na dimensão BO e STS, respetivamente, 15 e 17 participantes pontuam no nível baixo, e que 23 e 21 pontuam no nível moderado. Salienta-se que, tanto para BO como para STS, nenhum dos indivíduos pontua no nível elevado.

Tabela 2*Análise descritiva do ProQOL-5 (N=38)*

| Dimensões | Nível Baixo | Nível Moderado | Nível Elevado |
|-----------|-------------|----------------|---------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| SC | --- | 25 (65.8) | 13 (34.2) |
| BO | 15 (39.5) | 23 (60.5) | --- |
| STS | 17 (44.7) | 21 (55.3) | --- |

Estes resultados sugerem que para a dimensão BO e STS, os 38 médicos de família da nossa amostra apresentam níveis baixos a moderados. Já na dimensão da SC, os 38 médicos de família apresentam níveis moderados a elevados. Por sua vez, nas três dimensões, é possível atestar uma concentração dos resultados no nível moderado.

Burnout

Visando realizar a comparação das médias obtidas na subescala do *Burnout* (BO), em função do gênero dos participantes da amostra, foi efetuado o teste *t-student* para amostras independentes, cujos resultados estão expostos na tabela 3.

Tabela 3*Burnout em função do gênero*

| Gênero | M (DP) | t | gl | p | IC a 95% | g de Hedges |
|-----------|--------------|------|----|-----|---------------|-------------|
| Feminino | 23.79 (4.47) | -.37 | 36 | .72 | [-3.69, 2.55] | -.12 |
| Masculino | 24.36 (4.75) | | | | | |

Nota. *p* para um nível de significância de .05; gl = graus de liberdade; IC = Intervalo de Confiança.

De acordo com os resultados do teste *t-student*, as diferenças observadas na subescala BO, entre o gênero feminino e o gênero masculino, não são estatisticamente significativas [$t(36) = -.37, p > .05$]. Isto é, os indivíduos do gênero feminino e do gênero masculino, não diferem significativamente, no que diz respeito aos resultados na dimensão BO.

Quando aos resultados da ANOVA *one-way*, estes encontram-se expostos na tabela 4, onde é possível observar os resultados do BO em função de três variáveis com mais de duas classes, nomeadamente a variável idade, anos de profissão e estado conjugal.

Tabela 4*Burnout em função da idade, anos de profissão e estado conjugal*

| Variáveis | <i>M</i> (DP) | <i>F</i> | gl | <i>p</i> | η^2_p | Potência |
|--------------------------|---------------|----------|------|----------|------------|----------|
| Idade | | | | | | |
| 26-31 anos | 22.22 (3.80) | | | | | |
| 32-38 anos | 25.09 (4.21) | 1.70 | 3/34 | .19 | .13 | .40 |
| 39-61 anos | 25.80 (5.37) | | | | | |
| 62-68 anos | 22.25 (3.88) | | | | | |
| | | | | | | |
| Anos de Profissão | | | | | | |
| 2-6 anos | 23.08 (3.99) | | | | | |
| 7-9 anos | 24.33 (4.03) | .49 | 3/34 | .69 | .04 | .14 |
| 10-36 anos | 25.44 (4.72) | | | | | |
| 37-41 anos | 23.70 (5.52) | | | | | |
| | | | | | | |
| Estado Conjugal | | | | | | |
| Casado | 23.26 (4.42) | | | | | |
| União de facto | 27.00 (6.22) | | | | | |
| Divorciado | 24.00 (4.76) | .56 | 4/33 | .69 | .06 | .17 |
| Solteiro | 24.30 (4.37) | | | | | |
| Viúvo | 23.00 (---) | | | | | |
| | | | | | | |

Nota. *p* para um nível de significância de .05; gl = graus de liberdade; η^2_p = dimensão do efeito.

Conforme, os resultados obtidos na ANOVA *one-way*, verificou-se que não existem diferenças significativas entre as médias das diferentes classes da variável idade [$F(3, 34) = 1.70, p > .05$], anos de profissão [$F(3, 34) = .49, p > .05$], e estado conjugal [$F(4, 33) = .56, p > .05$]. Isto é, as pontuações na dimensão BO não diferem significativamente em função da idade, dos anos de profissão e do estado conjugal dos participantes da amostra.

Stress Traumático Secundário

Na tabela 5, são apresentados os resultados obtidos através do teste *t-student* para amostras independentes, nomeadamente os resultados na subescala *Stress Traumático Secundário* (STS), em função da variável género.

Tabela 5*Stress Traumático Secundário em função do género*

| Género | M (DP) | <i>t</i> | gl | <i>p</i> | IC a 95% | <i>g</i> de Hedges |
|-----------|--------------|----------|-------|----------|--------------|--------------------|
| Feminino | 24.08 (4.01) | 1.56 | 35.19 | .13 | [-.46, 3.48] | .43 |
| Masculino | 22.57 (1.95) | | | | | |

Nota. *p* para um nível de significância de .05; gl = graus de liberdade; IC = Intervalo de Confiança.

Em conformidade, com os resultados do teste *t-student* para amostras independentes, as diferenças observadas na subescala STS, entre o género feminino e o género masculino, não são estatisticamente significativas [$t(35.19) = 1.56, p > .05$]. Ou seja, os indivíduos do género feminino e masculino, não diferem significativamente nas pontuações da dimensão STS.

Relativamente aos resultados da ANOVA *one-way*, que almejam analisar as pontuações na dimensão do STS em função de variáveis com mais de duas categorias, estes encontram-se na tabela 6.

Tabela 6*Stress Traumático Secundário em função da idade, anos de profissão e estado conjugal*

| Variáveis | M (DP) | <i>F</i> | gl | <i>p</i> | η^2_p | Potência |
|--------------------------|--------------|----------|------|----------|------------|----------|
| Idade | | | | | | |
| 26-31 anos | 22.22 (2.44) | .64 | 3/34 | .60 | .05 | .17 |
| 32-38 anos | 24.36 (3.30) | | | | | |
| 39-61 anos | 23.60 (3.63) | | | | | |
| 62-68 anos | 23.75 (4.50) | | | | | |
| Anos de Profissão | | | | | | |
| 2-6 anos | 22.92 (3.10) | .30 | 3/34 | .83 | .026 | .10 |
| 7-9 anos | 23.83 (3.31) | | | | | |
| 10-36 anos | 24.33 (3.71) | | | | | |
| 37-41 anos | 23.40 (4.06) | | | | | |
| Estado Conjugal | | | | | | |
| Casado | 23.79 (3.82) | .38 | 4/33 | .82 | .04 | .13 |
| União de facto | 22.00 (1.16) | | | | | |
| Divorciado | 22.75 (3.30) | | | | | |
| Solteiro | 23.70 (3.65) | | | | | |

Nota. p para um nível de significância de .05; gl = graus de liberdade; η^2_p = dimensão do efeito.

Consoante, os resultados obtidos na ANOVA *one-way*, foi possível constatar que não existem diferenças significativas entre as médias das classes da variável idade [$F(3, 34) = .64, p > .05$], anos de profissão [$F(3, 34) = .30, p > .05$], e estado conjugal [$F(4, 33) = .38, p > .05$]. Melhor dizendo, as pontuações na dimensão STS não diferem significativamente em função da idade, dos anos de profissão e do estado conjugal dos participantes da amostra.

Contágio emocional

Através de uma análise estatística descritiva simples, procedeu-se ao cálculo das médias da dimensão Emoções Positivas (EP) ($M=1.82, DP=.42$) e Emoções Negativas (EN) ($M=2.42, DP=.41$). Por sua vez, a média total da amostra em relação à suscetibilidade ao contágio emocional é 2.12.

Desta análise preliminar, atestou-se que, a amostra apresenta-se contagiar mais pelas emoções de valência positiva do que pelas emoções de valência negativa. Tal advém do facto da média obtida na dimensão EP ser inferior à da dimensão EN. Além do mais, em termos gerais, a amostra aparenta apresentar uma elevada suscetibilidade ao contágio emocional, uma vez que a média total da amostra se apresenta abaixo do ponto mediano da escala, 2.5.

Assim sendo, os resultados obtidos do teste *t-student* para amostras emparelhadas, cujo objetivo foi inferir se os indivíduos da amostra se demonstram contagiar mais pelas emoções positivas ou pelas emoções negativas, são apresentados na tabela 7. A correlação de Pearson entre EP e EN, é de .17 e não estatisticamente significativa ($p = .31$). Estes dados, sugerem que existe uma correlação fraca entre estas dimensões (Maroco, 2014; Pestana, & Gageiro, 2008). No entanto, os resultados deste procedimento estatístico foram considerados, uma vez que tal é aconselhado pelo modelo teórico e que esta fraca correlação poderá advir da dimensão da amostra ser pequena, não apresentando este ser um forte argumento para rejeitar os resultados obtidos.

Tabela 7*Suscetibilidade ao contágio emocional pela EP e EN*

| Dimensão | <i>M</i> (DP) | <i>t</i> | gl | <i>p</i> | IC a 95% | <i>d</i> de Cohen |
|----------|---------------|----------|----|------------|--------------|-------------------|
| EP | 1.82 (.42) | -6.93 | 37 | .00 | [-.78, -.43] | 1.12 |
| EN | 2.42 (.41) | | | | | |

Nota. Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito; *p* para um nível de significância de .05; gl = graus de liberdade; IC = Intervalo de Confiança.

O teste *t-student* para amostras emparelhadas, atestou a existência de diferenças estatisticamente significativas [$t(37) = -6.93, p < .05$]. Deste modo, é possível concluir que os indivíduos da amostra diferem significativamente nas médias das dimensões EP e EN, apresentando-se estes mais suscetíveis de se contagiar pelas emoções de valência positiva do que pelas emoções de valência negativa, tal como a análise estatística descritiva preliminar indicava.

Visando analisar a suscetibilidade da amostra ao contágio emocional em função do género realizou-se uma MANOVA *one-way*. Em conformidade com os resultados obtidos, através deste procedimento estatístico, foi possível averiguar o efeito principal da variável género [Pillai's Trace = .13, $F(1,36) = 2.68, p > .05$], na suscetibilidade ao contágio emocional. Assim, através dos resultados da MANOVA *one-way*, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do género feminino e masculino, relativamente à suscetibilidade ao contágio emocional. De seguida, ponderou-se acerca dos resultados obtidos nas ANOVAs resultantes do procedimento estatístico anteriormente efetuado, cujos resultados são exibidos na tabela 8.

Tabela 8*Contágio emocional em função do género*

| Contágio | Feminino | | Masculino | | <i>F</i> | <i>p</i> | η^2_p | Potência |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | | |
| EP | 1.76 | .43 | 1.92 | .39 | 1.18 | .29 | .03 | .18 |
| EN | 2.31 | .38 | 2.60 | .42 | 4.82 | .04 | .12 | .57 |

Nota. Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito; *p* para um nível de significância de .05; η^2_p = dimensão do efeito.

De acordo com os resultados expostos na tabela 8, verificou-se que para um nível de significância de .05, a dimensão EP, confirma os resultados obtidos na MANOVA, de

que não existem diferenças significativas em função no género [$F(1,36) = 1.18, p > .05$]. Todavia, na dimensão EN, a um nível de significância de .05, verificou-se a existência de diferenças significativas, em função da variável género [$F(1,36) = 4.82, p < .05$]. Porém, Johnson (1998) afirma que ao se analisar as diferenças entre as médias em função da variável género individualmente – resultados das ANOVAs –, em circunstâncias em que os resultados da MANOVA não apontam para a existência de diferenças significativas, é necessário proceder a uma análise cuidadosa, sendo que o autor salvaguarda que tais resultados só devem ser aceites caso o nível de significância se apresente muito menor que .05. Assim, considerando-se um nível de significância de .001, os resultados obtidos na ANOVA deixam de ser significativos, uma vez que o *p value* da EN é maior .001, mantendo-se as conclusões obtidas na MANOVA *one-way*. Isto é, que não existem diferenças significativas entre o género feminino e masculino, no que concerne à suscetibilidade ao contágio emocional, tanto pelas emoções positivas como pelas emoções negativas.

A qualidade de vida profissional e o contágio emocional

Relações causais

Com o propósito de analisar como as dimensões da qualidade de vida profissional e o contágio emocional se relacionam, recorreu-se a medidas de associação – coeficiente de correlação de Pearson. Na tabela 9, são exibidos os resultados das correlações de Pearson, onde se visou estudar a relação: (1) entre as subescalas do *ProQOL-5*; (2) entre as dimensões da *ECE*; e (3) entre as dimensões de ambos os instrumentos de medida.

Tabela 9

Correlações de Pearson entre as subescalas do ProQOL-5 e da ECE

| Dimensões | SC | BO | STS | EP | EN |
|-----------|--------|-------|------|-----|----|
| SC | 1 | | | | |
| BO | -.39* | 1 | | | |
| STS | -.06 | .43** | 1 | | |
| EP | -.57** | .20 | -.18 | 1 | |
| EN | .14 | -.11 | -.29 | .17 | 1 |

Nota. $N = 38$, * correlação é significativa para $p < .05$ (bilateral); ** correlação é significativa para $p < .01$ (bilateral).

Através dos resultados da correlação de Pearson, é possível averiguar a existência de uma correlação negativa, com uma magnitude de efeito moderada (Cohen, 1988), entre a dimensão BO e SC [$r(38) = -.39, p < .05$]. Isto é, que as subidas na pontuação do BO estão associadas, em média, a diminuições na pontuação de SC, e vice-versa. Assim, é possível atestar que indivíduos que tendem a pontuar mais na dimensão BO, tendem consecutivamente a pontuar menos na dimensão SC. Além do mais, atestou-se uma correlação positiva, com uma magnitude de efeito moderada (Cohen, 1988), entre a dimensão STS e BO [$r(38) = .43, p < .01$]. Ou seja, que em média subidas na pontuação de STS estão associadas, a subidas na pontuação de BO. Melhor dizendo, indivíduos que tendem a pontuar mais na dimensão BO, tendem a pontuar mais na dimensão STS.

Por fim, quanto aos resultados entre as dimensões dos dois instrumentos é possível constatar uma correlação negativa, com uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988), entre a dimensão EP e SC [$r(38) = -.57, p < .01$]. Isto é, que diminuições na pontuação da dimensão EP estão associadas, em média, a subidas na pontuação da subescala SC. Tais resultados, revelam que indivíduos que apresentam maior suscetibilidade ao contágio das emoções positivas – ou seja, com menores pontuações médias na dimensão EP -, tendem a pontuar mais na subescala SC.

Relação preditiva

Tendo em consideração, os resultados obtidos na análise de correlações anteriormente efetuada, recorreu-se ao Modelo de Regressão Linear Univariado (Simples) com o método *Enter* (Maroco, 2014), para averiguar se a suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas (EP), prevê a manifestação da Satisfação por Compaixão (SC). Na tabela 10 são apresentados os resultados do procedimento estatístico efetuado.

Tabela 10

Regressão Linear Simples com EP a predizer SC

| Variável | r | R^2 | R^2 ajustado | t | p | B | β |
|----------|-----|-------|----------------|-------|------------|-------|---------|
| EP | .57 | .33 | .31 | -4.19 | .00 | -6.00 | -.57 |

Nota. $N = 38$; Diferenças estatisticamente significativas encontram-se a negrito; r = coeficiente de correlação de Pearson; R^2 = coeficiente de determinação; p para um nível de significância de .05; B = coeficiente não-estandardizado; β = coeficiente estandardizado.

Em conformidade, com os resultados obtidos na regressão linear simples, verificou-se a existência de uma correlação com magnitude de efeito elevada ($r(38) = .57$) (Cohen, 1988) entre a variável independente (EP) e a de resposta (SC). Assim, os resultados deste modelo linear permitem concluir que a suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas (EP) explica 33% (R^2) da variação da SC. Ao nível de significância da regressão, a variável preditora (EP) mostrou deter uma relação linear estatisticamente significativa com a variável de resposta (SC) [$F(1,36) = 17.59, p < .05$]. Por sua vez, aceita-se a hipótese alternativa da ANOVA da regressão, verificando-se que o ajustamento entre os modelos é diferente, ou seja, o ajuste do modelo com preditor é melhor que o ajuste do modelo sem preditor. Além do mais, através da análise das estimativas dos coeficientes do modelo linear, verificou-se que a EP é capaz de prever a SC ($B = -6.00, \beta = -.57, t = -4.19, p < .05$).

Em suma, é possível concluir que a suscetibilidade dos participantes ao contágio pelas emoções positivas é capaz de prever a satisfação por compaixão. Tais resultados, sugerem que uma maior suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas (menores pontuações de EP), prediz maior satisfação por compaixão (maiores pontuações na SC).

Discussão

Através da análise dos resultados globais obtidos no *ProQOL-5*, é possível atestar que os médicos de família da nossa amostra, revelam uma concentração dos resultados no nível moderado, para as três dimensões da qualidade de vida profissional – SC (65.8%), BO (60.5%) e STS (55.3%). Estes resultados, vão ao encontro dos obtidos por Račić et al. (2019), que apontam para uma semelhante aglomeração dos resultados no nível moderado - SC (70%), BO (75%) e STS (55.8%) –, numa amostra de médicos de família da Bósnia e Herzegovina. Em contraparte, apresentam-se os resultados obtidos no estudo de El-bar, Levy, Wald e Bierman (2013), onde se constata a presença de uma concentração dos resultados no nível elevado. Todavia, é importante ter em consideração que a amostra deste último estudo é uma amostra de médicos de família do Negev, região sul de Israel, cuja realidade de cuidados de saúde primários é distinta da Bósnia e Herzegovina, bem como de Portugal.

A aglomeração dos resultados verificada nesta investigação, permite concluir que os médicos de família da nossa amostra, conseguem extrair alegria, significado e satisfação do seu trabalho, independentemente dos desafios e *stressores* com que se deparam (Chan

et al., 2015). Stamm (2010) afirma que tais resultados apontam para um grupo de indivíduos que recebe reforços positivos do seu trabalho, que não possui preocupações significativas perante a sobrecarga ou incapacidade laboral, e que não manifesta medos resultantes da sua profissão. Assim, a nossa amostra aparenta ser constituída por profissionais que poderão beneficiar de oportunidades de evolução de carreira, sendo provavelmente constituída por profissionais que são apreciados pelos seus pacientes, colegas e instituição (Stamm, 2010).

Ponderando sobre os resultados obtidos na dimensão BO e STS, onde se constata uma concentração dos resultados no nível moderado, estes apontam para um nível moderado de FC, visto que, o risco de desenvolver FC é mensurado indiretamente pelos resultados destas duas dimensões. Contudo, embora os resultados não apontem para uma concentração das respostas no nível elevado, tal não indica que não haja risco de desenvolver FC. Pelo contrário, os resultados obtidos evidenciam o risco ao qual os médicos de família se encontram expostos (El-bar et al., 2013; Ghazanfar et al., 2018; Račić et al., 2019), uma vez que níveis moderados de SC, BO e STS, remetem para uma ampla necessidade de implementação de programas que almejem prevenir a FC nestes profissionais (Račić et al., 2019).

No tocante aos resultados obtidos na dimensão BO e STS, em função das variáveis sociodemográficas, foi possível atestar que para ambas as dimensões não se verificaram a existência de diferenças significativas entre as médias das classes da variável género, idade, anos de profissão e estado conjugal. Isto é, que o género feminino e o género masculino não diferem entre si, não sendo possível corroborar o pressuposto previamente apresentado na literatura, de que o género feminino estaria mais propenso a desenvolver FC (Fernando III, & Consedine, 2017; Gleichgerrcht, & Decety, 2013; Kleiner, & Wallace, 2017). Por sua vez, os resultados obtidos nesta investigação, vão ao encontro de evidências empíricas, onde não foram encontradas diferenças significativas que apontem para um possível efeito do género, na manifestação da FC na classe médica (Bellolio et al., 2014; El-bar et al., 2013; Ghazanfaret al., 2018; Gleichgerrcht, & Decety, 2013; Račić et al., 2019). Além do mais, também não é passível de ser corroborado o pressuposto de que indivíduos mais novos estão mais propensos a desenvolver FC. Tal vem impugnar a maioria da literatura que defende a existência de uma relação inversa entre a FC e a idade (Chan et al., 2015; Fernando III, & Consedine, 2014; Ghazanfar et al., 2018). Quanto, à

suposição de que um número elevado de anos de experiência profissional poderia ser um fator protetor perante a FC (Chan et al., 2015; Gleichgerrcht, & Decety, 2013, 2014; Hamilton et al., 2016), tal também não se verificou, uma vez que não se averiguaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da variável anos de profissão. Por fim, também não foi possível atestar que indivíduos casados estariam menos propensos a desenvolver FC (Kleiner, & Wallace, 2017), dado que não foram encontradas diferenças significativas entre as médias das classes desta variável. Em suma, é então possível concluir que os médicos de família da nossa amostra, não diferem nas pontuações de BO e STS, consoante as variáveis sociodemográficas consideradas, consequentemente, o mesmo é passível de ser averiguado para a FC.

Doherty et al. (1995), prediziam que a ocupação profissional dos indivíduos poderia influenciar a suscetibilidade destes ao CE, assegurando que os médicos da sua amostra apresentavam uma elevada suscetibilidade a este fenómeno. Os especialistas da medicina familiar, são profissionais, cujo treino valoriza a potencialização da capacidade destes, para prestar atenção às expressões verbais e não-verbais dos seus pacientes, bem como aos seus estados emocionais (Doherty et al., 1995; Siebert et al., 2007). Assim, a abundante exposição dos médicos a situações emocionalmente desafiantes, onde o CE se manifesta regularmente, é uma das grandes preocupações destes, dado que tal possui um impacto direto no bem-estar do cuidador (Airagnes et al., 2014; Weilenmann et al., 2018).

Apresentando-se a medicina familiar como uma especialidade que devido às suas especificidades potencia a ocorrência do CE (Newton, 2013), nesta investigação objetivou-se o estudo da manifestação do CE em médicos de família. Através dos resultados obtidos nesta investigação, foi possível atestar que os médicos de família apresentam uma elevada suscetibilidade ao CE. Isto é, que os médicos de família da nossa amostra possuem uma grande probabilidade de se deixarem contagiar pelas emoções dos seus pacientes, independentemente da valência destas. Além do mais, os resultados obtidos, apontam ainda para o facto dos médicos de família da amostra se deixarem contagiar mais pelas emoções de valência positiva, do que pelas de valência negativa. Tal vêm corroborar o pressuposto predominante na literatura, que nos levava a acreditar que os participantes da nossa amostra provavelmente iriam manifestar mais probabilidade de se contagiar pelas emoções de valência positiva (Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Kevrekidis et al., 2008; Lundqvist, 2006; Lundqvist, &

Kevrekidis, 2008). Ressalva-se que, estes resultados vão ainda ao encontro de dados recentes no campo das neurociências, que indicam que a exposição a estímulos emocionais agradáveis gera uma atividade facial, associada ao mimetismo facial, mais significativa, que a exposição a estímulos emocionais desagradáveis (Olszanowski et al., 2019).

No tocante, aos resultados que permitem refletir acerca da suscetibilidade da amostra ao CE em função do género, foi possível atestar que não existem diferenças significativas entre o género feminino e masculino. Assim, contrariam-se a maioria das evidências presentes na literatura, que apontam para o facto de as mulheres serem mais suscetíveis ao CE que os homens (Cardeña et al., 2008; Doherty, 1997; Doherty et al., 1995; Englert, 2014; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Kevrekidis et al., 2008; Lundqvist, 2006; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008; Rueff-Lopes, & Caetano, 2012).

São diversos os teóricos que defendem que por questões culturais e evolutivas, as mulheres tendem a prestar mais atenção às emoções dos outros que os homens, apresentando-se estas tendencialmente mais empáticas e sensíveis aos estados emocionais de quem as rodeia (Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Hatfield et al., 2014a; Rueff-Lopes et al., 2015). Contudo, através dos resultados obtidos nesta investigação, é possível rejeitar a ideia de que os médicos de família do género feminino se deixam contagiar mais pelas emoções dos seus pacientes, do que os médicos de família do género masculino. Tais resultados, vão ao encontro de um único estudo encontrado, onde se defende a inexistência de diferenças significativas na suscetibilidade ao CE, em função do género (Hatfield et al., 2014a). Além do mais, os resultados obtidos na presente investigação apontam também para o facto dos médicos de família, independentemente do seu género, não diferirem em termos de suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas e negativas, algo vêm contradizer as evidências presentes na literatura (Cardeña et al., 2008; Doherty, 1997; Doherty et al., 1995; Gouveia et al., 2007a; Gouveia et al., 2007b; Lundqvist, 2006; Lundqvist, & Kevrekidis, 2008).

Quanto a uma possível justificação para os resultados apresentados, é passível de ser considerado que estes poderão ser um reflexo das mudanças culturais e sociais, que têm ocorrido nos últimos anos, mudanças estas assentes no movimento de igualdade de género, onde se promove a aceitação dos homens como detentores de um grau de sensibilidade aos estados emocionais dos outros, semelhante ao das mulheres. Além do

mais, é preciso ter em consideração que grande parte dos estudos realizados sobre o CE não possuem uma amostra constituída por médicos, algo a ter em consideração aquando a comparação dos resultados, visto que os médicos, independentemente do seu género, são profissionais treinados para atender às necessidades emocionais dos seus pacientes.

No que diz respeito, aos resultados obtidos através do coeficiente de correlação de Pearson entre as dimensões do *ProQOL-5*, a constatação da existência de uma correlação positiva entre a dimensão STS e BO (Avieli et al., 2015; El-bar et al., 2013; Rossi et al., 2012; Sansó et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013) e de uma correlação negativa entre BO e SC (Avieli et al., 2015; El-bar et al., 2013; Rossi et al., 2012; Sansó et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013), veio a atestar as evidências apresentadas na literatura. O contrário ocorre entre a dimensão STS e SC, onde não se verificou uma correlação negativa significativa, contrariando-se as evidências apresentadas no enquadramento teórico (Avieli et al., 2015; Rossi et al., 2012; Sodeke-Gregson et al., 2013).

Perante estes resultados, é possível concluir que os médicos de família da amostra que manifestam queixas associadas ao *burnout*, manifestaram também queixas associadas ao *stress* traumático secundário. Em certa parte, estas conclusões esclarecem as semelhanças evidenciadas nos resultados da dimensão STS e BO – em que os indivíduos pontuaram unicamente no nível baixo e moderado, com percentagens idênticas nas duas dimensões. Por outro lado, os resultados indicam também que os médicos de família da amostra que manifestam uma elevada satisfação por compaixão, possuem baixos a moderados níveis de *burnout*. Tais resultados vêm elucidar o porquê de os médicos de família terem pontuado em níveis moderados a elevados na dimensão SC, e simultaneamente pontuarem em níveis baixos a moderados na dimensão BO.

Da escassa literatura encontrada que esclarecesse a possível relação entre a FC e o CE, foram apenas encontradas evidências que apontam para uma alta correlação positiva entre o CE e o BO (Bakker et al., 2001; Petitta et al., 2017; Siebert et al., 2007). Todavia, nesta investigação, tal não foi passível de ser verificado, visto que não foram encontradas quaisquer correlações estatisticamente significativas entre a dimensão BO e as dimensões EP e EN – dimensões que possibilitam a retirada de conclusões acerca do CE. Deste modo, embora não se tenham encontrado correlações significativas entre as dimensões que mensuram a FC – BO e STS – e as que medem o CE, sabe-se que a FC surge frequentemente associada a uma baixa SC, sendo que através desta relação inversa é

possível retirarem-se algumas conclusões (Chan et al., 2015; Rossi et al., 2012; Turgoose, & Maddox, 2017).

Como já foi referido anteriormente, é válido colocar-se a hipótese de que o CE poderá influenciar positiva ou negativamente a manifestação da FC. Neste sentido, atribui-se ênfase aos resultados obtidos nas correlações de Pearson entre os dois instrumentos, onde foi possível constatar uma única correlação significativa, nomeadamente uma correlação negativa, entre as dimensões EP e SC. Tal dado, revela que indivíduos com uma maior suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas, tendem a possuir mais satisfação por compaixão. Por sua vez, ao explorar-se esta aparente relação, constatou-se que a suscetibilidade dos médicos de família da amostra ao contágio pelas emoções positivas, é capaz de prever os níveis de satisfação por compaixão. Mais concretamente, que a elevada suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas verificada nestes profissionais, prediz uma maior satisfação por compaixão nestes. Por sua vez, tal poderá indicar que a elevada suscetibilidade ao contágio emocional pelas emoções positivas, pode ser vista como um fator protetor perante a fadiga por compaixão, visto que, teoricamente elevados níveis de SC estão associados a baixos níveis de FC (Chan et al., 2015; Rossi et al., 2012; Turgoose, & Maddox, 2017). Isto é, que o facto de os médicos de família da amostra apresentarem uma elevada probabilidade de se contagiarem pelas emoções positivas dos seus pacientes, poderá ser o fator que os protege de padecer de níveis mais elevados de fadiga por compaixão.

Limitações, principais conclusões e sugestões para estudos futuros

A presente investigação visou averiguar a manifestação da fadiga por compaixão e do contágio emocional, em especialistas de medicina familiar, bem como realizar uma análise destes fenómenos em função de algumas variáveis sociodemográficas, explorando-se posteriormente as vias que justificassem a existência de uma relação entre estes dois construtos. Todavia, embora detenha um cariz inovador, este estudo apresenta algumas limitações, que devem ser tidas em consideração, aquando a interpretação dos resultados obtidos.

A primeira limitação é talvez aquela com mais peso, diz respeito ao facto de este estudo não possuir uma amostra probabilística, mas sim de conveniência. Isto é, esta investigação contou com a participação daqueles que concordassem em colaborar com a pesquisa, sendo esta a razão para: (1) a dimensão da amostra não ser representativa da

população de médicos de família da ARSLVT; e (2) não existir uma distribuição equitativa dos participantes pelas classes de algumas das variáveis independentes. Neste sentido são escassas as possibilidades de generalizar estes resultados para a população de médicos de família da ARSLVT, bem como para a população de médicos de família em Portugal. Assim, esta limitação poderá ter inflacionado os resultados obtidos sendo necessário um extremo cuidado ao retirarem-se conclusões generalizadas a partir destes.

Por outro lado, também a hétero-aplicação dos instrumentos poderá apresenta-se como uma limitação do estudo, uma vez que tal, faz com que os resultados estejam sujeitos a enviesamentos por parte dos participantes. Isto porque, embora tenha sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, os participantes podem ter-se sentido constrangidos, abdicando de respostas sinceras, pelo facto de terem de entregar os protocolos à diretora do centro de saúde no qual trabalham.

A estas limitações acrescem, a utilização da versão da *ECE* que ainda não foi validada para a população portuguesa, bem como a pouca diversidade de literatura existente que estuda o contágio emocional em médicos de família, o que tornou limitada a sustentação teórica das hipóteses corroboradas.

Não obstante, os resultados do presente estudo permitem concluir que esta amostra de médicos de família apresenta níveis baixos a moderados de fadiga por compaixão, bem como níveis moderados a elevados de satisfação por compaixão. Acrescem a estes resultados a averiguação de uma elevada probabilidade destes profissionais em se deixarem contagiar pelas emoções dos seus pacientes, demonstrando estes uma maior suscetibilidade ao contágio pelas emoções de valência positiva. No tocante, ao estudo da manifestação destes construtos em função de algumas das variáveis sociodemográficas, foi possível constatar que, nenhuma destas variáveis demonstra influenciar a manifestação da fadiga por compaixão, bem como do contágio emocional. Além do mais, foi ainda possível atestar a existência de uma relação entre o *burnout* e o *stress* traumático secundário, bem como entre o *burnout* e a satisfação por compaixão. Foi ainda possível averiguar uma relação entre a suscetibilidade dos participantes ao contágio emocional pelas emoções positivas e a satisfação por compaixão, mais concretamente que uma elevada suscetibilidade ao contágio pelas emoções positivas prediz um elevado nível de satisfação por compaixão.

Ponderando sobre os resultados obtidos, é importante recordar que a fadiga por compaixão, é capaz de gerar disrupção na vida dos profissionais, bem como destruir as suas carreiras e impactar de diversificadas formas, a instituição no qual estes estão inseridos (Hamilton et al., 2016). Assim, perante as consequências nefastas da “arte” de cuidar, torna-se necessária também a realização de intervenções, cujo foco seja esta problemática, visando fomentar a qualidade de vida do cuidador (Pfaff et al., 2017). Por sua vez, através do estudo da fadiga por compaixão, podemos não só prevenir o *stress* e as consequências deste, como podemos também melhorar a qualidade dos serviços prestados à população (Figley, 1995).

Para além disto, fomentar a consciencialização acerca da ocorrência do contágio emocional no quotidiano dos profissionais de saúde, demonstra ser fulcral para o avanço das várias áreas que estudam a comunicação interpessoal entre médicos e pacientes (Hatfield et al., 1994). Ponderando acerca do peso que as emoções detêm no bem-estar dos indivíduos, é importante refletir sobre o papel do contágio emocional no bem-estar daqueles que são os recetores das emoções (Lundqvist, 2006; Weilenmann et al., 2018). A exposição repetida a situações emocionalmente desafiantes, onde a troca emocional é abundante, está associado um elevado risco de desenvolver *stress* crónico (Weilenmann et al., 2018). Deste modo, indivíduos que não detenham consciência do impacto do contágio emocional em si mesmos, tornam-se conseqüentemente mais vulneráveis a problemáticas como a fadiga por compaixão (Sabin-Farrell, & Turpin, 2003; Weilenmann et al., 2018). É importante que os profissionais sejam capazes de realizar uma regulação emocional eficaz, e tal passa primeiramente pelo ganho de consciência de que existem fenómenos internos que ocorrem de forma automática e inconsciente, cuja reflexão sobre estes é fulcral, de maneira a que se possa diminuir os riscos subjacentes à prática clínica de todos os profissionais que trabalham diariamente com o sofrimento do outro.

Assim, torna-se pertinente sugerir a realização de mais investigações semelhantes a esta, que visem estudar estes fenómenos e a sua relação. Contudo, recomenda-se a utilização de uma amostra com uma maior dimensão, de maneira a que os resultados possam ser generalizados para população em estudo. Ademais, sugere-se que se tente perceber quais as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos médicos de família e como estas influenciam a probabilidade destes em se deixar contagiar pelas emoções

dos seus pacientes, bem como o impacto destas estratégias na qualidade de vida profissional destes indivíduos.

Assim, o estudo da prevalência da fadiga por compaixão e do contágio emocional nos médicos de família, traça trilhos para que no futuro a classe médica, sem medo dos custos, consiga praticar a “arte” de cuidar e de trabalhar com o sofrimento dos seus pacientes da forma mais empática, compassiva e humana possível. Isto porque, é possível que os médicos se coloquem no lugar do outro, contagiando-se pelas emoções destes, sentindo-se compelidos a ajudar e a trabalhar diretamente com o seu sofrimento, salvaguardando simultaneamente o seu próprio bem-estar (Kerasidou, & Horn, 2016; Kirby, & Lück, 2014). A complexidade interna subjacente à arte de cuidar, é real, e só através do seu estudo poderemos potenciar os efeitos positivos e colmatar todos os efeitos adversos que inevitavelmente vêm inerentes ao cuidar.

Referências bibliográficas

- Adams, R., Figley, C., & Boscarino, J. (2008). The compassion fatigue scale: its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice, 18*(3), 238-250.
- Airagnes, G., Consoli, S., De Morlhon, O., Galliot, A., Lemogne, C., & Jaury, P. (2014). Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research, 76*(5), 426-429.
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P., & Evans, P. (2005). A definição europeia de medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 21*(5), 511-516.
- Amutio-Kareaga, A., García-Campayo, J., Delgado, L., Hermosilla, D., & Martínez-Taboada, C. (2017). Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. *Journal of Clinical Medicine, 6*(3), 33-49.
- Avieli, H., Ben-David, S., & Levy, I. (2015). Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 8*, 80-87.

- Bakker, A., Schaufeli, W., Sixma, H., & Bosveld, W. (2001). Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(1), 82-98.
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 14*(3), 315-323.
- Bellolio, M., Cabrera, D., Sadosty, A., Hess, E., Campbell, R., Lohse, C., & Sunga, K. (2014). Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. *Western Journal of Emergency Medicine, 15*(6), 629-635.
- Bispo, J., & Paiva, A. (2009). A model for emotional contagion based on the emotional contagion scale. In *3rd International Conference on Affective Computing and Intelligent Interaction and Workshops* (pp. 1-6). Amsterdam: IEEE.
- Bloomquist, K., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K., & Kim, H. (2016). Self-care and professional quality of life: predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work, 16*, 292-311.
- Bride, B., Radey, M., & Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 155-163.
- Cardeña, E., Terhune, D., Lööf, A., & Buratti, S. (2008). Hypnotic experience is related to emotional contagion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 57*(1), 33-46.
- Carvalho, P., & Sá, L. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Life 5"*. Dissertação de doutoramento, Universidade Católica do Porto, Porto, Portugal.
- Chan, A., Chan, Y., Chuang, K., Ng, J., & Neo, P. (2015). Addressing physician quality of life: understanding the relationship between burnout, work engagement, compassion fatigue and satisfaction. *Journal of Hospital Administration, 4*(6), 46-55.

- Coco, A., Ingoglia, S., & Lundqvist, L. (2014). The assessment of susceptibility to emotional contagion: A contribution to the Italian adaptation of the Emotional Contagion Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 38(1), 67-87.
- Coenen, R., & Broekens, J. (2012). Modeling emotional contagion based on experimental evidence for moderating factors. In *Proceedings of the 11th International Conference on Autonomous Agents and Multiagent Systems, Valência, 4 a 8 de junho* (pp. 26-33). Spain: Conitzer, Winikoff, Padgham, and van der Hoek (eds).
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- De Sousa, J., Sardinha, A., Sanchez, J., Melo, M., & Ribas, M. (2001). Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 63-74.
- Dev, V., Fernando III, A., Kirby, J., & Consedine, N. (2018). Variation in the barriers to compassion across healthcare training and disciplines: a cross-sectional study of doctors, nurses, and medical students. *International Journal of Nursing Studies*, 90, 1-28.
- Doherty, R. (1997). The Emotional contagion scale: a measure of individual differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21, 131-154.
- Doherty, R., Orimoto, L., Singelis, T., Hatfield, E., & Hebb, J. (1995). Emotional contagion: gender and occupational differences. *Psychology of Women Quarterly*, 19(3), 355-371.
- El-bar, N., Levy, A., Wald, H., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area-a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(31), 1-8.
- Elder, N., Ricer, R., & Tobias, B. (2006). How respected family physicians manage difficult patient encounters. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(6), 533-541.
- Elfenbein, H. (2014). The many faces of emotional contagion: an affective process theory for affective linkage. *Organizational Psychology Review*, 4, 326–362.

- Englert, L. (2014). The Impact of Emotional Contagion and its Relationship to Mood. *North American Journal of Psychology, 14*, 517-530.
- Fernando III, A., & Consedine, N. (2014). Beyond compassion fatigue: the transactional model of physician compassion. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(2), 289-298.
- Fernando III, A., & Consedine, N. (2017). Barriers to medical compassion as a function of experience and specialization: psychiatry, pediatrics, internal medicine, surgery, and general practice. *Journal of Pain and Symptom Management, 53*(6), 979-987.
- Ferreira, P., Raposo, V., & Pisco, L. (2017). A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*, 747-758.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An Overview. In C. Figley, *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (p.1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441.
- Figley, C. (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience. Consultado em setembro 16, 2019, em <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>.
- Figley, C. (2015). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Routledge.
- Gallagher, R. (2013). Compassion fatigue. *Canadian Family Physician, 59*(3), 265-268.
- Ghazanfar, H., Chaudhry, M., Asar, Z., & Zahid, U. (2018). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue in cardiac physicians working in tertiary care cardiac hospitals in pakistan. *Cureus, 10*(10), 1-7.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PloS one, 8*(4), e61526.

- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 243(8), 1-9.
- Gouveia, V., Gouveia, R., Guerra, V., Santos, W., & de Medeiros, E. (2007a). Midiendo contagio emocional: adaptación de la escala de Doherty. *Revista de Psicología Social*, 22(2), 99-111.
- Gouveia, V., Guerra, V., Santos, W., Rivera, G., & Singelis, T. (2007b). Escala de contágio emocional: adaptação ao contexto brasileiro. *Psico*, 38(1), 45-54.
- Granja, M., & Ponte, C. (2011). O que ocupa os médicos de família?: caracterização do trabalho médico para além da consulta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(4), 388-396.
- Hamilton, S., Tran, V., & Jamieson, J. (2016). Compassion fatigue in emergency medicine: the cost of caring. *Emergency Medicine Australasia*, 28(1), 100-103.
- Hatfield, E., Bensman, L., Thornton, P., & Rapson, R. (2014a). New perspectives on emotional contagion: A review of classic and recent research on facial mimicry and contagion. *Interpersona*, 8(2), 159-179.
- Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1994). *Emotional contagion*. New York: Cambridge University Press.
- Hatfield, E., Carpenter, M., & Rapson, R. (2014b). Emotional contagion as a precursor to collective emotions. *Collective Emotions*, 108-122.
- Hatfield, E., Rapson, R., & Le, Y. (2011). Emotional contagion and empathy. In J. Decety, & W. Ickes, *The social neuroscience of empathys* (pp. 19-30). London: MIT Press.
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(2), 185-91.
- Huggard, P. (2003). Compassion fatigue: how much can i give?. *Medical Education*, 37(2), 163-164.
- Huggard, P., & Dixon, R. (2011). Tired of caring?: the impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3, 105-112.

- Huggard, P., & Unit, G. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013, 37-44.
- Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 186-194.
- João, A., Monteiro, M., Pereira, M., & Rodrigues, V. (2018). Versão portuguesa da escala de satisfação dos pacientes com os cuidados do médico de família–SatMF17: validação psicométrica. *Scientia Medica*, 28(3), 1-7.
- Johnson, J. (1998). *Applied Multivariate Methods for Data Analysis*. USA: Code Publishing Company.
- Kerasidou, A., & Horn, R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*, 17(8), 1-5.
- Kevrekidis, P., Skapinakis, P., Damigos, D., & Mavreas, V. (2008). Adaptation of the Emotional Contagion Scale (ECS) and gender differences within the Greek cultural context. *Annals of General Psychiatry*, 7(14), 1-6.
- Khan, A., Khan, M., & Malik, N. (2015). Compassion fatigue amongst health care providers. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 65(2), 286-289.
- Kirby, J., & Lück, P. (2014). Physician self-care. *South African Medical Journal*, 104(7), 01-03.
- Kleiner, S., & Wallace, J. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-8.
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise psicológica*, 26(2), 367-371.
- Lown, B. (2016). A social neuroscience-informed model for teaching and practising compassion in health care. *Medical Education*, 50(3), 332-342.

- Lundqvist, L. (2006). A Swedish adaptation of the Emotional Contagion Scale: Factor structure and psychometric properties. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 263-272.
- Lundqvist, L. (2008). The relationship between the Biosocial Model of Personality and susceptibility to emotional contagion: a structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 89-95.
- Lundqvist, L., & Kevrekidis, P. (2008). Factor structure of the Greek version of the Emotional Contagion Scale and its measurement invariance across gender and cultural groups. *Journal of Individual Differences*, 29(3), 121-129.
- Manera, V., Grandi, E., & Colle, L. (2013). Susceptibility to emotional contagion for negative emotions improves detection of smile authenticity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1-7.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (2^a ed). Portugal: ReportNumber.
- Mathieu, F. (2007). Running on empty: compassion fatigue in health professionals. *Rehab & Community Care Medicine*, 4, 1-7.
- Mol, M., Kompanje, E., Benoit, D., Bakker, J., & Nijkamp, M. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PloS one*, 10(8), e0136955.
- Nakahashi, W., & Ohtsuki, H. (2015). When is emotional contagion adaptive?. *Journal of Theoretical Biology*, 380, 480-488.
- Newton, B. (2013). Walking a fine line: is it possible to remain an empathic physician and have a hardened heart?. *Frontiers in Human Neuroscience*, 233(7), 1-10.
- Olszanowski, M., Wróbel, M., & Hess, U. (2019). Mimicking and sharing emotions: a re-examination of the link between facial mimicry and emotional contagion. *Cognition and Emotion*, 1-10.
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: the known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 129-134.

- Pestana, H., & Gageiro, N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo editora.
- Petitta, L., Jiang, L., & Härtel, C. (2017). Emotional contagion and burnout among nurses and doctors: do joy and anger from different sources of stakeholders matter?. *Stress and Health, 33*(4), 358-369.
- Pfaff, K., Freeman-Gibb, L., Patrick, L., DiBiase, R., & Moretti, O. (2017). Reducing the “cost of caring” in cancer care: evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of Interprofessional Care, 31*(4), 512-519.
- PORDATA (2020). Médicos: não especialistas e especialistas por especialidade. Documento retirado em 31 de janeiro de 2020, de <https://www.pordata.pt/Portugal/M%c3%a9dicos+n%c3%a3o+especialistas+e+especialistas+por+especialidade-147-3537> .
- Portnoy, D. (2011). Burnout and compassion fatigue: watch for the signs. *Journal of the Catholic Health Association of United States: Health Progress, 47-50*.
- Prochazkova, E., & Kret, M. (2017). Connecting minds and sharing emotions through mimicry: a neurocognitive model of emotional contagion. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 80*, 99-114.
- Račić, M., Virijević, A., Ivković, N., Joksimović, B., Joksimović, V., & Mijovic, B. (2019). Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 25*(4), 630-637.
- Rebello, L. (2001). O médico de família do futuro: três modelos de atuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 17*, 519-562.
- Rosenstein, A. (2013). Addressing physician stress, burnout, and compassion fatigue: the time has come. *Israel Journal of Health Policy Research, 2*(1), 32.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue,

- and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 933-938.
- Rueff-Lopes, R., & Caetano, A. (2012). The emotional contagion scale: factor structure and psychometric properties in a portuguese sample. *Psychological Reports*, 111(3), 898-904.
- Rueff-Lopes, R., Navarro, J., Caetano, A., & Silva, A. (2015). A Markov chain analysis of emotional exchange in voice-to-voice communication: Testing for the mimicry hypothesis of emotional contagion. *Human Communication Research*, 41(3), 412-434.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical psychology review*, 23(3), 449-480. «
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1-11.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-206.
- Siebert, D., Siebert, C., & Taylor-McLaughlin, A. (2007). Susceptibility to emotional contagion: Its measurement and importance to social work. *Journal of Social Service Research*, 33(3), 47-56.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
- Sodeke-Gregson, E., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-10.
- Soodalter, J., Siegle, G., Klein-Fedyshin, M., Arnold, R., & Schenker, Y. (2018). Affective science and avoidant end-of-life communication: can the science of

- emotion help physicians talk with their patients about the end of life?. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 960-967.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: a review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465.
- Sprang, G., Clark, J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259-280.
- Stamm, B. (2009). *Professional Quality of Life Scale - Version 5 (ProQOL)*. Consultado em Julho 17, 2018, em http://proqol.org/ProQol_Test.html.
- Stamm, B. (2009-2012). *The ProQOL 5 Self-Score - Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Consultado em Julho 17, 2018, em http://proqol.org/ProQol_Test.html.
- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2^a ed). Pocatello: ProQOL.org.
- Stamm, B. (2012). Helping the helpers: compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy of suicide prevention hotlines. *Resources for Community Suicide Prevention*, 1, 1-4.
- Thirioux, B., Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, 7(7), 1-11.
- Thomas, J., & Otis, M. (2010). Intrapsychic correlates of professional quality of life: mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83-98.
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: a narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172-185.
- Vijayalakshmi, V., & Bhattacharyya, S. (2012). Emotional contagion and its relevance to individual behavior and organizational processes: A position paper. *Journal of Business and Psychology*, 27(3), 363-374.

- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., Von Kaenel, R., & Pfaltz, M. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: a theoretical model. *Frontiers in Psychiatry*, *389*(9), 1-18.
- Wróbel, M., & Imbir, K. (2019). Broadening the perspective on emotional contagion and emotional mimicry: the correction hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, *14*(3), 437-451.
- Wróbel, M., & Olszanowski, M. (2019). Emotional reactions to dynamic morphed facial expressions: a new method to induce emotional contagion. *Roczniki Psychologiczne*, *22*(1), 91-102.

ANEXOS

Anexo B

Escala de Contagio Emocional (ECE)

Doherty (1997)

Instruções. Este é um instrumento que mede uma variedade de sentimentos e comportamentos em diversas situações. Leia cada pergunta cuidadosamente e escreva ao lado o número que melhor se adapte a si. Não há respostas corretas ou incorretas, sendo todas confidenciais e anônimas. Por favor tente fazer o melhor para responder a todas as perguntas da forma mais honesta possível. Não salte nenhuma pergunta. Obrigado.

| 1 Sempre | 2 Frequentemente | 3 Raramente | 4 Nunca |
|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|
|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|

- 01.____ Presto atenção ao que as outras pessoas sentem.
- 02.____ Estar com uma pessoa feliz anima-me quando estou abatido/a.
- 03.____ Escutar os gritos de uma criança aterrorizada na sala de espera de um dentista deixa-me nervoso/a.
- 04.____ Se alguém com quem estou a falar começa a chorar, os meus olhos enchem-se de lágrimas.
- 05.____ Compadeço-me quando as pessoas falam da morte de seus entes queridos.
- 06.____ O meu coração agita-se quando vejo um filme romântico.
- 07.____ Derreto-me quando a pessoa que amo não me deixa ir embora.
- 08.____ Choro quando vejo filmes tristes.
- 09.____ Estar junto de pessoas felizes enche-me de pensamentos felizes.
- 10.____ Noto-me muito tenso/a quando estou ao pé de pessoas que estão stressadas.
- 11.____ Sou muito sensível a captar os sentimentos das outras pessoas.
- 12.____ Irrita-me estar rodeada de pessoas zangadas.
- 13.____ Quando alguém me sorri ternamente, sorrio-lhe e sinto-me bem.
- 14.____ Sinto ternura quando vejo uma mãe e o seu filho a abraçarem-se.
- 15.____ Fico tenso quando oiço uma discussão violenta.
- 16.____ Presto atenção ao modo como as pessoas dizem as coisas, não simplesmente ao que dizem.
- 17.____ Ver a cara de pânico das vítimas nas notícias faz-me imaginar como elas podem estar a sentir-se.
- 18.____ Cerro as minhas mandíbulas e fico tenso quando vejo rostos com expressões de repugnância nos noticiários.