

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Fadiga por Compaixão em Profissionais de Casas de
Acolhimento Residencial: Relação com Ansiedade,
Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida

Vanessa Cristina Lopes Ribeiro nº39359

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Professora Doutora Marlene Sousa
Professora Doutora Eunice Barbosa

julho, 2022



**Fadiga por Compaixão em Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial: Relação
com Ansiedade, Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida**

Vanessa C. Lopes Ribeiro (39359)

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade da Maia – ISMAI

Resumo

A fadiga por compaixão tem sido alvo de investigação nos últimos tempos junto de profissionais que lidam com a dor do outro, no entanto, profissionais de casas de acolhimento residencial (CAR) não têm sido foco de estudo deste tipo de fadiga. A carência de estudos com estes/as profissionais cujo o foco são as consequências psicológicas do seu trabalho, limita a possível intervenção e auxílio junto dos/as mesmos/as. Neste sentido, o presente estudo apresenta como objetivo geral avaliar a fadiga por compaixão nos/as profissionais de CAR, procurando compreender fatores de risco e de proteção.

Trata-se de um estudo exploratório constituído por uma amostra de 94 profissionais de CAR, com idades compreendidas entre os 22 e 69 anos de idade ($M = 39.6$; $DP = 10.6$), sendo a maioria proveniente da região norte de Portugal (52.1%). Foi utilizado um questionário sociodemográfico, o WHOQOL-BREF, o PROQOL-5, a ESSS e a GAD-7. Os resultados revelam que os/as profissionais de CAR apresentam níveis moderados de fadiga, independentemente do género, idade e tempo de experiência, níveis leves de ansiedade e níveis moderados de qualidade de vida e satisfação com o suporte social. Os níveis moderados de fadiga correlacionam-se negativamente com a qualidade de vida e com a satisfação com o suporte social. Os níveis de ansiedade correlacionam-se negativamente com a satisfação com o suporte social.

O efeito negativo desta fadiga na qualidade de vida encontrado neste estudo, realça a importância de prevenir a fadiga por compaixão, promovendo fatores protetores como a satisfação com o suporte social.

Palavras chave: *Fadiga por compaixão, Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial, Ansiedade, Suporte social e Qualidade de vida*

Abstract

Compassion fatigue has recently been the subject of research among professionals who deal with the pain of others; however, professionals from residential care homes (CAR) have not been the focus of studies on this type of fatigue. The lack of studies with these professionals focusing on the psychological consequences of their work limits the possible intervention and help for them. Therefore, the present study aims to assess compassion fatigue among CAR professionals, seeking to understand risk and protective factors.

This is an exploratory study consisting of a sample of 94 CAR professionals, aged between 22 and 69 years ($M = 39.6$; $SD = 10.6$), mostly from the northern region of Portugal (52.1%). A sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-BREF, the PROQOL-5, the ESSS and the GAD-7 were used. Results show that CAR professionals have moderate levels of fatigue, regardless of gender, age and time of experience, mild levels of anxiety, and moderate levels of quality of life and satisfaction with social support. Moderate levels of fatigue correlate negatively with quality of life and satisfaction with social support. Anxiety levels correlate negatively with satisfaction with social support.

The negative effect of this fatigue on quality of life found in this study, highlights the importance of preventing compassion fatigue by promoting protective factors such as satisfaction with social support.

Key words: *Compassion fatigue, Residential Care Home Professionals, Anxiety, Social support and Quality of life*

Fadiga por Compaixão em Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial: Relação com Ansiedade, Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida

Fadiga por compaixão é definida como sendo uma forma de stress traumático secundário prolongado resultante do conhecimento de um evento traumatizante vivido por um outro significativo, sendo que o stress resulta do auxílio ou da vontade de querer ajudar o indivíduo traumatizado ou em sofrimento (Figley, 1995). Esta pode ainda ser caracterizada por um estado de exaustão biológica, psicológica e social (Barbosa et al., 2014), sendo uma reação natural face ao testemunho de experiências traumáticas por parte do outro e à necessidade de o ajudar (Zerach, 2013). Este construto surge na sequência da designação de stress pós-traumático, no entanto, ao contrário do stress pós-traumático, fadiga por compaixão encontra-se associada à consequência de ajudar alguém vitimado/a por uma situação traumática, perigo ou doença (Figley, 1995), no qual ocorre uma constante compaixão e cuidado em relação ao outro (Barbosa et al., 2014).

O processo de desenvolvimento de fadiga por compaixão dá-se por meio de contratransferência numa relação de cuidado entre o/a utente e o/a profissional, de tal forma que o/a profissional absorve o sofrimento alheio (Figley, 2002b). Existem três fatores determinantes para o desenvolvimento de fadiga por compaixão: sentimento de responsabilidade para com o/a utente e o seu sofrimento; a incapacidade de se desresponsabilizar deste sentimento e das recordações traumáticas produtoras de stress; e as reações associadas como, por exemplo, a ansiedade (Figley, 1995). A sintomatologia experienciada pelos indivíduos, de acordo com Beaumont et al. (2016), passa por: falta de empatia, irritabilidade e raiva, hiperexcitação, pensamentos intrusivos, ansiedade, aumento do consumo de álcool e ambivalência em trabalhar com alguns/algumas utentes. Já Figley (2002a) sugere que os sintomas deste tipo de fadiga podem ser agrupados em sete categorias: (1) sintomas cognitivos (e.g., falta de concentração, baixa autoestima, apatia e preocupação

excessiva); (2) sintomas emocionais (e.g., culpa, raiva, medo, tristeza, dormência emocional e excesso de sensibilidade), (3) sintomas comportamentais (e.g., impaciência, introversão, pessimismo e perturbações do sono), (4) sintomas espirituais (e.g., questionamento sobre a vida, perda de propósito e falta de autossatisfação), (5) sintomas sociais (e.g., diminuição de interesse na intimidade, superproteção e isolamento), (6) sintomas físicos (e.g., choque, sudorese, dificuldades respiratórias e tonturas) e (7) sintomas profissionais (e.g., desmoralização, apatia, negatividade e baixa qualidade no trabalho) (Figley, 2002 & Yilmaz et al., 2018). Isto é, para Figley (1995, 2002b) o resultado de mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais que os/as cuidadores/as ou profissionais experienciam devido à exposição indireta face às experiências traumáticas dos/as sobreviventes ou utentes.

Figley (2001), com vista a compreender os fatores facilitadores da fadiga por compaixão, desenvolveu o modelo de transmissão do trauma, que reúne 10 facilitadores deste tipo de fadiga (cf. Figura 1).

Figura 1

Modelo de Transmissão do Trauma (Figley 2001, pp. 6)



Este modelo sugere que os indivíduos que sofrem de stress por compaixão experienciam, conseqüentemente, fadiga por compaixão. Por sua vez, o stress por compaixão é modelado por processos cognitivos (preocupação) e processos emocionais (distanciamento

e sensação de satisfação). Além disso, o modelo considera que turnos prolongados (e.g., turnos adicionais e longos períodos com ausência de férias), experiências traumáticas anteriores não resolvidas e a exposição a eventos traumáticos contribuem para o desenvolvimento de fadiga por compaixão.

Stamm (2010) no seu modelo teórico, considera o *burnout* como sendo um fator primário/base da fadiga por compaixão. O *burnout* é definido por Maslach (1976) como o resultado de stressores ocupacionais que se prolongam no tempo, tratando-se de uma síndrome pautada pela exaustão emocional e despersonalização, que ocorre sobretudo em profissionais que lidam com outras pessoas (Maslach & Jackson, 2001). Mais recentemente, Sousa (2011) define-o como um estado de exaustão física (e.g., baixa energia, fraqueza e fadiga crónica) e exaustão emocional (e.g., desesperança, solidão e esgotamento). Stamm (2008) enfatiza as semelhanças entre os sintomas da fadiga por compaixão e do *burnout* e considera que este último é um efeito negativo face ao ato de cuidar presente na fadiga por compaixão.

A fadiga por compaixão nos/as profissionais trata-se de uma consequência negativa no ato de cuidar face à empatia sentida quando lidam com a dor e trauma dos indivíduos (Yilmaz et al., 2018), pelo que este tipo de fadiga pode afetar qualquer profissional que durante o exercício das suas funções tenha um grande desgaste de energia física e emocional (Thompson, 2003). Não obstante, estudos empíricos como d Borges et al. (2019) tendem a demonstrar que o género feminino é mais propenso para o desenvolvimento deste tipo de fadiga, bem como profissionais com nove ou mais anos de experiência de trabalho. Além disso, profissões relacionadas com o cuidado do sofrimento dos outros (e.g., psicólogos/as, enfermeiros/as, bombeiros/as) são mais suscetíveis ao seu desenvolvimento pela exposição contínua ao sofrimento, mas também pela empatia e compaixão necessárias para a realização das suas atividades (Barbosa et al., 2014).

Profissionais de CAR estão incumbidos/as de fazer face às questões emocionais das crianças e jovens sob a sua responsabilidade, bem como de responder às suas necessidades funcionais e proporcionar condições para o desenvolvimento das suas competências pessoais (Zerach, 2013). Dada a condição desafiante do trabalho em CAR, que acolhem crianças e jovens que viveram experiências traumáticas relacionadas, por exemplo, com o abuso infantil, violência doméstica, negligência parental, perturbações mentais e que conduzem, conseqüentemente, a sentimentos de desesperança, raiva, frustração, dificuldade de regulação emocional, comportamentos impulsivos e disruptivos, estes contextos são um ambiente propício para o desenvolvimento de fadiga por compaixão (Audin et al., 2018). Assim sendo, e atendendo às características da sua atividade laboral, os/as profissionais de CAR são considerados/as uma população de risco para o desenvolvimento de fadiga por compaixão e, conseqüentemente, de reações psicológicas associadas como, por exemplo, a ansiedade (Figley, 2002a). A ansiedade é uma reação psicológica relacionada com a fadiga por compaixão, na medida em que os/as profissionais experienciam um estado de tensão e preocupação constante com os/as utentes (Figley, 1995). De acordo com Figley (1995, 2002b), os/as profissionais reexperienciam os eventos de tal forma que há, muitas vezes, o desencadear de dormência emocional, evitamento e excitação em relação ao/à utente (Figley, 1995, 2002b). Apesar de serem poucos os estudos que permitem estabelecer uma relação causal entre estas reações psicológicas – fadiga por compaixão e ansiedade –, sabe-se que a ansiedade é uma reação quase imediata a este tipo de fadiga (Figley, 2002b). Cruz (2014), nos seus estudos, encontrou que elevados níveis de fadiga por compaixão encontram-se associados a maiores níveis de ansiedade, sendo esta relação demonstrada pelo evitamento, desconforto pessoal e baixa capacidade de regulação emocional dos/as profissionais com elevada fadiga por compaixão. Por outro lado, Lee et al. (2015) revelam que um indivíduo geneticamente hipervigilante, excessivamente cauteloso e com tendência para manter o

controlo sobre as situações, corre maior risco de desenvolver este tipo de fadiga pelos seus níveis elevados de ansiedade-traço. Assim sendo, indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade-traço podem experienciar sensações de perda de controlo, insatisfação e incompetência, sensações estas associadas ao risco de fadiga por compaixão (Lee et al., 2015).

A menor qualidade de vida pode ser também umas das consequências da fadiga por compaixão. A literatura demonstra que definir a qualidade de vida ainda não é uma tarefa fácil devido à sua multifatorialidade e subjetividade (Pais - Ribeiro, 2009). No entanto, a qualidade de vida diz respeito à condição física e psicológica, saúde, autonomia, relações sociais, crenças pessoais e outros aspetos significativos para o indivíduo (Ferreira et al., 2018). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), este constructo abrange a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, e o contexto cultural onde se insere. Para Ferreira et al. (2014) as perceções das circunstâncias da vida possuem um papel importante, na medida em que podem ter um papel protetor face às doenças físicas e mentais. Sendo a fadiga por compaixão um sintoma face ao stress prolongado no contexto profissional, esta poderá ter um impacto adverso na qualidade de vida dos/as profissionais (Chen et al., 2021). A qualidade de vida poderá ser afetada, na medida em que os/as profissionais deixam para segundo plano o investimento em si próprios/as devido a um sentido de auxílio do outro, que faz com que se envolvam em turnos extra, sem folgas e com intervalos reduzidos (Ribeiro, 2021). Contudo, são escassos os estudos nesta área, sendo necessária evidência empírica suficiente que suporte esta afirmação.

A fadiga por compaixão poderá comprometer o bem-estar físico e psicológico e o funcionamento dos/as profissionais, nomeadamente os/as profissionais de CAR, o que remete para a importância de conhecer fatores protetores da fadiga por compaixão, de modo a

promover a saúde psicológica e prevenir esta condição. A literatura evidencia que a satisfação com o suporte social pode ser um fator protetor em relação à emergência de fadiga por compaixão (Chen et al., 2021; Mac Ritchie & Leibowitz, 2010). De facto, estudos empíricos demonstram que a satisfação com o suporte social no trabalho parece ser uma variável preditora positiva no que toca ao combate da fadiga por compaixão (Mac Ritchie & Leibowitz, 2010). O apoio social, através da supervisão, apoio de pares, apoio de amigos e familiares, é indicado, pelos estudos, como a variável mais promissora e frequentemente tida como uma estratégia de *coping* eficaz para lidar com a fadiga por compaixão (Jone et al., 2016). O suporte social diz respeito à assistência recebida diariamente ou num momento stressante, que proporciona um sistema de ajuda interpessoal (Umberson & Montez, 2010). O suporte social é visto, assim, como um elemento-chave para a saúde e bem-estar no desempenho das funções do indivíduo (Sánchez-Moreno & Barrón, 2003). Jone (2016) sugere que, após a exposição a uma vivência traumática, a satisfação com o apoio social ajuda a lidar com a mesma através de três formas: aumenta os recursos sociais através da promoção de relacionamentos interpessoais, melhora os recursos pessoais e auxilia no desenvolvimento de mais competências de *coping*. Por outro lado, a falta de apoio social pode agravar os níveis de fadiga por compaixão (Neveu, 2007), neste sentido a perceção positiva de apoio social tem surgido como um fator benéfico associado à redução da sintomatologia (Southwick et al., 2005).

Em suma, investigações anteriores demonstram que a fadiga por compaixão se encontra significativamente relacionada com profissões que tenham de lidar com o sofrimento do outro (Barbosa et al., 2014). No entanto, a nível nacional e internacional, existem poucos estudos realizados com profissionais das CAR (Mota et al., 2013) que se debrucem simultaneamente sobre as consequências e os fatores de risco e protetores associados à fadiga por compaixão. Este estudo é, por isso, uma mais valia para a

compreensão do fenómeno e para a promoção de estratégias que mitiguem os efeitos de uma prática profissional exigente do ponto de vista psicológico.

Assim, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar os níveis de fadiga por compaixão sentidos pelos/as profissionais das CAR, procurando compreender os fatores de risco e fatores protetores associados. Desta forma, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- (1) Avaliar os níveis de fadiga por compaixão, ansiedade, satisfação com o suporte social e qualidade de vida;
- (2) Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, designadamente o género, a idade e o período de tempo de atividade profissional em CAR, com os níveis de fadiga por compaixão;
- (3) Avaliar a relação entre a ansiedade, a satisfação com o suporte social, a fadiga por compaixão e a qualidade de vida, procurando perceber:

(3.1) o carácter preditivo dos níveis de ansiedade e de satisfação com o suporte social nos níveis de fadiga por compaixão. É esperado que a ansiedade prediga negativamente os níveis de fadiga por compaixão e que a satisfação com o suporte social prediga positivamente os níveis de fadiga por compaixão.

(3.2) o carácter preditivo dos níveis de fadiga por compaixão, ansiedade e satisfação com o suporte social na qualidade de vida. É esperado que a fadiga por compaixão e a ansiedade predigam negativamente os níveis de qualidade de vida e que a satisfação com o suporte social prediga positivamente a qualidade de vida.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 94 participantes, 78 (83%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 69 anos de idade ($M = 39.6$; $DP = 10.6$). Quanto à escolaridade, a amostra revela diversidade no nível educacional desde o ensino básico até ao mestrado, destacando-se os/as participantes com licenciatura ($n = 44$; 46.8%), seguidos dos/as participantes com o ensino secundário ($n = 26$; 27.7%). A amostra também é diversificada em termos de classes profissionais, sendo composta por Educadores/as ($n = 25$; 26.6%), Ajudantes ($n = 18$; 19.1%), Psicólogos/as ($n = 17$; 18.1%), Assistentes Sociais ($n = 10$; 10.6%), Auxiliares ($n = 9$; 9.6%) e outros profissionais ($n = 15$; 9.5%), tais como Coordenador/a, Monitor/a, Cozinheiro/a. No que toca ao tempo de anos de experiência profissional, a grande maioria dos participantes situou-se entre duas categorias, ou seja, 38 (40.4%) participantes possuíam entre a 0 a 5 anos de experiência profissional em CAR e 38 (40.4%) entre 11 a 20 anos. Quanto à região do país no qual exerciam funções, 49 (52.1%) participantes eram provenientes da região Norte, 37 (39.4%) da região Autónoma dos Açores e apenas 8 (8.5%) da região Centro (Tabela 1).

Tabela 1

Descrição sociodemográfica dos participantes (n = 94).

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	39.6	10.6
	<i>n</i>	%
Género		
Feminino	78	83.0
Masculino	16	17.0
Escolaridade		

Ensino básico	11	11.7
Ensino secundário	26	27.7
Licenciatura	44	46.8
Mestrado	13	13.8
Profissão		
Educador/a	25	26.6
Ajudante	18	19.1
Psicólogo/a	17	18.1
Assistente social	10	10.6
Auxiliar	9	9.6
Outra	15	16.0
Tempo de experiência profissional		
0 a 5 anos	38	40.4
6 a 10 anos	13	13.8
11 a 20 anos	38	40.4
21 a 30 anos	5	5.3
Região de Portugal		
Região Norte	49	52.1
Região Centro	8	8.5
Região Autónoma dos Açores	37	39.4

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Instrumentos

Características Sociodemográficas

De forma a caracterizar a população em estudo foi elaborado um questionário sociodemográfico. Os/as participantes foram questionados/as acerca do género, idade, profissão, escolaridade, tempo de trabalho em CAR e região do país onde se encontram a trabalhar.

Fadiga por Compaixão

A fadiga por compaixão foi avaliada através do questionário *Professional Quality of Life* (PROQOL-5; Stamm, 2009), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011). Este questionário permite avaliar a satisfação por compaixão, o *burnout* e a fadiga por compaixão, sendo que, neste estudo, apenas a escala de fadiga por compaixão foi utilizada. Trata-se de uma medida de autorrelato composta por 30 itens, sendo cada um avaliado através de uma escala de Likert de 5 pontos (1 = nunca; 5 = muito frequentemente). No estudo de validação para a população portuguesa, foram encontrados pontos de corte de 20, 50 e 75 à semelhança do estudo original de Stamm (2010). Estes valores são interpretados da seguinte forma: (>20) níveis baixos, (20-50) níveis médios e (50-75) níveis altos. O estudo para a população portuguesa apresentou o valor de *alfa* de Cronbach de .83 para a fadiga por compaixão (Carvalho & Sá, 2011 cit in. Carvalho, 2012). Neste estudo, a escala de fadiga por compaixão apresenta um valor de *alfa* de Cronbach de .82 valor este considerado como de boa consistência interna.

Ansiedade

A ansiedade foi avaliada através do questionário *Generalized Anxiety Disorders* (GAD -7; Spitzer et al., 2006), validado para a população portuguesa por Sousa et al. (2015). A escala permite avaliar a sintomatologia ansiosa, de acordo com os critérios estabelecidos no DSM-IV-TR (APA, 2000). O instrumento é composto por sete itens através de uma escala de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Os seus valores podem variar entre 0 a 21, sendo que valores ≥ 5 , ≥ 10 e ≥ 15 representam os pontos de corte para ansiedade leve, moderada e grave, respetivamente. A escala apresenta boas qualidades psicométricas no estudo de validação (valor de *alfa* de Cronbach de .80), sendo que neste estudo apresenta valor de *alfa* de Cronbach de .94 revelando uma excelente consistência interna.

Qualidade de Vida

A qualidade de vida foi avaliada através do questionário *World Health Organization Quality of Life Instruments-Bref* (WHOQOL Group, 1994), adaptado para a população portuguesa por Canavarro et al. (2006). Este instrumento é uma medida genérica, multidimensional e multicultural para a avaliação subjetiva da qualidade de vida. É composto por 26 itens, sendo duas questões relativas à percepção de qualidade de vida geral. Os itens são avaliados através de uma escala Likert de 5 pontos para avaliar a intensidade, a capacidade e a frequência referente às dimensões do instrumento. O instrumento permite, assim, aferir quatro domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e um domínio geral. Valores mais elevados significam níveis mais elevados de qualidade de vida. No estudo de validação para a população portuguesa, foram encontrados os seguintes valores de *alfa* de Cronbach: .87 domínio físico; .84 domínio psicológico; .64 domínio das relações sociais. .78 domínio de ambiente e .92 domínio geral. Neste estudo, foram encontrados os seguintes valores de *alfa* de Cronbach: .80 domínio físico; .84 domínio psicológico; .75 domínio das relações sociais; .78 domínio de ambiente e .69 domínio geral. O instrumento revela uma boa consistência interna.

Satisfação com o Suporte Social

A satisfação com o suporte social foi avaliada através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999). Trata-se de um instrumento que pretende avaliar a satisfação com o suporte social através de 15 itens avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (A = concordo totalmente e E = discordo totalmente). A pontuação da escala total pode variar entre 15 a 75, sendo que a pontuação mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social. No estudo de validação, foram encontrados os seguintes valores de *alfa* de Cronbach: .85 satisfação com os amigos; .74 intimidade; .64 satisfação com a família e .64 atividades sociais. A escala geral apresenta um *alfa* de Cronbach de .85, revelando boa

consistência interna. No presente estudo, foram encontrados os seguintes valores de *alfa* de Cronbach: .73 satisfação com os amigos; .71 intimidade; .70 satisfação com a família e .67 atividades sociais. A escala geral apresenta um *alfa* de Cronbach de .77, revelando uma razoável consistência.

Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

Após aprovação por parte da Comissão de Ética da Universidade da Maia e autorização formal de cada CAR, a recolha de dados foi realizada a partir da aplicação dos instrumentos descritos anteriormente. Estes instrumentos foram entregues em papel diretamente ao/à participante ou disponibilizados através do fornecimento do link *Google Forms*, consoante a preferência de cada CAR, devido às condições pandémicas e respetivas restrições. A recolha realizada foi feita apenas num único momento durante os meses abril e maio de 2022, a partir de um protocolo de avaliação constituído pelo consentimento informado e questionários mencionados acima.

Procedimentos de análise de dados

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27. A análise descritiva para as variáveis quantitativas envolveu a média, desvio-padrão, máximo e mínimo, e as variáveis categóricas a sua frequência relativa (%) e absoluta (*n*). Dado ao tamanho da amostra (94 participantes), e tendo-se verificado o cumprimento do pressuposto da normalidade, optou-se pela utilização de testes paramétricos. Assim sendo, realizaram-se teste T para amostras independentes e ANOVA para comparar os valores obtidos em termos de fadiga por compaixão nas diferentes dimensões do género, idade e período de tempo de experiência em CAR. O coeficiente de correlação de Pearson foi usado para analisar as correlações existentes entre as diferentes dimensões. Foram considerados os valores absolutos menores que .30 como correlações fracas, os valores entre

.30 e .50 como moderadas e acima de .50 como correlações fortes (Cohen, 2013). Tendo-se verificado os pressupostos necessários, procedeu-se à extração de dois modelos de regressão (regressão linear simples e regressão linear múltipla) no sentido de avaliar relações preditivas entre as variáveis em estudo.

Resultados

Caracterização das Dimensões da Fadiga por Compaixão, Ansiedade, Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida

Os/as participantes apresentaram níveis moderados de fadiga por compaixão ($M = 25.6$; $DP = 6.5$) e níveis leves de ansiedade ($M = 6.39$; $DP = 5.44$). A satisfação com o suporte social total apresentou níveis moderados ($M = 50.2$; $DP = 9.7$), obtendo-se pontuações mais elevadas relativamente às dimensões *amigos* ($M = 17.2$; $DP = 4.6$) e *intimidade* ($M = 14.6$; $DP = 3.9$). No que diz respeito à perceção de qualidade de vida geral, obtiveram níveis moderados ($M = 64.9$; $DP = 19.9$), sendo que a pontuação mais elevada nesta escala registou-se no domínio das *relações sociais* ($M = 68.3$; $DP = 18.0$) e no domínio *psicológico* ($M = 65.2$; $DP = 11.58$).

Tabela 2

Estatística Descritiva da Fadiga por Compaixão, Ansiedade, Qualidade de Vida e Satisfação com o Suporte Social (n = 94)

	<i>M.</i>	<i>DP.</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Fadiga por compaixão	25.6	6.5	14.0	44.0
Ansiedade	6.39	5.44	.00	20.0
Qualidade de vida				
Domínio físico	52.0	11.4	25.0	96.4
Domínio psicológico	65.2	11.8	25.0	83.3
Domínios das relações sociais	68.3	18.0	16.7	100.0

Domínio ambiente	63.4	13.3	31.2	100.0
Total	64.9	19.9	0.00	100.0
Satisfação como o suporte social				
Satisfação com amigos	17.2	4.6	9.0	25.0
Intimidade	14.6	3.9	5.0	20.0
Satisfação com a família				
Atividades sociais	8.5	2.9	3.0	15.0
Total	50.2	9.7	28.0	74.0

Influência do Género, Idade e Período de Tempo de Atividade Profissional em CAR nos Níveis de Fadiga por Compaixão

Fadiga por Compaixão e Género

Com a finalidade de comparar os níveis de fadiga por compaixão entre géneros, foi conduzido o teste T para amostras independentes, verificando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino ($M = 25.6; DP = 6.3$) e masculino ($M = 25.7; DP = 7.5$): $t(92) = -0.055, p = .416$.

Fadiga por Compaixão e Idade

Para comparar os níveis de fadiga por compaixão entre os diferentes intervalos de idade dos/as profissionais das CAR, foi conduzida uma ANOVA unifatorial, tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $F(4,89) = 0.417, p = .796$.

Tabela 4

Níveis de fadiga por compaixão por intervalos de idade (n = 94)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Faixa etária				
22 aos 29 anos	26.4	6.7	19	20.2

31 aos 36 anos	25.3	6.4	21	22.3
37 aos 43 anos	25.8	5.9	23	24.5
44 aos 50 anos	25.8	7.7	17	18.1
51 aos 69 anos	24.4	6.2	14	14.9

Fadiga por Compaixão e Tempo de Experiência Profissional

Para comparar os níveis de fadiga por compaixão entre os diferentes períodos de tempo de experiência profissional em CAR, foi conduzida uma ANOVA unifatorial, tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $F(3,90) = 2.375, p = .075$.

Tabela 4

Níveis de Fadiga por Compaixão por Tempo de Experiência Profissional (n= 94)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tempo de experiência profissional				
0 a 5 anos	25.2	6.6	38	40.4
6 a 10 anos	29.2	5.9	13	13.8
11 a 20 anos	24.4	6.6	38	40.4
21 a 30 anos	28.8	1.1	5	5.3

Associações entre a Fadiga por Compaixão, Ansiedade, Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida

Os resultados obtidos a partir do coeficiente de correlação de Pearson demonstram que a fadiga por compaixão apresenta uma correlação negativa e moderada com a qualidade de vida ($r = -.526, p < .001$) e uma correlação negativa e fraca com a satisfação com o suporte social ($r = -.369, p < .001$). A qualidade de vida, por sua vez apresenta uma correlação positiva moderada com a satisfação com o suporte social

($r = .440, p < .001$). A dimensão ansiedade ($r = -.287, p = .005$) encontra-se apenas correlacionada negativamente com a satisfação com o suporte social.

Tabela 5

Matriz de Correlações entre Fadiga por Compaixão, Ansiedade, Qualidade de Vida Profissional e Satisfação com o Suporte Social

	1	2	3	4
1. Fadiga por Compaixão	-			
2. Ansiedade	-.121	-		
3. Qualidade de Vida Total	-.526**	-.025	-	
4. Satisfação com o Suporte Social Total	-.369**	-.287**	.440**	-

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Predição da Fadiga por Compaixão

Procedeu-se a uma análise de regressão simples para a predição da fadiga por compaixão (variável dependente) em profissionais de CAR ($n = 94$), através da variável de satisfação com o suporte social (variável independente). A ansiedade foi excluída desta análise por não se encontrar significativamente associada à fadiga por compaixão. Através desta análise, verificou-se que a satisfação com o suporte social é uma variável preditora negativa estatisticamente significativa da fadiga por compaixão ($\beta = -.37, t = -3.81, p < .001$), contribuindo para a explicação de 13.6% da variância total desta variável: $F(1, 92) = 14.540, p < .001, R^2 = .136$.

Predição da Qualidade de Vida

Procedeu-se a uma análise de regressão múltipla para a predição da qualidade de vida (variável dependente) em profissionais de CAR ($n = 94$), recorrendo às variáveis fadiga por compaixão e satisfação com o suporte social (variáveis independentes). A ansiedade foi excluída desta análise por não se encontrar significativamente associada à qualidade de vida. A fadiga por compaixão e a satisfação com o suporte social predizem, no seu conjunto,

34.6% da variância total desta variável: $F(2,91) = 24.086, p < .001$. A variável que foi identificada como tendo a maior contribuição para esta predição é a fadiga por compaixão ($\beta = -.42, p < .001$) em comparação com a satisfação com o suporte social ($\beta = .29, p < .05$).

Discussão

A fadiga por compaixão tem sido tema de debate e de investigação na comunidade científica nos últimos anos (OMS, 2022). O número de estudos relativos a este tipo de fadiga e o seu impacto nos/as profissionais tem aumentado devido às repercussões negativas, tanto a nível do bem-estar pessoal, como profissional (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010). Apesar do aumento do número de estudos, verifica-se a necessidade de novas investigações que se debrucem sobre este fenómeno em diferentes profissões, nomeadamente com profissionais que desenvolvem a sua atividade nas casas de acolhimento residencial (CAR). Estes/as profissionais são expostos/as a vivências difíceis (e.g., traumas infantis, negligência e abusos) e a comportamentos desafiantes e disruptivos por parte dos/as seus/suas utentes (e.g. agressões verbais, comportamentos impulsivos) com um grande impacto emocional e psicológico (Colton & Roberts, 2007 cit in. Audi et al., 2018). O presente estudo constitui, por isso, uma mais valia pelo facto de se centrar nestes/as profissionais, avaliando os seus níveis de fadiga por compaixão, bem como fatores de proteção e de risco associados.

No que concerne ao primeiro objetivo deste estudo (avaliar os níveis de fadiga por compaixão, ansiedade, satisfação com o suporte social e qualidade de vida), os resultados obtidos sugerem que os profissionais apresentam níveis moderados de fadiga por compaixão resultados que vão ao encontro do que defende Stamm (2010). A presença de níveis moderados a elevados de fadiga por compaixão tem sido documentada em profissionais que lidam com o sofrimento do outro e estão expostos/as a um contexto stressante, o que, muitas vezes, compromete a sua saúde física, mental e o seu bem-estar geral (Carvalho & Sá, 2011;

Stamm, 2010). Os resultados deste estudo vão, assim, ao encontro dos estudos a nível internacional, demonstrado que os/as profissionais das CAR poderão vivenciar condições adversas no contexto de trabalho com impacto ao nível do seu bem-estar. A parca literatura acerca dos/as profissionais de CAR evidencia que estes/as veem-se envolvidos/as em condições de trabalho desafiantes e imprevisíveis, muitas vezes com uma multiplicidade de funções com um grau elevado de exigência (e.g., funções terapêuticas, ensino de competências e orientação, prestação de cuidados), nas quais despendem muito tempo acabando por aumentar a sua carga horária (Audin et al., 2018). A rotatividade e os horários poderão ser outro fator a ter em conta, uma vez que trabalhar por turnos provoca desgaste e exaustão (OMS, 2021). Para além disso, a sobrecarga emocional que advém da dor do outro poderá explicar os níveis de fadiga por compaixão encontrados neste estudo, bem como o contexto desafiador do trabalho, devido às vivências das crianças e jovens (e.g., negligência parental, abuso, comportamentos disruptivos, dificuldades na regulação emocional).

Ao nível da ansiedade, verificaram-se níveis ligeiros que, apesar de serem mais baixos do que os níveis de fadiga por compaixão, revelam que estes/as profissionais apresentam sintomatologia ansiosa que não pode ser descurada e que poderá dever-se a outros fatores que não apenas os relacionados com a dimensão laboral.

Não obstante, a presente amostra revela níveis moderados de qualidade de vida nos diferentes domínios e níveis satisfatórios de satisfação com o suporte social contrapondo o estudo de Ribeiro (2021) que enfatiza que os sintomas desenvolvidos pela fadiga por compaixão (e.g., frustração, irritação) condiciona o bem-estar geral do indivíduo.

No que diz respeito ao segundo objetivo deste estudo (avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, designadamente o género, a idade e o período de tempo de atividade profissional em CAR, com os níveis de fadiga por compaixão), procurou-se analisar a relação das variáveis sociodemográficas, designadamente do género, da idade e do período

de tempo de atividade profissional em CAR, nos níveis de fadiga por compaixão. Os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros e isto é corroborado pelos estudos de Carvalho e Sá (2011) onde não foram encontradas diferenças significativas no que toca ao género. No entanto, há estudos que demonstram uma maior prevalência de fadiga por compaixão no género feminino (Borges et al., 2019). A inexistência de diferenças estatisticamente significativas no presente estudo poderá ser explicada pela amostra ser constituída maioritariamente por mulheres ($n = 78$), mas também poderá ser justificada pelas funções e pela multiplicidade de papéis que ambos os géneros desempenham nas CAR. Por outro lado, leva-nos a considerar que trabalhar numa CAR requer inteligência emocional por parte destes/as profissionais, mas também uma predisposição vocacional que não é explicada pelo género, mas sim pelo envolvimento empático no cuidado do outro (Carvalho & Sá, 2011). Desta forma, enfatiza-se que os profissionais de CAR parecem ser vulneráveis à fadiga por compaixão independentemente do género, idade e anos de experiência.

O estudo também não verificou diferenças nos níveis de fadiga por compaixão em termos de idade e de tempo de trabalho. Estes dados não vão de encontro aos do estudo de Sousa et al. (2020) e de Maslach & Leite (2008) que demonstram existir uma associação entre a idade e o tempo de trabalho. Estes encontraram níveis mais elevados de fadiga por compaixão em profissionais com idades inferiores a 30 anos e em início de carreira. Fatores como a falta de apoio institucional, sobrecarga do trabalho e a complexidade de atividades laborais realizadas diariamente podem contribuir para os resultados do presente estudo. Uma outra hipótese explicativa diz respeito à pouca variabilidade dos dados, situando-se a grande parte dos/as participantes na mesma categoria de idades. Isto sugere que talvez fosse pertinente usar esta variável como uma variável contínua para averiguar resultados diferentes.

No que toca ao terceiro objetivo (avaliar a relação entre a ansiedade, a satisfação com o suporte social, a fadiga por compaixão e a qualidade de vida), verificou-se que não existe uma associação entre a fadiga por compaixão e a ansiedade, em oposição aos estudos de Figley (1995, 2002b) que apontam uma relação neste sentido. Os resultados sugerem que os/as profissionais de CAR apresentam níveis leves de ansiedade, mas estes não se correlacionam com os níveis fadiga por compaixão. Uma hipótese explicativa devorar-se-á ao facto do presente estudo optar por avaliar ansiedade - estado em vez de ansiedade - traço. Segundo Lee et al., (2015) indivíduos com ansiedade - traço possuem um maior risco de desenvolver níveis mais elevado de fadiga por compaixão do que indivíduos com ansiedade estado.

Por outro lado, o presente estudo revelou uma associação negativa forte entre a fadiga por compaixão, qualidade de vida e satisfação com o suporte social, resultados que estão em conformidade com os estudos de Chen et al. (2021) e Portonoy (2011). No que concerne à correlação entre fadiga por compaixão e satisfação com suporte social, é importante referir que a satisfação com o suporte social poderá ser afetada pela perceção do indivíduo com falta de apoio social em diversas áreas da sua vida (e.g., intimidade, familiar, social) e sensação de falta de compreensão por parte dos outros (Neveu, 2007). A ausência de apoio por parte de chefias e colegas de trabalho poderá, também, explicar estes resultados. Por sua vez, a qualidade de vida é afetada pela exposição prolongada no contexto de trabalho a um ambiente desafiante, culminando no desinvestimento quando o outro se encontra em dor (Sheppard, 2016, 2007).

No que respeita ao último objetivo (analisar o carácter preditivo dos níveis de ansiedade e de satisfação com o suporte social nos níveis de fadiga por compaixão e avaliar o carácter preditivo dos níveis de fadiga por compaixão, ansiedade e satisfação com o suporte social na qualidade de vida). Os resultados do presente estudo demonstraram que a satisfação

com o suporte social prediz negativamente a fadiga por compaixão, corroborando os estudos de Badger et al. (2008). A percepção de falta de apoio social pode agravar os níveis de fadiga (Neveu, 2007), sugerindo que menor apoio por parte dos colegas, chefias e pessoas íntimas pode diminuir a capacidade de trabalho, bem como o prazer de ajudar o outro.

Para além disso, o presente estudo revelou que a fadiga por compaixão e a satisfação com o suporte social predizem a qualidade de vida. À semelhança dos estudos de Chen et al., (2021) e Ribeiro (2021) a fadiga por compaixão prediz negativamente a qualidade de vida. O efeito negativo da fadiga por compaixão na qualidade de vida enfatiza a importância de estudos junto destes/as profissionais, explorando fatores de risco e protetores.

Limitações

Não obstante aos contributos que o presente estudo fornece, o estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser tidas em conta na leitura e interpretação dos resultados obtidos. O tamanho da amostra e a recolha maioritariamente pela plataforma *Google Forms* faz com que a amostra não seja representativa da população-alvo, pelo que é importante que estudos futuros procurem colmatar esta limitação, aumentando o número de participantes de forma aleatória. É importante salientar o predomínio de participantes do género feminino ($n = 78$; 83%), com a profissão de educador/a ($n = 25$; 26%) e com experiência profissional de 11 a 20 anos ($n = 38$; 40,8%), o que poderá ter condicionado a existência de grupos heterógenos, importantes para a análise de diferenças entre os grupos. O condicionamento de respostas ao questionário pelo constrangimento ou por não se sentirem confortáveis para partilhar respostas mais verdadeiras, poderá ser apontada como uma limitação. Para além disso importa realçar que este é um estudo transversal, o que não permitiu determinar com mais rigor a direcionalidade das associações encontradas, pelo que se sugere a realização de estudos longitudinais que colmatem esta lacuna.

Os resultados do presente estudo enfatizam a importância da qualidade de vida e, neste sentido seria útil para investigações futuras testar o efeito mediador da fadiga por compaixão e satisfação com o suporte social na qualidade de vida.

Conclusão

O presente estudo é uma boa contribuição para o conhecimento da comunidade científica, na medida em que estuda um fenômeno de interesse, atual e centra-se numa população pouco explorada.

Tendo em conta os resultados obtidos, pôde-se concluir que os/as profissionais revelam níveis moderados de fadiga por compaixão e que estes exercem um efeito negativo na qualidade de vida destes, demonstrando a importância da condução de estudos junto destes/as, aferindo as suas causas e delineando possíveis intervenções clínicas. Para além disso, o estudo realça a importância de prevenir a fadiga por compaixão, promovendo fatores protetores como a satisfação com o suporte social.

Uma sugestão de interesse para investigações futuras seria perceber o efeito moderador da fadiga por compaixão e satisfação com o suporte social na qualidade de vida. A utilização de outras variáveis sociodemográficas, tais como “estado civil” ou “região” poderão ser úteis para inferir diferenças. As horas de trabalho semanal é uma variável de interesse que pode ser incluída em investigações futuras, uma vez que o cumprimento de um número de horas elevado pode despoletar maiores níveis de stress face às exigências da profissão. Seria também interessante perceber quantos profissionais de CAR recebem formação especializada e explorar a diferença nos níveis de fadiga por compaixão dos/as profissionais com formação e sem formação. Avaliar a capacidade de resiliência destes/as profissionais seria igualmente interessante, uma vez que poderá ser uma variável que influencia os níveis de fadiga por compaixão.

Não obstante, o presente estudo revela um contributo importante ao centrar-se nos profissionais de CAR que, como a parca literatura demonstra, não estão no centro de investigação apesar do contexto desafiante a que estão expostos.

Referências

- Audin, K., Burke, J., & Ivtzan, I. (2018). Compassion fatigue, compassion satisfaction and work engagement in residential child care. *The Scottish Journal of Residential Child Care*, 17(3), 5-27.
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma: Na exploratory study of contributing factors. *Health and Social Work*, 33(1), 63- 71. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63>
- Barbosa, S. D. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (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.
- Barbosa, S. D. C., Souza, S., & MOREIRA, J. S. (2014). Compassion fatigue as a professional quality of life hazard for hospital service workers. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323.
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, CJH, & Carson, J. (2016). Compaixão pelos outros, autocompaixão, qualidade de vida e medidas de bem-estar mental e sua associação com fadiga por compaixão e burnout em parceiras estudantes: uma pesquisa quantitativa. *Obstetrícia* , 34 , 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
- Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Brewer, E. W., & Clippard, L. F. (2002). Burnout and job satisfaction among student support services personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2), 169-186.
- Carvalho & Sá (2011). Escala de Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão

e Fadiga por Compaixão (tradução e adaptação da ProQOL5).

<http://hdl.handle.net/10400.14/8918>

Chen, Y. C., Li, T. C., Chang, Y. W., Liao, H. C., Huang, H. M., & Huang, L. C. (2021).

Exploring the relationships among professional quality of life, personal quality of life and resignation in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2689-2699.

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*.

Cruz, M. P., & Pinho, M. S. (2014). Sugestionabilidade em pessoas idosas: Um estudo com a

Escala de Sugestionabilidade de Gudjonsson (GSS 1). *Análise Psicológica*, 32(2), 199-213. <http://doi.org/10.14417/ap.613>

Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices

among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25, 103-122. <https://doi.org/10.1080/0896428000959574>

Ferreira, P., Manso, L., & Azevedo, A., (2018). Envelhecimento e Qualidade de Vida.

Instituto do Envelhecimento, 2018.

Figley, Charles R. (1995). Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.

Figley, Charles R. (1995). Compassion Fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 1-20.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.

In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Baltimore: Sidran Press.

Figley, C. R. (2001). *Compassion Fatigue: An Introduction*. Retirado: novembro, 24, 2014,

de http://www.academia.edu/2258985/Compassion_fatigue_An_introduction

- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigues: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, Charles R. "Epilogue: the transmission of trauma." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 248-254. New York: Routledge, 1995.
- Figley, C. R. (2002b). Treating compassion fatigue.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133–144. <http://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Hundall Stamm, B. (2009). Professional Quality of Life Measure: Compassion, Satisfaction, and Fatigue Version 5 (ProQOL).
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
- Jones, M. S., de Terte, I., & Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, 45(1).
- Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp.368– 383). New York: Oxford University Press
- Lee, W., Veach, P. M., MacFarlane, I. M., & LeRoy, B. S. (2015). Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Genetic Counseling*, 24(2), 358-370.

- Mac Ritchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 149–158. <http://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2016). Caregivers' attachment and mental health: Effects on perceived bond in institutional care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 110–119. <http://doi.org/10.15309/14psd150102>
- Neveu, J.-P. (2007). Jailed resources: Conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behaviour*, 28, 21-42. <http://dx.doi.org/10.1002/job.393>
- Ribeiro, D. L., dos Santos Junior, R., Birolli, M. L., & Smolari, L. A. (2021). Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 13.
- Sánchez Moreno, E., Barrón López de Roda, A. (2003). Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6 (1), 3-11. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu084>.
- Sousa, L. M., Paúl, C., & Queirós, C. (2020). Fadiga por compaixão, *burnout* e conflito trabalho-família em profissionais de saúde.
- Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. A. & Nazareno, E. (2009). Estresse Ocupacional, Coping e Burnout. *Revista Estudos*, 36(1/2), 57-74. Sousa, L. M. C. (2011).
- Stamm, B. H. (2008). *The ProQOL Test Manual*, 2nd Ed. Towson, MD: Sidran Press and the ProQOL.org.
- Stamm, B.H. (2010). *The concise proqol manual*. 2nd Ed, Pocatello, ID: ProQOL.org. Sousa,

- TV, Viveiros, V., Chai, MV, Vicente, FL, Jesus, G., Carnot, MJ & Ferreira, PL (2015). Confiabilidade e validade da versão em português da escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7). *Resultados de Saúde e Qualidade de Vida*, 13 (1), 1-8.
- Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. A psicobiologia da depressão e resiliência ao estresse: implicações para prevenção e tratamento. Annu Rev Clin Psychol 1: 255-291 <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>*
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).
- Ribeiro, J. L. P.(2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Cruz, J.P., Jesus, S.N., & Nunes, C. (Coords). Bem-estar e qualidade de vida (p. 31-9). Alcochete: Textiverso.
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictors of job satisfaction among physicians and nurses. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13(3), 233-244.
- Pestana, Helena, M. G., & Nunes, J.. *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Sílabo, 2005. ISBN:972-618-391-X.
- Thompson, R. (2003). *Compassion Fatigue: The Professional liability for caring too much*. Public Entity Risk Institut.
- Torres, J. D. R. V., Cunha, F., Gonçalves, J., Torres, S., Barbosa, H., & Silva, C. (2020). Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas em Saúde*, 20, 178-193.
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S54-S66.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., &

- Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.
- Yılmaz, G., & Üstün, B. (2018). Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 9(3).
- Zerach, G. (2013). Compassion fatigue and compassion satisfaction among residential child care workers: The role of personality resources. *Residential Treatment for Children & Youth*, 30(1), 72-91.