



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói

Kennyston Costa Lago

Brasília, DF

2008

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Fadiga por Compaixão: Quando ajudar Dói

Kennyston Costa Lago

Brasília, DF

2008

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói

Autor: Kennyston Costa Lago

Orientador: Wanderley Codo

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília como  
requisito à obtenção do grau de Mestre  
em Psicologia Social, do Trabalho e  
das Organizações.

Brasília, DF

Agosto de 2008

Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação do Prof. Dr. Wanderley Codo.

**Dissertação Aprovada em 04/08/2008**

Comissão Examinadora:

---

Presidente: Prof. Dr. Wanderley Codo  
Universidade de Brasília

---

Membro: Prof. Dr. Cláudio Vaz Torres  
Universidade de Brasília

---

Membro: Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta  
Universidade Federal da Bahia

---

Suplente: Prof. Dra. Maria das Graças Torres da Paz  
Universidade de Brasília.

Brasília, 2008.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Ernane Lago e Nora Ney Costa, aos quais eu sou eternamente grato por não terem poupado esforços nem recursos na minha formação. Formação essa que me permitiu chegar até aqui.

Ao meu orientador Wanderley Codo por todos os ensinamentos, pelo suporte, amizade e incentivos nos inúmeros momentos de insegurança.

Aos professores Jairo Eduardo Borges-Andrade, Cláudio Vaz Torres, Luiz Pasquali, Hartmut Günther e Lúcia Pulino, por seus valiosos ensinamentos.

Ao professor Ronaldo Pilati pela presteza, disponibilidade e atenção despendida, que muito contribuíram para minha experiência docente.

A minha companheira e interlocutora Hozana dos Santos e a minha amiga Nádia Leite pela enorme ajuda na revisão e correção do texto.

As minhas amigas Ariane Agnes Corradi e Lúcia Helena Soratto pela presteza e disponibilidade na discussão dos mais diversos assuntos, que me ajudaram de sobremaneira a clarear e aperfeiçoar meus pensamentos.

A Camila Nascimento Barros pela enorme ajuda na coleta de dados, e na pesquisa bibliográfica.

A Marianna Coelho de Almeida Lopes pela sua contribuição na redação do Abstract.

A todos do Laboratório de Psicologia do Trabalho e da secretaria do Programa Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pelo suporte e pela atenção.

E finalmente a Universidade de Brasília, Capes e CNPQ pelo apoio institucional.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>13</b>
<b>PRÓLOGO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1- A DUALIDADE NA NATUREZA HUMANA .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2- A DUALIDADE HUMANA .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3- COMO LIDAMOS COM A DUALIDADE? (CULTURA, HISTÓRIA, TRABALHO) .....</b>	<b>21</b>
<b>1.4-COMO ABORDAREMOS ESSA DUALIDADE? .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 2 - AS BASES BIOLÓGICAS DA EMPATIA .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 - EMPATIA EM ANIMAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 - DEFINIÇÕES E DISTINÇÕES .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3.1- Compartilhamento afetivo .....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.2 - Consciência Eu – Outro (Auto-Conceito) .....</b>	<b>38</b>
<b>2.3.3- Flexibilidade Mental e Auto-Regulação .....</b>	<b>41</b>
<b>2.4 - BASES BIOLÓGICAS DA EMPATIA .....</b>	<b>43</b>

<b>CAPITULO 3- A MORTE E O SOFRIMENTO DO HOMEM: A HISTÓRIA DE UMA CONSTRUÇÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 - A MORTE DOMESTICADA .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2- A INDIVIDUALIZAÇÃO DA MORTE (DO DESTINO COLETIVO AO DESTINO PARTICULAR) .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3 - A SEPARAÇÃO DO CORPO E DA ALMA .....</b>	<b>51</b>
<b>3.4 - A CRIAÇÃO DOS LOCAIS DE MORTE .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5 - A MEDICALIZAÇÃO DA MORTE (O NASCIMENTO DE UMA CATEGORIA PROFISSIONAL) .....</b>	<b>56</b>
<b>CAPÍTULO 4 - EMPATIA E COMPAIXÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>4.1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 – EMPATIA .....</b>	<b>62</b>
<b>4.3- COMPAIXÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>4.4 - EMPATIA E HUMANIZAÇÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 - A DUALIDADE EMPÁTICA .....</b>	<b>75</b>
<b>4.6- MORTE E SOFRIMENTO .....</b>	<b>77</b>
<b>4.7- MODELO ESTRUTURAL EMPATIA/COMPAIXÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>CAPÍTULO 5 – UM MERGULHO NA LITERATURA .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1.1- As várias definições e conceituações no campo da traumatização secundária .....</b>	<b>91</b>
<b>5.2 - DEFINIÇÕES E CONCEITOS .....</b>	<b>93</b>
<b>5.2.1- Estresse .....</b>	<b>93</b>
<b>5.2.2- <i>Burnout</i> .....</b>	<b>94</b>
<b>5.2.3- Traumatização Vicariante .....</b>	<b>100</b>
<b>5.2.4- Contratransferência .....</b>	<b>108</b>
<b>5.2.5 - Contratransferência Traumática .....</b>	<b>112</b>

5.2.6 - Estresse Traumático Secundário & Transtorno de Estresse Traumático Secundário .....	115
5.2.7 - Estresse por Compaixão & Fadiga por Compaixão .....	117
5.3 – DISCUSSÃO .....	123
5.3.1- <i>Burnout</i> , Traumatização Vicariante, Contratransferência, Transtorno de Estresse Traumático Secundário, Fadiga por Compaixão: fenômenos distintos ou semelhantes? .....	123
5.3.2 - A falta de clareza terminológica e conceptual .....	124
5.3.2.1- Estresse por Compaixão & Fadiga por Compaixão versus Estresse Traumático Secundário (ETS) & Transtorno do Estresse Traumático Secundário (TETS).....	124
5.3.2.2- <i>Burnout</i> versus Fadiga por Compaixão .....	127
5.3.3.3- Traumatização Vicariante versus Fadiga por Compaixão .....	130
5.3.3.4- Traumatização Vicariante versus <i>Burnout</i> .....	132
5.3.3.5- Traumatização Vicariante versus Contratransferência.....	132
5.4- A FALTA DE CLAREZA CONCEPTUAL REFLETINDO-SE NA CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS .....	133
5.5- VÍNCULO EMPÁTICO & COMPAIXÃO: COMO? POR QUÊ? .....	136
5.6- CONCLUSÃO .....	139
CAPÍTULO 6 - TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROQOL-IV .....	140
6.1- INTRODUÇÃO .....	140
6.2 - TRADUÇÃO DO PROQOL-IV .....	141
6.2.1 - Método .....	142
6.2.2- Resultado da Tradução .....	142
6.2.3- Discussão .....	144
6.3 - VALIDAÇÃO DO PROQOL-BR.....	146
6.3.1- Método .....	146
6.3.2- Sujeitos .....	147
6.3.3- Resultado .....	148
6.3.3.1 - Interpretação dos Fatores .....	151
6.3.4 - Discussão .....	153
6.3.5- Parâmetros .....	157

<b>CAPÍTULO 7 - FADIGA &amp; SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO: UMA NOVA CONCEPÇÃO.....</b>	<b>160</b>
7.1 – INTRODUÇÃO .....	160
7.2- FADIGA & SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO: A DUALIDADE .....	160
7.2.1- A necessidade de uma perspectiva dualista.....	161
7.2.2- Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT & Transtorno de Estresse Traumático Secundário- TETS .....	161
7.2.3 A Fadiga por Compaixão definida por Figley .....	164
7.2.4 Contratransferência & Traumatização Vicariante .....	169
7.3 - A CAUSA DA DIVERSIDADE CONCEITUAL .....	170
7.4- PORQUE <i>BURNOUT</i> NÃO É FADIGA POR COMPAIXÃO? .....	172
7.5 - FADIGA & SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO: UMA NOVA CONCEPÇÃO .....	176
<b>CAPÍTULO 8 - A FADIGA POR COMPAIXÃO ILUSTRADA .....</b>	<b>182</b>
8.1 – INTRODUÇÃO .....	182
8.1.2- O perfil dos entrevistados.....	182
8.2 - O MÉTODO .....	182
8.3 – ENTREVISTAS .....	184
8.3.1 - Onipotência/ Impotência.....	184
8.3.2 – Empatia .....	187
8.3.3 - Contágio Emocional .....	188
8.3.4- Processos Cognitivos .....	190
8.3.5 - Satisfação por Compaixão .....	191
8.3.6 - Fadiga por Compaixão .....	192
8.4 – DISCUSSÃO .....	194
8.5 –CONCLUSÃO.....	196
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	197

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 – Componentes da Empatia, 63**
- TABELA 2 - Frequência itens citados nas entrevistas, 142**
- TABELA 3 – Assimetria e Curtose, 143**
- TABELA 4 – Correlação Fatores, 144**
- TABELA 5 – Dados demográficos, 148**
- TABELA 6 – Cargas Fatoriais, 150**
- TABELA 7 - Correlação entre fatores, 151**
- TABELA 8 – Itens Fator 1, 152**
- TABELA 9 – Itens Fator 2, 153**
- TABELA 10 – Itens Fator 3, 153**
- TABELA 11 – Fator *Burnout*, 155**
- TABELA 12 – Fator Fadiga por Compaixão, 155**
- TABELA 13 – Fator Satisfação por Compaixão, 156**
- TABELA 14 – TEPT & TETS, 162**
- TABELA 15 – Tópicos para a entrevista, 183**

## **LISTA DE FIGURAS**

**FIGURA 1 – Roteiro de Estudo, 18**

**FIGURA 2 - Relação entre empatia e auto-reconhecimento, 41**

**FIGURA 3 – Modelo Estrutural Empatia, 82**

**FIGURA 4 – Teste Scree, 149**

**FIGURA 5 – TEPT/TETS, 167**

**FIGURA 6 – Fadiga por Compaixão, 168**

**FIGURA 7- Relação entre cuidado e ajuda, 175**

## RESUMO

Esse trabalho tem como objeto de estudo a Fadiga por Compaixão. Fadiga por Compaixão é o nome do processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela, que tem como demanda o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão. Partindo do pressuposto da dualidade da natureza humana, analisamos os aspectos biológicos e fisiológicos, e os aspectos históricos e culturais envolvidos na experiência da compaixão. A partir disso, propõe-se uma concepção dual da empatia e da compaixão, implicando numa redefinição da Fadiga por Compaixão. A revisão de literatura específica apontou uma confusão conceitual, e os reflexos dessa confusão na construção dos instrumentos. O trabalho sugere uma nova distinção entre Fadiga por Compaixão e os demais conceitos, e apresenta a validação para o português do ProQol-IV, assim como trechos de entrevistas com profissionais de saúde que ilustram a dinâmica do fenômeno.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão, Saúde Mental e Trabalho, Profissionais de Saúde.

## **COMPASSION FATIGUE: WHEN HELPING HURTS**

**Kennyston Costa Lago**

### **ABSTRACT**

This work aims to discuss the Compassion Fatigue. Compassion Fatigue is a term to explain a process in which the professionals linked to care for clients that have suffer as a demand turn into fatigued and exhausted (physically and mentally) due to continuous contact with the stress provoked by the compassion. From dualistic human nature presupposition, we analyze biologic and physiologic, historical and cultural aspects as well, involved in compassion experience. Starting from this point, we propose a dualist conception of empathy and compassion, what results in a redefinition of Compassion Fatigue. The literature review showed a conceptual confusion, and the reflex of this in the instruments development. The work suggests a new distinction between Compassion Fatigue and the others concepts, and presents the validation to Portuguese of ProQol-IV, as much as interview passages that illustrate the phenomenon dynamic.

Key-works: Compassion Fatigue, Mental health and Work, Health Workers.

## **PRÓLOGO**

No decorrer do estudo da Fadiga por Compaixão, ficou claro para nós que estávamos diante de um fenômeno dual. Ficou evidente que assim como outras experiências humanas, como por exemplo, apaixonar-se, alimentar-se, aspectos de duas dimensões distintas (biológica - animal /simbólica - cognitiva) se entrelaçavam,conferindo um aspecto intrincado e sofisticado ao fenômeno da Fadiga e Satisfação por Compaixão.

Sendo assim, entendemos que além da dualidade ser uma marca da natureza humana, e não dos fenômenos humanos propriamente, a empatia e a compaixão são fenômenos que estão nas bases de muitas de nossas experiências, e, portanto, são aspectos importantes na constituição da nossa espécie. Percebemos que estudar a Fadiga por Compaixão além de demandar uma análise acerca de Saúde Mental e Trabalho dos profissionais de ajuda, também demandaria uma análise da nossa natureza, da nossa história, ou seja, do que somos.

### **Fadiga por Compaixão? O que é isso?**

Esse trabalho tem como objeto de estudo um fenômeno que esta se tornando conhecido pelo nome de *Fadiga por Compaixão*. Como o próprio nome ele é caracterizado por uma fadiga física e emocional resultante da compaixão que os profissionais de ajuda vivenciam no seu trabalho com pessoas que estão em sofrimento físico e/ou mental. E a razão para a ocorrência desse fenômeno pode ser descrita de uma forma bem simples. Esses profissionais - que de forma geral vivenciam, ou escutam relatos de dor, medo, e sofrimento - podem acabar sentindo, dores, medos e sofrimentos similares aos dos seus pacientes, simplesmente porque eles se importam com eles.

De forma geral, a Fadiga por Compaixão ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes que ele atende, e em decorrência disso começa a apresentar respostas somáticas, e/ou defensivas em relação ao seu trabalho.

O problema é que não há uma maneira saudável de se evitar que o profissional seja de alguma forma contagiado pela dor daqueles que ele atende, uma vez que é consensual o fato de que se criar uma “blindagem emocional” também compromete o bom atendimento e a Saúde mental dos mesmos. Por essa razão os estudiosos são

unânicos em aceitar que o *Estresse por Compaixão*, que pode causar a *Fadiga por Compaixão*, é uma consequência comportamental e emocional natural da tomada de conhecimento acerca do sofrimento alheio. É o estresse, a tensão natural ocasionado pelo ato de ajudar ou de querer ajudar uma pessoa em sofrimento.

Para que o leitor possa ter uma imagem clara desse fenômeno, imagine uma situação onde você está voltando para sua casa numa certa noite e no caminho depara-se com um acidente de carro que parece ter acabado de ocorrer. Você imediatamente encosta o seu carro e apressa-se para prestar ajuda. Ao chegar ao carro acidentado você percebe que há nele pessoas seriamente machucadas, uma criança que chora desesperadamente, e que todos correm risco de morte. Agora, avalie o quão estressante tal situação seria para você, e quanto tempo você levaria para se acalmar depois de tal experiência. Pense também se seria possível deparar-se com uma situação dessas e não sentir nada. E se não seria justamente o fato de uma situação dessas causar tanta tensão, tanto estresse naqueles que a vivenciam, o que justamente faz com que as pessoas se empenhem tanto em socorrerem umas as outras. Imagine se nós não fôssemos capazes de sermos afetados pela dor do outro, e no quão diferente seriam as nossas atitudes perante o sofrimento alheio.

Ou seja, parece que é justamente por ser causador de tanto estresse, de tanta tensão, que a dor do outro nos é tão importante. É justamente por não ser um evento banal que nos empenhamos tanto em ajudar alguém que está sofrendo. E finalmente, é justamente essa capacidade que propicia a nossa vida em grupo, em sociedade.

Por outro lado, toda essa mobilização que esse estado de tensão gera pode desgastar aqueles que estão submetidos a ela constantemente. Se prestar ajuda a um grupo de pessoas vítimas de um acidente automobilístico seria algo que já demandaria de você um bom esforço para se recuperar dessa experiência, imagine o que pode acontecer com aqueles que devem ajudar a uma dezena de vítimas todo dia?

A Fadiga por Compaixão mostra que muitas vezes, por mais que imaginemos que a formação desses profissionais os protejam do desgaste natural que envolve o contato com o sofrimento alheio, tal proteção não ocorre, não é possível, e nem é desejável que ocorra. Mostra que na verdade, o que ocorre é que na maioria dos casos esses profissionais acabam desenvolvendo estratégias mais ou menos saudáveis para lidar com o custo do ajudar.

Enfim, é sobre esse complexo fenômeno humano, e “demasiadamente humano”, que tentaremos nos debruçar nesse trabalho.

## Por onde iremos?

Acreditamos que antes de ser um problema de Saúde Mental no Trabalho, o estudo da *Fadiga por Compaixão* é um problema nos coloca diante de uma série de questões essenciais relativas aos nossos comportamentos, sentimentos, emoções, e valores. Isso porque a compaixão antes de ser uma atitude desejável profissionalmente, é um valor moral, e um comportamento desejável socialmente. E antes de ser um valor moral, um comportamento desejável socialmente, é resultado de uma resposta fisiológica natural de todos os seres vivos gregários.

Além disso, a compaixão é algo que nos comove, que nos emociona e por isso é encontrada em abundância em vários meios de expressão artística. Sendo assim, antes de falarmos acerca da *Fadiga por Compaixão* enquanto um problema de Saúde Mental no Trabalho, nós acreditamos que devemos primeiramente entender a compaixão enquanto fenômeno humano, e social. E para que possamos entender a compaixão, devemos falar anteriormente de outro fenômeno, o fenômeno da empatia, que é o que por sua vez torna possível a compaixão.

Como definiu Morse et al. (1992), a compaixão consiste em uma “preocupação empática”<sup>1</sup>. Ou seja, um estado de preocupação, de aflição, pelo bem estar de outrem tendo em vista o estresse, o desconforto que o sofrimento alheio nos causa. Estresse esse que nos leva a adotar um comportamento de ajuda perante o sofrimento alheio. Dito de outra forma, a compaixão caracteriza-se pela preocupação em relação ao bem estar de outrem, uma vez que o processo empático faz com que sejamos afetados pelo estado emocional do outros.

De acordo com Coke (1981 in Morse et al., 1992) essa motivação altruísta, é eliciada por um estado espontâneo de excitação vicariante, ou empatia emocional, que nos faz participar da dor do outro, de forma que sentimos extremamente motivados a interferir na causa do sofrimento.

---

<sup>1</sup> “empathic concern”

Ou seja, a empatia [do grego *en* (dentro) + *pathos* (paixão)] refere-se um modo peculiar de conhecimento intuitivo que nós temos acerca dos estados emocionais de outrem. Ou dito de outra forma, uma ligação, uma identificação emocional que nós temos uns com os outros.

Já a compaixão (do latim *compassio*) refere-se ao um sofrimento comum, compartilhado. Sendo assim a compaixão é definida como sendo um sentimento de pesar que é proveniente da percepção do sofrimento alheio. É a vontade que sentimos de intervir numa situação quando através do processo empático tomamos o conhecimento de que alguém sofre.

Porém, antes de tratarmos de acerca desses processos (compaixão e empatia) acreditamos que precisamos dar mais um passo atrás. Precisamos também falar acerca do ente onde esses processos ocorrem, o ser humano.

Por essa razão decidimos começar o nosso estudo discutindo a natureza do ser humano. No primeiro capítulo analisaremos o aspecto dual da nossa natureza, aspecto esse que permeia várias das nossas experiências, inclusive a experiência empática.

Tendo em vista esse caráter dual tentaremos dar conta das duas partes do processo empático de forma separada nos Capítulos 2 e 3.

No Capítulo 2, abordaremos o processo empático através dos dados provenientes das pesquisas básicas. Ou seja, de pesquisas sobre a empatia nas áreas de neurociência, ciência do comportamento, ciência cognitiva e do desenvolvimento. Nesse capítulo, pretendemos conhecer melhor como o processo empático se dá na dimensão animal do ser humano.

No Capítulo 3, tentaremos analisar os aspectos do mundo simbólico do ser humano, ligados ao sofrimento e a morte e como essas experiências compõem o fenômeno da empatia e da compaixão nos seres humanos. Ou dito de outra forma, analisar como homens reais produzem e são produtos das mudanças que eles operam em seu ambiente. No nosso caso, como produzimos e somos produto da forma como construímos os símbolos relativos à empatia e a compaixão. Nesse Capítulo pretendemos compreender a outra face do fenômeno da empatia e da compaixão, a face simbólica.

Com base nos capítulos anteriores, no Capítulo 4 tentaremos desenvolver uma concepção integrada da empatia e da compaixão. Além disso, discutiremos acerca do papel central desses fenômenos no nosso processo de ‘hominização’.

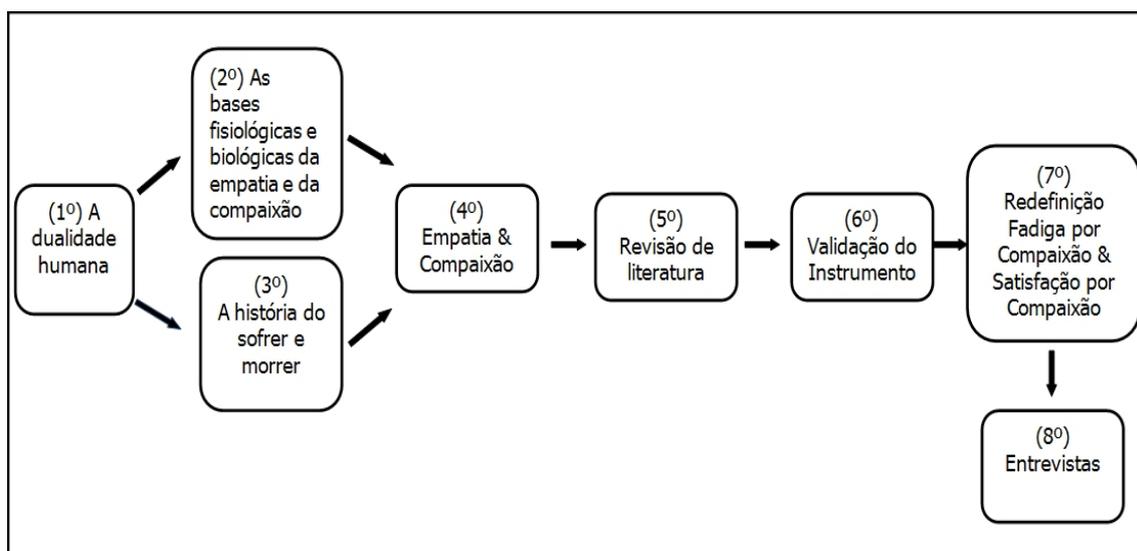
No Capítulo 5, faremos uma revisão de literatura acerca dos trabalhos relacionados à traumatização secundária, que, como veremos, englobam uma série de nomenclaturas, definições e correntes teóricas.

Depois de uma análise panorâmica do campo da traumatização secundária, no Capítulo 6 apresentaremos os resultados dos nossos esforços para a tradução e a validação da versão em português de um dos instrumentos desenvolvidos para a mensuração da Fadiga por Compaixão, no caso, o ProQol-IV.

No Capítulo 7, tentaremos fazer uso de tudo que aprendemos acerca da empatia, da compaixão, e, por conseguinte da Fadiga por Compaixão, para propormos uma nova concepção deste fenômeno. Uma concepção mais clara e que distingue de forma mais precisa a Fadiga por Compaixão dos demais fenômenos até então relacionados a ela.

Finalmente no Capítulo 8, apresentaremos as falas de alguns profissionais de ajuda, que nos auxiliará a ilustrar como o fenômeno ocorre no cotidiano desses trabalhadores.

**Figura 1 – Roteiro de Estudo**



## **CAPÍTULO 1- A DUALIDADE NA NATUREZA HUMANA**

### **1.1- INTRODUÇÃO**

Já faz algum tempo que descobrimos que nós estamos intimamente ligados a natureza. E isso no sentido literal da palavra. Sabemos que muitas das nossas experiências são regidas por processos biológicos pré-determinados, por instruções genéticas transmitidas a nós pelos nossos antepassados. A forma como digerimos os alimentos, a forma como nossas células absorvem o oxigênio, e até a forma como percebemos e sentimos as emoções alheias têm suas bases em processos estabelecidos e regidos pela nossa constituição biológica, pela nossa estrutura orgânica. E isso é o que denominamos de dimensão biológica – animal do ser humano.

Por outro lado, nós, seres humanos, não podemos ser reduzidos aos nossos corpos e às nossas respostas geneticamente determinadas. Diferentemente dos demais seres vivos, nós mudamos drasticamente o nosso meio ambiente, e como consequência disso, depois tentamos nos adaptar a ele, o que faz com que grandes mudanças ocorram em nós mesmos. Transformamos as nossas relações sociais, os valores que atribuímos às coisas, a forma como nos vestimos, comemos, trabalhamos, e como consequência acabamos nos transformando em algo que muitas vezes desconhecemos. Mudanças que acabam resultando na necessidade de novas interferências em nosso meio ambiente, que resultam em novos processos de adaptação, e assim sucessivamente em um continuum eterno.

Dentre a infinidade de mudanças que realizamos no nosso ambiente e em nós mesmos, destaca-se o desenvolvimento de uma linguagem simbólica e do trabalho. Como veremos, linguagem e trabalho são os grandes responsáveis por terem feito dos seres humanos animais tão distintos. A linguagem e o trabalho fizeram que nós deixássemos de viver apenas no plano físico, e habitássemos também o plano do imaterial, dos símbolos, da imortalidade. E isso é o que denominamos de dimensão simbólica – cognitiva do ser humano.

Porém, apesar das enormes transformações que fomos capazes de realizarmos em nós mesmos, ainda não fomos capazes de nos livrarmos totalmente da nossa natureza orgânica. Em última instância ainda a possuímos, e é ela que dá suporte para toda a nossa humanidade meta-animal. E, portanto, para que possamos entender em profundidade vários dos fenômenos humanos, precisamos entender também como eles são subsidiados no âmbito biológico da nossa natureza.

É dessa relação conflituosa entre humano (simbólico-cognitivo) e homem (biológico-animal), marca da nossa espécie que trataremos nesse capítulo. Nele tentaremos discutir essa dualidade, e mostrar como ela é a marca, o que nos define e nos distingue dos demais seres vivos.

## **1.2- A DUALIDADE HUMANA**

O ser humano é um ser que tem uma natureza dupla. E por isso vive um constante conflito entre as duas dimensões da sua natureza. Acreditamos que esta concepção de humano pode ser constatada através das mais antigas tentativas de se definir o ser humano. Por exemplo, Platão nos definiu como sendo um animal capaz de ciência. Aristóteles afirmou que nós somos o único animal que possui razão. A religião diz que somos animais, porém dotados de uma alma. O fato é que podemos citar uma centena de definições acerca da natureza humana que trazem em seu bojo essa idéia muito antiga, ou seja, idéia de que nós somos um ser que é um animal, porém com certas especificidades.

Isso parece resultar em uma situação complicada, faz com que nós guardemos muitas semelhanças com o reino da natureza, e ao mesmo tempo tenhamos algumas características que vão além do mundo biológico. Em alguns casos, o que parece nos diferenciar é a existência de uma racionalidade em outros, a existência de uma alma divina. O fato é que parece haver essa intuição clássica, a intuição de que nós não nos encaixamos apropriadamente em nenhum lugar. Não somos animais, nem somos deuses, somos uma anomalia.

Ou seja, a natureza do ser humano é caracterizada e se distingue da natureza dos demais animais justamente devido ao seu caráter paradoxal. O homem é o ser que é metade animal e metade simbólico. (Becker, 2007).

“Existe um outro que convive em cada um de nós , existe um humano que, ver-se-á, não obedece as mesmas leis. Não apenas somos animais, há algo que nos distingue dele;somos humanos e, como tais, algo de distinto se acrescenta” (Codo & Lago,2006,p.257).

É este o paradoxo que constantemente tem nos assolado e que é fonte de muitas das nossas angustias. Estamos fora da natureza e inevitavelmente nela. Projetamos e construímos as mais fantásticas engenhocas, transformamos a natureza, fazemo-la se dobrar a nossa vontade, nos projetamos até mesmo para fora do nosso planeta e vasculhamos a imensidão do universo, mas ao mesmo tempo estamos presos a um corpo cujo coração e pulmão que pulsam e respiram da mesma forma que cachorros, ratos, e morcegos.

Estamos envolvidos em um monte de carne que nos parece estranha à nossa natureza sob muitos aspectos. Um monte de carne que sangra, que expele excrementos desagradáveis, que se degenera, que definha, que apodrece, que some. (Becker, 2007). E nesse sentido os animais têm mais sorte do que nós. Não sofrem dessa dolorosa contradição, desse dualismo existencial, possuem uma existência plena.

### **1.3- COMO LIDAMOS COM A DUALIDADE? (CULTURA, HISTÓRIA, TRABALHO)**

Apesar de não ser o propósito desse trabalho discutir de forma aprofundada todas as estratégias que desenvolvemos para lidar com essa dualidade existencial, faz-se necessária a abordagem de algumas dessas estratégias. Uma vez que mais adiante trataremos de questões que estão intimamente ligadas a nossa cultura<sup>2</sup>, história, e trabalho.

Sendo assim, a questão crucial que se coloca, e que balizará o nosso trabalho daqui em diante, é o fato de que a nossa dualidade existencial, a mesma que nos causa sofrimentos e angustias, que é responsável por tantos traumas, é a que nos faz ser o que nós somos. Isso porque tudo aquilo que conhecemos como sendo símbolo da nossa “humanidade” é justamente tudo o que os homens fazem ou fizeram na tentativa de negar, dominar, ou vencer o seu destino natural, ou seja, a morte.

Dito de outra forma, podemos entender a nossa cultura como sendo o resultado do nosso medo perante a vida e a morte. Toda a nossa cultura, todos os nossos estilos de vida, são na verdade um protesto que foi, e continua sendo criado, contra a realidade da nossa natureza natural. Uma tentativa de esquecer a criatura insignificante que nós somos. Enquanto abelhas, formigas, minhocas parecem cumprir um propósito muito claro no funcionamento do mundo natural, nós parecemos não nos encaixarmos em nenhum propósito natural ou ecológico, somos (ou nos tornamos) inúteis para o funcionamento da biosfera. Somos inúteis ao mundo natural.

“O homem não pode suportar a própria insignificância, a menos que a possa transformar em importância no maior nível possível.” (Becker, 2007, p.239)

---

<sup>2</sup> O termo tem dois significados básicos. No primeiro e mais antigo, refere-se à formação do homem. O segundo significado indica todos os produtos dessa formação, ou seja, os modos de viver, de pensar, de se expressar desenvolvidos pelo homem.

Sendo assim a nossa existência pode ser interpretada, por exemplo, como pertencente a uma categoria especial. Uma categoria que os helênicos representaram na sua cultura por meio da idéia dos semideuses. Seres que não pertenciam ao mundo dos deuses, e, portanto padeciam da mortalidade humana, porém que detinham capacidades divinas que estavam muito além das capacidades dos seres humanos normais.

Podemos ter a nossa existência concebida como sendo de seres que são a imagem e semelhança de um Deus único, todo poderoso, capaz de criar e destruir tudo o que se possa imaginar e até mesmo o inimaginável. Um ser detentor de todo o conhecimento, de toda a sabedoria. Enfim, somos um ente que é a imagem e semelhança de um Ser que resume todas as capacidades humanas elevadas à infinita potência. Somos uma degeneração, uma involução divina.

Há também a interpretação que diz que nós somos a cume da evolução das espécies naturais. Um ser que em algum momento, por alguma razão, foi além das capacidades dos símios, e passou a habitar o mundo da linguagem e do simbólico. Somos a melhor geração de seres vivos, o topo da evolução biológica, o melhor que a natureza já produziu.

A questão é que qualquer que seja a fantasia escolhida, todas elas parecem tentar explicar a peculiaridade da nossa existência, o que nos distingue dos demais seres vivos. Nós somos os únicos seres que mudamos drasticamente o meio-ambiente onde vivemos, e somos afetados pelas mudanças que realizamos no nosso meio-ambiente, num ciclo continuo quase simbiótico. Fazemos isso através do que chamamos de trabalho, e o resultado acumulado do nosso trabalho chamamos de cultura.

“A cultura se opõe à natureza e a transcende. A cultura, em sua mais recôndita intenção, é uma negação heróica da condição de criatura”.  
(Becker, 2007, p.197)

É através do trabalho que o ser humano consegue permanecer vivo em sua individualidade, em sua peculiaridade, e pode de alguma forma, comungar das singularidades de um deus. Através do trabalho o homem tenta mimetizar as capacidades divinas: criar e destruir. E se ainda não alcançamos plenamente a capacidade de criar, apesar de estarmos cada vez mais perto, nós já podemos nos orgulhar de termos alcançado a outra capacidade divina há algum tempo.

“Se não temos a onipotência de um deus, pelo menos podemos destruir como se fôssemos um.” (Becker, 2007, p.113)

Assim podemos dizer que a humanidade e a cultura, nascem da frustração de um animal que não se sente como um. Que não consegue aceitar que sua existência seja finita, uma vez que sua imaginação e seu pensamento são infinitos.

Dê a um animal a consciência da sua finitude, e o aparelhe com capacidades simbólicas infinitas e você terá um ser essencialmente angustiado, algo parecido com um ser humano.

Os homens das cavernas provavelmente fizeram seus primeiros desenhos nas rochas quando não suportaram mais a consciência de seu caráter finito, quando pensaram em todos aqueles que viriam após eles e não saberiam da sua existência. Esses registros mostram que já em tempos remotos os homens começaram a se preocupar em burlar a sua mortalidade, em marcarem a sua passagem pela vida, e se transformarem de alguma forma em imortais.

Motivados por esse incômodo, o mesmo que motivou os homens das cavernas a pensarem em um jeito de deixarem registrados de uma forma perene a sua existência, os homens desenvolveram a escrita, o papiro, o livro, a biblioteca, as escolas, os computadores. Artefatos estes que vêm proporcionando a transferência e o acúmulo de conhecimento para as gerações futuras da nossa espécie.

“O animal do homem morre, já o homem do homem é eterno” (Codo & Lago, 2006, p.259)

Uma vez que nossos genes só são capazes de guardar e transmitir informações relativas à nossa estrutura animal, fomos obrigados a criar métodos que tornassem possível passar adiante informações relativas à nossa estrutura humana. Fomos obrigados a criar meios de transmitir a nossa humanidade, uma vez que o aparato natural não foi desenvolvido para tal propósito.

“O homem quer ser um deus com o equipamento de apenas um animal, e por isso vive de fantasias.” (Becker, 2007, p.85.)

E assim, começamos a criar formas de passar nossas informações simbólicas adiante. Da mesma forma que a natureza encarregou os genes de perpetuarem as informações acerca da estrutura físico-biológica das espécies, passamos a usar as paredes das cavernas, tecidos, papéis, discos rígidos para perpetuarmos as informações acerca da estrutura simbólica da nossa espécie. E este tenha sido talvez o início da longa jornada do ser humano na tentativa de se assemelhar a divindade e burlar a sua morte física.

No momento que o homem sentiu-se incomodado em ter a sua eternidade garantida apenas pela reprodução do seu corpo, pela reprodução da sua parte animal, e começou a pensar em uma forma de garantir a sua reprodução humana, deu início uma fantástica jornada que em grande parte é responsável por nos tornar o que nós somos hoje.

Isso tudo porque, por alguma razão, os homens começaram a sentir que ter garantida apenas a réplica dos seus corpos por meio da procriação, não era uma boa forma de eternizar a sua particularidade, a sua humanidade. Pois sendo a procriação uma forma padronizada de perpetuação, ela nada ou muito pouco diz sobre o seu criador. Já pela via da réplica do seu “espírito”, da sua parte humana, os homens perceberam que conseguiriam perpetuar-se de forma personalizada, de forma individual, deixando finalmente a marca da sua passagem pela Terra.

“O homem está dividido em dois tipos distintos de experiência – física e mental, ou corporal e simbólica. O problema da autoperpetuação se apresenta, assim, de duas formas distintas. Uma o corpo, é padronizada e determinada; a outra, o eu, é personalizada e conquistada” (Becker, 2007, p.279).

A partir de então, mais e mais, os homens tem dado grande importância a sua procriação humana, e deixado a sua procriação animal em segundo plano. E da frequência cada vez maior, com que os homens começaram a investir seu tempo de vida animal na perpetuação da sua vida humana, através da transformação da natureza, e do registro de seus pensamentos e atividades, surgiu o que hoje conhecemos pelo nome de trabalho.

Assim que a quantidade de registros tornou-se tão grande que para um novo indivíduo conseguir absorver todo o conteúdo contido no mesmo precisava gastar grande parte da sua vida animal, um processo que otimizasse essa transferência precisou ser desenvolvido. Estamos falando do nascimento dos processos educacionais.

“A educação, para o homem, significa enfrentar sua natural impotência e morte” (Becker, 2007, p.117)

“Sabemos que a educação existe, sobretudo porque as antigas gerações morrem e porque é necessário transmitir à cultura as novas gerações”. (Rodrigues, 2006, p.209).

Com a implantação de processos educacionais, os homens passaram a ter não só um período de desenvolvimento físico (infância) como também um período de desenvolvimento humano (educação). Se antes, um homem não estava pronto até ter completado o seu desenvolvimento físico, hoje o ser humano que não tenha o mínimo de formação humana, não está pronto para ser inserido na sociedade.

Por meio da educação, os homens aprendem acerca do trabalho dos seus ancestrais, de como reproduzi-los ou mesmo aprimorá-los. Aprendem também acerca da sua história, de como outros homens mudaram e foram modificados pela realidade onde eles viveram. De como nós chegamos onde estamos, de como foram formadas nossas estruturas sociais, nossa economia, nossa relação com os diversos povos e nações do mundo.

Há alguns milênios, a quantidade de informação acumulada já era grande o suficiente para ocupar toda a vida de alguns seres. E tal ocupação começou a ser tão difundida e popularizada, que aqueles que escolhiam destinar a sua vida a tarefa de absorver todo o conhecimento existente e tentar desenvolvê-lo, começaram a ser chamados de Filósofos (amigos do conhecimento).

Os Filósofos se tornaram tão populares e numerosos que vários deles marcaram a nossa cultura ao proporcionarem grandes avanços no que se refere à compreensão e ao desenvolvimento das informações por nós acumuladas.

O desenvolvimento da Filosofia trouxe tantos avanços para o humano do homem, que até hoje é difícil falarmos sobre algum assunto sem termos que citar o conhecimento gerado por algum filósofo clássico.

Porém hoje a quantidade de informação se tornou tão grande que não é mais possível para um único ser assimilar todo o conteúdo produzido pelas gerações anteriores. Por isso, tivemos que dividi-la em áreas, e hoje pessoas dedicam a sua vida na compreensão e no desenvolvimento dessas pequenas enormes áreas.

Temos pessoas que trabalham para passar as informações básicas às crianças, outros que trabalham aprendendo e desenvolvendo informações acerca da natureza dos animais, outros que trabalham aprendendo e desenvolvendo as informações acerca da composição dos elementos químicos, e até mesmo aqueles que trabalham aprendendo e aplicando os nossos conhecimentos acerca de como ajudar os outros.

O ato de trabalhar, que em alguns momentos da nossa história, tinha como significado mais comum atividades que envolviam o emprego da força física, passou a ser cada vez mais significado de atividades que envolvem o emprego da nossa capacidade simbólica. À medida que nosso conhecimento avançou ao ponto de conseguirmos criar objetos responsáveis por atividades físicas, fomos deixando de lado as atividades que exigiam o desenvolvimento da nossa natureza animal, e preferindo as atividades que desenvolviam as nossas capacidades humanas.

Mais uma vez mudamos a nossa realidade e fomos mudados por ela. Se antes o bom trabalhador era aquele que tinha uma boa constituição física, hoje o bom trabalhador é aquele que tem uma boa constituição cognitiva.

Porém, como o trabalho físico se tornou cada vez mais inútil, a nossa estrutura física tem caído em desuso, e com isso temos enfrentado vários problemas (p.ex., obesidade, diabetes). Ao darmos ênfase ao exercício simbólico, o exercício do corpo tem se tornado um fardo para nós. Não precisamos mais dele para trabalhar, no entanto, sem ele ainda não podemos ficar. Se antes o próprio desenvolvimento do trabalho exercitava o corpo, agora exercitar o corpo virou um trabalho, um ônus para que possamos manter a nossa humanidade viva.

#### **1.4-COMO ABORDAREMOS ESSA DUALIDADE?**

Dissemos que a natureza humana é caracterizada pela sua dualidade, pois ela é constituída de duas partes antagônicas. Por partes que não podem ser integradas, fundidas, misturadas. Elas pertencem a realidades distintas, e por isso estão sempre em conflito.

“Muitas e muitas vezes as necessidades do animal se colocam em conflito com as necessidades humanas, pois cada qual sempre quer coisas outras”. (Codo & Lago, 2006, p.259).

Desta forma, uma dificuldade se coloca: Como falar acerca de duas naturezas, de duas realidades distintas em um único discurso? Ou seja, como poderemos falar acerca da contradição, uma vez que muitas vezes quando uma parte afirmar uma coisa, logo depois a outra vem negá-la? Parece que infelizmente o nosso discurso não é capaz de captar as contradições existentes na realidade, de forma que tentar contê-lo pode resultar em confusão, em incompreensibilidade.

Sendo assim, nos dois próximos capítulos tentaremos tratar das duas dimensões do ser humano de forma separada. Primeiramente abordaremos os conhecimentos que dispomos acerca de como o processo empático ocorre no animal do homem. Por fim, analisaremos alguns aspectos do humano do homem, sob uma perspectiva histórica. Ou seja, analisaremos o processo no qual nós construímos e mudamos a nossa forma humana de lidar com o sofrimento e com a morte física.

## CAPÍTULO 2 - AS BASES BIOLÓGICAS DA EMPATIA

### 2.1- INTRODUÇÃO

Apesar de não estarem no corpo as principais características que distinguem os seres humanos dos demais animais, vimos que nós ainda estamos presos a um corpo animal. Mesmo com toda a nossa capacidade simbólica, com todo o mundo não-material que criamos, nós ainda precisamos de uma estrutura animal para que possamos continuar existindo.

Sendo assim, acreditamos que, por mais que os problemas ligados à saúde mental estejam no plano do simbólico, do imaterial, eles são instanciados, vivenciados, no plano físico, sob uma estrutura animal. Ou, dito de outra forma, não podemos acreditar que não existam problemas na mente que também não estejam no corpo, nem problemas no corpo que também não estejam na mente.

"A alma precisa estar encarnada, portanto, não há psicologia sem biologia."  
(Canguilhem in Mariguela, 1995, p.43).

Aqueles que estudam doenças psicossomáticas têm uma noção muito aguda do que estamos falando. Cada vez mais eles têm se convencido de que não existe uma doença do corpo que não tenha alguma ligação com a mente. Da mesma forma, que não há nenhuma doença da mente que não cause algum reflexo no corpo. É evidente que nem sempre há uma relação tão forte entre as duas dimensões do ser humano, mas o ponto é que sempre há alguma relação entre elas.

Se não fosse assim, em alguns momentos o humano poderia ser apenas animal, e em outros poderia ser apenas humano. Porém, como já vimos, não é desta forma que ocorre. Apesar de serem naturezas antagônicas, elas nunca estão desassociadas, pois é justamente da contradição entre as duas que resulta o ser humano. E a morte ou o cessar de uma das duas naturezas sempre provoca a morte do indivíduo.

Para podermos entender o que acontece com o ser humano, precisamos entender o que acontece nas duas partes do seu ser e não apenas em uma delas. Isto porque não é possível alcançar toda a dimensão de um ser que é dual, se possuímos dados que capturam a realidade de apenas uma das suas naturezas. Dessa forma, se queremos estudar algum fenômeno ligado ao ser humano, temos que considerar ambas as suas naturezas, pois só assim poderemos chegar a compreendê-lo em toda a sua amplitude.

Sendo assim, acreditamos que o mesmo se aplique ao fenômeno da empatia, que é o fenômeno objeto do nosso estudo. Por essa razão, no presente capítulo, trataremos de investigar o que nós já conhecemos sobre as bases neuronais, cognitivas e comportamentais da empatia. Ou seja, analisaremos neste capítulo, a dimensão biológica da empatia.

## **2.2 - EMPATIA EM ANIMAIS**

Como já vimos, o ser humano é um tipo muito peculiar de animal, pois se por um lado ele se alimenta, comporta-se, e age sobre o seu meio ambiente de uma forma totalmente sem precedentes na natureza, por outro lado ele guarda muitas semelhanças com os demais seres no que diz respeito a sua composição físico-biológica. Constatação essa que tem como marco o trabalho de Charles Darwin, que acabou abrindo de vez as portas para que alcançássemos grandes avanços e descobertas em relação ao funcionamento da nossa estrutura animal.

O que fez o trabalho de Darwin ser tão importante na compreensão do funcionamento dos nossos corpos foi o fato de que sempre houve uma série de restrições morais e éticas relacionada ao estudo do corpo humano. Restrições estas que impediam (e ainda impedem) os cientistas de empregarem na sua totalidade suas estratégias, e que sempre acabaram impedindo o pleno desenvolvimento do conhecimento sobre o funcionamento dos nossos corpos. Ou seja, éramos (e em alguma medida ainda somos) impedidos de fazer com nós mesmos o que fazemos tranquilamente com o restante da natureza. Mais uma vez, uma evidência clara de que ainda mantemos a velha intuição de que nós estamos fora, além da natureza. Afinal, se nos sentíssemos como parte dela, não haveria razão para criarmos critérios distintos para o estudo com humanos.

Sendo assim, a possibilidade de conhecer a nossa estrutura animal, sem precisar ir de encontro as nossas restrições morais, éticas e religiosas, só se tornou possível devido à “descoberta” de que muitas de nossas propriedades físicas também podiam ser encontradas fora de nossos corpos. E desta forma, poderíamos empregar todas as nossas técnicas de investigação sem violar a sacralidade dos corpos humanos. Estaríamos livres para fazer o que fosse necessário para conhecermos a nossa estrutura física, da mesma forma pela qual nos sentimos livres para fazer todo o possível para conhecer a natureza.

Apesar de não serem abundantes os estudos sobre empatia com animais, podemos constatar pela revisão de literatura de Preston & de Waal (2002) que há uma razoável quantidade de estudos envolvendo-os.

Por exemplo, em um experimento com ratos, Rice & Gainer (1962 in Preston & de Waal, 2002) constatou-se que ao se expor um rato a outro preso e suspenso, o mesmo pressionava uma barra que acionava um dispositivo capaz de abaixar e liberar o prisioneiro. Além disso, constatou-se que o rato responsável pelo ato de resgate também permanecia próximo e orientava o rato libertado para outro lugar depois que o mesmo era libertado.

Brady (1970) relata um estudo semelhante realizado com macacos. Em uma das condições do experimento, um macaco preso a uma cadeira que permitia que ele mexesse apenas os braços, assistia outro macaco levar choques. Quando o macaco espectador aprendia que ao pressionar uma barra ele evitava que seu companheiro levasse choques, a frequência de acionamento da barra crescia drasticamente.

Em um estudo mais recente Langford, Crager, Shehzad, Smith, Sotocinal, Levenstadt, et al. (2006) investigaram a existência do processo empático em ratos. Para tanto colocaram dois ratos, cada um em uma caixa transparente, de forma que eles pudessem ver um ao outro. Depois, foi injetada nos ratos uma solução de ácido acético, o que evidentemente acarretava dor. Em uma condição, ambos os ratos recebiam a solução e, portanto, cada um observava a dor do outro. Na outra condição, apenas um dos ratos recebia a solução, e, portanto, um deles observava a experiência de dor do outro sem sentir dor.

Constatou-se que os ratos na primeira condição apresentaram mais comportamento de dor (contorcer-se) do que os ratos da segunda condição. Porém, essa diferença ocorreu apenas quando o outro era um companheiro de gaiola, ou seja, quando a dupla era composta por ratos que viviam na mesma gaiola e foram separados no momento do experimento.

Com o objetivo de determinar o meio pela qual a “comunicação da dor” estava ocorrendo (olfato, visão, audição) outras manipulações foram realizadas. Das manipulações feitas, apenas o bloqueio visual resultou na eliminação da diferença entre a primeira e a segunda condição.

Em outra situação, com o objetivo de testar a hipótese de que poderia estar acontecendo um processo de imitação, ou seja, um rato contorcer-se por ver outro se contorcendo, as duplas foram novamente colocadas em caixas transparentes. Desta vez, um dos ratos recebia (ou não) a solução de ácido, enquanto outro tinha o piso da sua caixa aquecido. Os resultados mostraram que aqueles que observavam o companheiro contorcer-se, reagiam de forma mais rápida ao aquecimento do piso da gaiola do que aqueles que observavam o companheiro que não havia recebido a solução de ácido.

Langford et al. (2006) argumentam então que esses dados sugerem que o sistema de dor pode ser estimulado de uma forma geral por meio da observação da dor do semelhante, e que, portanto a hiperalgesia mediada socialmente pode ser claramente eliciada na ausência de imitação.

Apesar de existirem na literatura sobre empatia estudos com diversas espécies, parece que a maior quantidade dessas pesquisas concentra-se em macacos, principalmente os símios<sup>3</sup>. A razão parece óbvia: sabemos que os símios guardam enorme semelhança genética com a nossa espécie, sendo que no caso dos chimpanzés a semelhança genética em relação aos humanos chega aos espantosos 99,4%. (Wildman, Uddin, Liu, Grossman, & Goodman, 2003). Essa semelhança genética encontra suporte em estudos que mostram que a experiência empática dos chimpanzés é a que mais se aproxima da experiência empática humana, conforme mencionamos a seguir.

Em um experimento realizado por Premack (1983 in Bischof-Köhler, 1991) chimpanzés capazes de usar a linguagem de sinais foram expostos a um vídeo onde um humano enfrentava alguns problemas, os quais ele aparentemente não dava conta de resolver. Ele tentava usar uma mangueira que não estava conectada a torneira. Os animais foram então depois expostos a uma série de fotos que mostravam diferentes soluções para o problema. E então se constatou que na maioria das vezes os chimpanzés escolhiam a foto que apresentava a solução correta.

Bischof-Köhler (1991) argumenta que esse experimento mostra que os chimpanzés além de possuírem a capacidade de resolver problemas, também possuem capacidade de ser afetados por problemas de outrem. Ou seja, eles não só conseguem entender a intenção do outro, como também participaram dessa intenção e buscaram resolver um problema de forma vicariante.

Em outro estudo realizado por Köhler (1921 in Bischof-Köhler, 1991) um chimpanzé foi exposto a uma situação onde outro animal tentava alcançar uma banana com a ajuda de um galho. Assim que se permitiu que o chimpanzé interviesse no problema, ele prontamente conseguiu resolve-lo e, além disso, absteve-se de comer a banana, empurrando-a no sentido do outro animal. Esses resultados fizeram Köhler argumentar que o chimpanzé foi capaz de encarar a tarefa através do ponto de vista do outro animal.

---

<sup>3</sup> Os símios, ou macacos antropomorfos, são os primatas atuais mais próximos evolutivamente do homem. São eles os gorilas, chimpanzés, e orangotangos (chamados grandes símios) e os gibões. Junto com os humanos pertencem à superfamília Hominoidea.

No experimento realizado por Parr & Hopkins (2000) chimpanzés foram expostos a três tipos de vídeos. Cada vídeo representando um tipo de estímulo (negativo, positivo, neutro). No estímulo negativo, os vídeos continham cenas de agressões; no estímulo positivo, os vídeos continham cenas de brincadeiras entre os animais, e no estímulo neutro cenas de paisagem. Os resultados mostraram que os vídeos negativos causaram reações de estresse e agressividade nos chimpanzés (como por exemplo, o ouriçar de pelos e a manifestação de gritos). Quando os vídeos positivos eram apresentados, reações de entusiasmo foram observadas. E quando os estímulos neutros foram apresentados, constatou-se que apesar de atraírem grande atenção dos macacos, estas cenas não provocavam qualquer comportamento que fosse indicativo de excitação social.

Em um experimento semelhante, chimpanzés apresentaram diminuição de temperatura corpórea (indicativo de grande estresse) ao assistirem cenas onde outros chimpanzés apareciam com agulhas sendo inseridas em seus corpos por veterinários. (Preston & de Waal, 2002).

Veremos, mais a frente, que é justamente esse tipo de processo empático que envolve tanto uma experiência vicariante quanto a capacidade de adotar um ponto de vista de uma terceira pessoa, que distingue o processo empático existente entre humanos e o existente nos demais animais gregários.

Por isso, Bischof-Köhler (1991) sustenta que os chimpanzés foram a primeira espécie na evolução dos seres vivos a serem capazes de não só perceber as emoções dos outros, como também de participar, compartilhar essas emoções. Assim como de vivenciar uma determinada situação de outro ponto de vista que não o da primeira pessoa.

A tese de Bischof-Köhler parece encontrar suporte no estudo de Kummer (1980 in Bischof-Köhler, 1991). Em trabalho realizado com macacos babuínos, ele constatou que mesmo após os babuínos serem expostos a um vídeo onde era apresentado outro babuíno sendo capturados por uma armadilha, estes não foram capazes de aprender, por mera observação, a evitar serem capturados pela mesma armadilha. Ou seja, eles não foram capazes de um aprendizado vicariante, tal qual o apresentado pelos chimpanzés nos estudos de Premack (1983 in Bischof-Köhler, 1991) e Köhler (1921 in Bischof-Köhler, 1991).

Enfim, esses são alguns exemplos dos vários estudos realizados com animais no intuito de compreender o funcionamento do processo empático. Evidentemente, o interesse que envolve a compreensão de tal fenômeno está relacionado ao fato de que ele está intimamente ligado a vários dos comportamentos que caracterizam a nossa espécie.

Como afirmaram Carr, Lacoboni, Dubeau, Mazziotta, e Lenzi (2003, p.1) “a empatia cumpre um papel social fundamental, tornando possível o compartilhamento de experiências, necessidades, e objetivos entre os indivíduos.”. Isso porque a habilidade de entender as intenções e as crenças de outrem é crucial para o sucesso das interações sociais. (Singer, 2004).

No entanto, a existência da empatia entre os animais ainda não é consensual. E a discordância não está relacionada à existência dos comportamentos pró-sociais, de compartilhamento de emoções e contágio emocional que pudemos ver, por exemplo, na maioria dos experimentos citados. A discordância reside na discussão sobre se tais fenômenos, como os apresentados aqui, podem ser considerados como sendo exemplos de processos empáticos, ou se na verdade eles configuram outra sorte de fenômeno.

Tal debate é bem ilustrado em dois artigos publicados na revista *Scientific American* em 1998 por Gordon Gallup e Daniel J. Povinelli. Em um dos artigos Gallup defende a idéia de que os animais (mais especificamente chimpanzés e orangotangos) têm experiência empática. Noutro artigo em resposta a Gallup, Povinelli levanta dúvidas quanto à possibilidade de que tais animais possam ter tal experiência.

A divergência está no seguinte ponto. Como veremos mais adiante, muitos pesquisadores concordam que o fenômeno da empatia é composto por três componentes: compartilhamento afetivo, consciência eu – outro, e capacidade de adotar uma perspectiva. Gallup e Povinelli concordam que os resultados dos experimentos realizados para detectar a existência de um auto-conceito (consciência eu-outro) em chimpanzés comprovam a existência do mesmo nestes animais. No entanto, discordam quanto ao fato de que a existência do auto-conceito nos animais indique que eles sejam também capazes de terem consciência acerca dos seus estados mentais internos, e, portanto sejam capazes também de entender, e imaginar que outros indivíduos possuam tais estados<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Mais informações vide Hare et al. (2000); Hare et al. (2001).

De qualquer maneira, apesar de essa ser uma discussão muito interessante, ela agora se situa além dos nossos objetivos com este trabalho. O importante para nossa discussão é o fato de que há fortes indícios de que nossa estrutura animal é constituída de forma a proporcionar o fenômeno da empatia. E o fato de encontrarmos fenômenos iguais, ou semelhantes em outros animais, é mais uma forte confirmação das bases biológicas do fenômeno da empatia em nós.

### **2.3 - DEFINIÇÕES E DISTINÇÕES**

Apesar de já ter sido objeto de estudo de vários autores, de ter sido discutido por séculos em várias áreas do conhecimento, o fenômeno da “empatia” ainda sofre de uma falta de consenso quando o assunto é a sua natureza e as suas propriedades.

No entanto, de acordo com a revisão de literatura nas áreas de neurociência e ciência do comportamento realizada por Preston & de Waal (2002), a maioria da literatura sobre o assunto tem se focado na discussão acerca de se a empatia é um processo emocional ou cognitivo. Outro ponto recorrente apontado por eles é a tentativa de distinguir empatia de outros fenômenos relacionados (contagio emocional, simpatia, e a tomada de perspectiva).

Na literatura, foram identificados muitos esforços no sentido de tentar traçar uma boa definição de empatia e de distingui-la de outros fenômenos ou conceitos. E segundo Preston & de Waal (2002) essa ênfase demasiada na definição do fenômeno reflete um problema profundo que o estudo da empatia sofre: conhecimento insuficiente da forma como o nosso sistema nervoso estanca a empatia. Pois, segundo eles, sem um conhecimento da forma como esse fenômeno funciona em nós, temos ficado dependentes de definições pouco precisas ou abstratas tais como “pôr-se no lugar do outro”, “imaginar-se na pele do outro”, “sentir junto com o outro”, etc.

De acordo com Preston & de Waal (2002) um bom retrato desse panorama foi dado por G.W.Allport em 1968. Há 40 anos Allport concluiu que o processo empático permanecia sendo um enigma para a psicologia social, uma vez que a natureza do seu mecanismo ainda não tinha sido compreendida.

Apesar de ainda não haver um grande consenso, e apesar da diversidade terminológica ainda existente nesse campo, Decety & Jackson (2004), em sua revisão de literatura sobre o assunto na área da ciência do comportamento e da neurociência cognitiva, afirmam que há grande concordância quanto ao fato de o fenômeno da empatia ser composto por três componentes primários:

1. Uma resposta afetiva em relação a outrem, que freqüentemente, mas nem sempre, acarreta no compartilhamento do estado emocional do outro.
2. Uma capacidade cognitiva de adotar a perspectiva de outra pessoa; e
3. Algum mecanismo regulador que mantém clara a fonte dos sentimentos (próprio ou de outrem).

Tendo como base esses componentes primários, outras definições do processo, e às recentes descobertas no campo da neuropsicologia, Decety & Jackson (2004) propõem então a existência de três componentes funcionais, que na sua interação produzem a experiência da empatia nos humanos. São eles:

1. Compartilhamento afetivo entre o “eu” e o “outro”, baseado na ligação entre percepção-ação que nos leva ao compartilhamento de representações;
2. Consciência eu - outro. Mesmo quando há alguma identificação temporária, não há confusão entre o “eu” e o “outro”;
3. Flexibilidade mental para adotar uma perspectiva subjetiva do outro, assim como de aplicar um processo regulatório.

Dentro dessa perspectiva, a empatia resultaria da interação desses três componentes funcionais, e, portanto, nenhum deles sozinho poderia dar conta de explicar toda a amplitude do fenômeno da empatia humana. Com base nessa perspectiva, Decety & Jackson (2004) traçam a distinção entre empatia e outros fenômenos comumente relacionados.

Desta forma, a ocorrência de um *compartilhamento de emoções*, sem a existência de uma *consciência eu - outro* configuraria o fenômeno do *contágio emocional*. Que dito de outra forma, é quando o observador promove uma identificação total com o objeto.

Importante frisar a distinção entre *empatia* e *contágio emocional*, pois como lembrou Bischof-Köhler (1991) tem havido na literatura uma tendência em apresentar os dois fenômenos como sendo idênticos.

Há inclusive vários estudos sobre empatia no mundo animal nos quais a empatia é operacionalizada sob forma de incitação de humor (*mood induction*), ou comportamentos de facilitação social. (Bischof-Köhler, 1991). Ou seja, em tais situações, apesar de ter havido uma intenção de estudar o fenômeno da empatia, o fenômeno estudado acabou sendo outro.

Por isso devemos deixar claro que o contágio emocional é um fenômeno filogenético, bastante conhecido pelo etologistas como *incitação de humor*. Este fenômeno é responsável por sincronizar os estados emocionais dos membros de um grupo, e, portanto, serve para manter a coesão grupal. Por isso, entre os animais gregários, por exemplo, se um membro foge os demais se juntam a ele na fuga. (Bischof-Köhler, 1991).

Por outro lado, a ausência de compartilhamento afetivo é caracterizada por distúrbios ligados a falta de habilidades sociais como autismo e sociopatia. Nesses casos, há uma deficiência no mecanismo de processamento afetivo que impede ou dificulta o contágio emocional, o compartilhamento das emoções de outrem. Por isso, pessoas com tais transtornos muitas vezes são capazes de perceber emoções, e intenções de outrem, porém são incapazes de participarem delas, o que faz com que muitas vezes elas acabem tirando vantagem dessa condição em atos de perversidade. (Decety & Jackson, 2004).

Por fim, a existência de uma flexibilidade mental seria o que nos possibilita adotar, por meio de processos cognitivos, a perspectiva de outrem. Ou seja, permite que simulemos cognitivamente como nós sentiríamos, pensaríamos, reagiríamos se estivéssemos no lugar do outro. E, segundo alguns estudiosos, seria esse componente o que diferenciaria o processo empático humano de outros processos pró-sociais que ocorrem nos demais animais.

### **2.3.1- Compartilhamento afetivo**

Baseado na hipótese Percepção-Ação do comportamento motor de W.Prinz, o modelo de Percepção-Ação da empatia afirma que a percepção atenta do estado emocional de um sujeito ativa automaticamente no observador a representação subjetiva do determinado estado, situação, e contexto vivenciado pelo sujeito. E a ativação dessas representações inicia (ou gera), de forma automática, respostas autônomas e somáticas no observador. (Preston & de Waal, 2002).

Essa idéia é baseada na concepção de que a percepção de um dado comportamento por um segundo indivíduo ativa automaticamente nele a sua representação do determinado comportamento. Essa teoria também afirma que a percepção de uma ação ativará a representação da ação quanto mais à ação percebida e a representada forem similares. (Decety & Jackson, 2004) Sendo assim, quanto mais essas representações forem compartilhadas entre os indivíduos, maior será a ativação delas.

Essa concepção baseia-se nos conhecimentos já existente sobre as propriedades fisiológicas do sistema nervoso, no que tange a inseparabilidade entre ação e cognição. Sabe-se que esses processos são interligados nos seres vertebrados, ou seja, percepção é significado de ação, e ação é significado de percepção. E que tal mecanismo já está em funcionamento logo após o nascimento. Argumenta-se que o cérebro dos vertebrados evoluiu para que ele pudesse governar as atividades motoras mais complexas através da transformação de modelos sensoriais em modelos de coordenação motora. (Decety & Jackson, 2004).

Outro fato importante é que nos humanos esses modelos de coordenação motora teriam se tornado tão profundamente internalizados (ou representados), que eles passaram a ser capazes de ser ativados, mesmo na completa ausência de informação externa. Ou seja, o sistema tornou-se capaz de se auto-estimular. (Decety & Jackson, 2004).

Há uma grande quantidade de dados que dão suporte a essa concepção. E tais dados são basicamente provenientes de pesquisas comportamentais e pesquisas ligadas a áreas da neurociência.

Das pesquisas comportamentais, as melhores evidências vêm da constatação de que recém nascidos já nascem com a capacidade de imitar expressões faciais de adultos. De forma sintética, os trabalhos com recém-nascidos têm levado os psicólogos do desenvolvimento a propor que a compreensão de outrem é uma forma primária de prática corporal. (Decety & Jackson, 2004).

Ou seja, para que sujeito possa compreender o outro, ele precisa primeiro imitá-lo e sentir através do seu corpo (afinal o corpo é o único aparato sensorial) o que o outro deve sentir quanto ele se comporta de determinada maneira. Sentindo o que ele sente quando ele tem determinado comportamento, o sujeito consegue entender o que outro sente quando ele emite certos sinais comportamentais.

Estudos mostram que a base para o processo empático (mais precisamente contágio emocional) já está pronto em bebês recém-nascidos. Em uma dessas pesquisas foram analisados os comportamentos de choro dos bebês ainda nos berçários. E constatou-se que ao ouvir o choro de outro bebê os demais também começam a chorar. (Bischof-Köhler, 1991).

Em outro estudo uma nova variável foi introduzida com objetivo de verificar se os bebês choravam por serem contagiados emocionalmente, ou se essa era apenas uma resposta mimética. Nesse estudo, bebês foram expostos a gravação do choro de outras crianças, e a gravação do seu próprio choro. Corroborando a hipótese de contágio emocional constatou-se que apenas a gravação do choro de outro bebê eliciava a choro no bebê que escutava a gravação. (Bischof-Köhler, 1991).

Em um estudo realizado por Levenson & Ruef (1992 in Decety & Jackson, 2006) constatou-se que a precisão de um observador em inferir o estado emocional negativo de um o outro sujeito, estava relacionado ao nível de sincronia fisiológica existente entre os dois. Ou seja, quando o estado fisiológico dos indivíduos, por exemplo, batimentos cardíacos, estavam mais próximo um do outro, maior era a precisão do observador em inferir os sentimentos do outro.

Na neurociência pesquisas mostram que a observação e a imitação de emoções (imitando-se expressões faciais) estimulam áreas muito semelhantes do cérebro. (Carr et.al 2003). Isso ocorreria porque produzir uma expressão facial gera mudanças no sistema nervoso e essas mudanças são associadas com o sentimento da emoção correspondente. (Decety & Jackson, 2004).

Os estudos de casos envolvendo danos cerebrais também dão suporte à idéia de que o mesmo sistema neural é envolvido tanto no processo de reconhecimento quanto de expressão da emoção. Pacientes com danos nas áreas responsáveis por tal atividade perdem tanto a capacidade de reconhecer emoções, assim como de terem qualquer experiência fenomenológica de emoções expressas por outros. (Decety & Jackson, 2004).

Em outro experimento, descobriu-se que observar uma expressão facial de nojo ativa as mesmas áreas do cérebro que são ativadas quando uma pessoa sente nojo ao ser exposta a um estímulo aversivo. (Decety & Jackson, 2004).

Algo semelhante também foi observado em um estudo sobre dor. Constatou-se que ao observarem imagens que retratavam a dor de outros indivíduos, os observadores tinham estimuladas áreas do cérebro que são envolvidas na percepção sensorial da própria dor. (Decety & Jackson, 2006). Ou seja, ao observarem imagens de dor e sofrimento, os observadores emulavam as representações daquele tipo de sofrimento em seus corpos, como se eles tivessem vivenciando aquela situação retratada.

A psicologia social também tem mostrado como nós imitamos de forma não intencional ou até mesmo inconsciente, uma série de comportamentos tais como sotaques, tons de voz, velocidade da fala, posturas, assim como estados de humor de outras pessoas. (Decety & Jackson, 2004).

Todos esses resultados apontam para existência de um mecanismo básico de compartilhamento de emoções, mecanismo este essencial às interações sociais, e que é resultado da ligação direta entre a percepção e ação. Essa arquitetura leva o observador a ressoar, ecoar com o estado emocional do outro, através da emulação das representações motoras do outro, e associar-se autonomicamente e somaticamente as respostas do outro.

É este processo mímico, encoberto, oculto, o responsável pelo compartilhamento dos afetos e sentimentos entre o *eu* e *outro*. (Decety & Jackson, 2006). Assim como é este processo de compartilhamento afetivo que também torna possível a vida em grupo.

### **2.3.2 - Consciência Eu – Outro (Auto-Conceito)**

Apesar de ecoarmos os sentimentos expressos pelos outros, também somos capazes de perceber que apesar do ‘eu’ e o ‘outro’ serem similares, eles estão separados e correspondem a entidades distintas. Ou seja, apesar de sermos capazes de sentir na pele emoções que não são nossas, somos capazes também de percebermos quais são as fontes dessas emoções; a nossa experiência, ou a experiência do outro.

Como já expusemos no modelo proposto por Decety & Jackson (2004), o processo empático envolve também uma *consciência eu – outro*. Pois, na experiência empática, os indivíduos devem ser capazes de se desatarem do outro. Capacidade esta que possibilita que, na maioria das vezes, não nos confundamos com os outros, ou seja, possibilita que distingamos conhecimentos de primeira pessoa dos conhecimentos de terceira pessoa. Tal capacidade, por sua vez, pressupõe a existência de uma autoconsciência, ou seja, de o indivíduo ser capaz de se tornar objeto da sua própria atenção.

Argumenta-se que qualquer organismo capaz de auto-reconhecimento seria dotado de uma consciência acerca dos seus próprios estados mentais, o que por sua vez o deixaria capaz de também atribuir estados mentais aos outros seres. (Decety & Jackson, 2004). O desenvolvimento do ‘eu’ (self) tem sua gênese nos primórdios da infância do ser humano, e se desenvolve concomitantemente com a consciência de ser objeto da atenção dos outros. (Decety & Jackson, 2004).

A estratégia mais usada para o estudo do desenvolvimento da autoconsciência tem sido a técnica da imagem refletida pelo espelho. Nesses experimentos, vários procedimentos com a criança ou animais diante do espelho são realizados. A mais comum delas consiste na fixação de algum objeto na face da criança ou do animal, para que se possa observar se os mesmos reconhecem a imagem no espelho como sendo a sua imagem e, portanto, se atentam para o objeto fixado em sua face.

Estudos mostram que crianças entre os 18 e 24 meses de vida e chimpanzés são capazes de reconhecer a sua própria imagem refletida no espelho. No caso das crianças, nesse período as mesmas também começam a apresentar emoções que estão ligadas ao surgimento de uma autoconsciência, tais como vergonha e culpa. (Decety & Jackson, 2004).

O desenvolvimento da habilidade de fazer a distinção eu – outro explicaria também à diminuição de comportamentos de expressão de emoções e de mimetização de expressões que ocorre concomitantemente nas crianças nesse período. (Preston & de Waal, 2002). Esse período também é marcado por um grande desenvolvimento das capacidades cognitivo-sociais da criança, pois é quando começam a surgir os comportamentos de cooperação e de reação empática diante de uma pessoa em sofrimento ou estresse. (Decety & Jackson, 2004)

Em experimento desenvolvido por Bischof – Köhler (1991), crianças com idade entre 16 e 24 meses foram submetidas a dois testes: reconhecimento da sua imagem através do espelho, e um teste de empatia. De acordo com a concepção do fenômeno empático já exposto aqui, criou-se a hipótese de que o desempenho das crianças no teste do espelho guardaria alguma relação com o desempenho das mesmas no teste de empatia, uma vez que a consciência eu – outro seria essencial no processo empático.

O teste de empatia foi organizado da seguinte maneira. Em uma sala, um pesquisador do sexo feminino, já devidamente familiarizado com a criança numa sessão de aquecimento realizada no dia anterior, encenava estar brincando com um urso de brinquedo. Em determinado momento, o pesquisador simulava quebrar acidentalmente o braço do urso, que se soltava do corpo do brinquedo. Após o ocorrido, o pesquisador começava a emitir alguns comportamentos. Iniciava com lamentos e suspiros moderados, passando a verbalizações da tristeza. Se a criança não intervinha, o pesquisador coloca o urso de lado “para que ele descansasse”. Depois, pegava-o novamente, brincando com ele por mais 10 minutos. Nesse momento, o pesquisador deixava a sala dizendo à criança que repararia o brinquedo em casa. Todas as sessões

ocorreram na presença das mães que foram instruídas a não interferirem no processo, a não ser que houvesse uma requisição da criança.

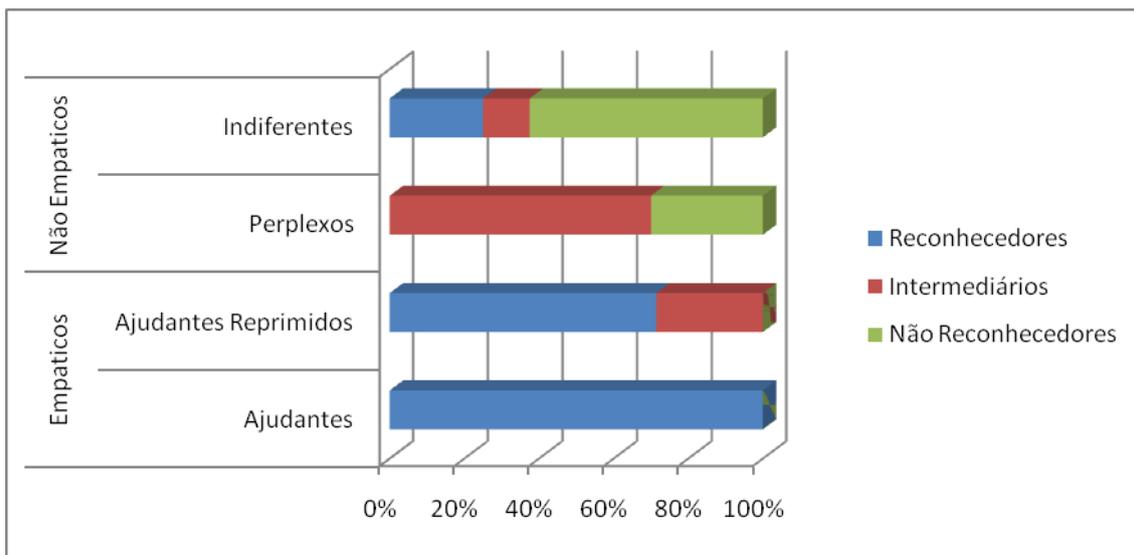
Com os resultados desse experimento, as crianças foram categorizadas em 4 grupos:

1. Ajudantes: crianças que demonstraram preocupação e/ou compaixão, e tentaram atuar sobre o problema do pesquisador, seja consolando, tentando repará-lo, ou procurando ajuda da mãe para tal.
2. Ajudantes reprimidos: crianças que demonstraram preocupação ou comportamento similar ao dos das crianças ajudantes, porém que demoraram na resposta. Ou crianças que tentaram chamar atenção das mães para o acontecido através de verbalizações ou apontando para a pesquisadora.
3. Perplexos: crianças que foram moderadas na expressão de suas emoções, porém que não conseguiram desviar a sua atenção da pesquisadora. Elas paravam de brincar, mas não mostraram qualquer disposição em intervir. Essas crianças passavam a impressão de não entenderem perfeitamente o que estava acontecendo, parecendo aguardar por algum desfecho.
4. Indiferentes: crianças que mostraram pouco interesse pelo pesquisador. Elas não demonstraram preocupação ou qualquer intenção de ajudar.

As quatro categorias foram então reagrupas em dois grupos: Empáticos (Ajudantes e Ajudantes reprimidos), Não-Empáticos (Perplexos e Indiferentes).

A análise combinada dos dados do teste da empatia, com o teste do reconhecimento apresentou resultados interessantes.

**Figura 2- Relação entre empatia e auto-reconhecimento<sup>5</sup>.**



Como mostrou Bischof-Köhler (1991) os resultados foram precisos em apontar que todos os indivíduos empáticos passaram no teste do espelho. Enquanto que os indivíduos que não foram capazes de se auto-reconhecerem através do espelho não apresentaram comportamentos que os qualificassem como sendo capazes de vinculação empática.

Desta forma, argumenta-se que o desenvolvimento de um auto-conceito é primordial para o desenvolvimento do processo empático, uma vez que ele possibilita não só o reconhecimento das próprias ações do sujeito, mas também possibilita a compreensão das ações dos outros. Sem o desenvolvimento de uma *consciência eu - outro* não há possibilidade um processo empático, uma vez que não há consciência de que exista um sentimento que é do outro. Portanto, na ausência de uma *consciência eu - outro* pode ocorrer um processo de contágio emocional, não um processo empático.

### **2.3.3- Flexibilidade Mental e Auto-Regulação**

O processo empático ocorre nas mais diversas situações da nossa vida. Ele ocorre quando vemos alguém em sofrimento ou desconforto, ocorre quando vemos fotos de pessoas machucadas, quando imaginamos um contexto ou uma situação de outro alguém através de uma narrativa literária, quando nos sentimos angustiados ao admirarmos a obra de um artista. Enfim, o processo empático está presente numa variedade enorme de contextos da vida humana.

<sup>5</sup> Adaptação do gráfico de Bischof-Köhler (1991)

A questão é que nessas condições o processo empático requer que nós sejamos capazes de adotar o ponto de vista subjetivo de outrem. Apesar dessa tomada de perspectiva ser mais ou menos consciente, dependendo do contexto, a questão é que ela é sempre necessária no processo empático. Por essa razão, a capacidade de adotar a perspectiva subjetiva de outrem é considerada um importante elemento da capacidade empática humana. Vários autores argumentam que essa habilidade, além de ser o que nos distingue dos primatas, é um dos elementos indispensável para o desenvolvimento de uma comunicação intersubjetiva. (Decety & Jackson, 2004).

Em sua revisão, Decety & Jackson (2004) relatam um experimento no qual foi pedido aos participantes que olhassem a imagem de uma pessoa que teve a sua mão presa a uma máquina que supostamente gerava altas temperaturas, e, portanto causava dor. Para um grupo de participantes, pediu-se apenas que eles simplesmente olhassem com atenção a imagem; já para outro grupo, pediu-se que eles imaginassem como o sujeito com a mão presa estava se sentindo. E para um terceiro grupo, foi pedido que eles se imaginassem no lugar da vítima.

Os dados provindos tanto de respostas fisiológicas, quanto verbais dos participantes mostraram que o ato deliberado de imaginar a situação da vítima (como foi o caso do 2º e 3º grupos) produziu maiores efeitos nos observadores do que o simples ato de observar a imagem da vítima (como foi o caso do 1º grupo).

Outro aspecto importante da tomada de perspectiva, é que diferentemente dos demais componentes do processo empático, há uma grande quantidade de evidências que sugerem que essa flexibilidade mental em adotar a perspectiva subjetiva de outrem é um processo controlado e resultante de um esforço intencional.

No entanto, Decety & Jackson (2004) alertam para o fato de que há um risco quando fazemos inferências psicológicas inapropriadas acerca do estado emocional dos outros. Estudos mostram que ao tentarmos adotar a perspectiva de outrem, temos a tendência a introduzir elementos da nossa perspectiva e informações acerca de como nós reagiríamos à determinada situação. Sendo assim, podemos muitas vezes projetar nossos estados emocionais ao tentar prever como uma pessoa se sentiria em determinada situação. Por essa razão, eles alertam para o fato de que vários conflitos sociais têm suas raízes em inferências inapropriadas acerca da perspectiva dos outros e, portanto, falham em compreender que uma determinada perspectiva deve mudar de pessoa para pessoa.

Por isso, além da flexibilidade mental, a auto-regulação é importante no processo empático, uma vez que ela mantém clara a distinção eu – outro, permitindo que não haja uma confusão entre a inferência sobre a perspectiva dos outros e a própria perspectiva.

## **2.4 - BASES BIOLÓGICAS DA EMPATIA**

Como pudemos ver, apesar de ainda não estar claro se o fenômeno da empatia é algo que existe apenas entre os homens, está bastante claro que tal fenômeno está necessariamente ligado ao funcionamento do nosso corpo animal. Importante frisar isso, pois em toda literatura analisada sobre os efeitos nocivos da empatia nos profissionais ligados a atividade de ajuda, nada é dito sobre as bases biológicas da empatia. E nesse ponto eu sou obrigado a concordar com Preston & de Waal (2002) quando eles afirmam que temos estado dependentes de definições pouco precisas ou abstratas sobre fenômeno da empatia.

Definir um fenômeno tão complexo apenas com base em metáforas do tipo “estar nos sapatos do outro”, ou exemplos do tipo “imaginar-se na pele do outro” não ajudam na definição de um fenômeno. Esse tipo de recurso deve ser reservado apenas como ilustração, e não como definição. Como veremos em outro capítulo, quando faremos uma revisão da literatura existente sobre os fenômenos ligados aos efeitos nocivos da empatia nos profissionais de ajuda, a falta de uma definição precisa parece ter causado grande confusão e controvérsia, prejudicando o desenvolvimento da área.

Por outro lado, não acreditamos que as descobertas acerca do funcionamento do processo empático em nossos corpos seja o suficiente para explicar toda a dimensão deste fenômeno no homem. Por isso, nossa investigação sobre o fenômeno da empatia não pode cessar aqui. Neste ponto, apenas conhecemos acerca de como a empatia ocorre em uma das nossas naturezas; falta agora conhecermos como ela se processa no nosso lado humano, simbólico, imaterial.

### **CAPITULO 3- A MORTE E O SOFRIMENTO DO HOMEM: A HISTÓRIA DE UMA CONSTRUÇÃO**

Por ser a morte, e o sofrimento que a anuncia, um evento inerente à vida de todos os seres vivos, e um dos temas principais entre as angustias humanas, a morte já foi tratada e explicada por quase todas as formas de conhecimento.

Na religião, a morte é tratada geralmente como uma “passagem”, ou entre a vida física e a vida metafísica, ou entre a vida finita e a vida eterna, ou entre uma encarnação e outra.

Nas ciências naturais, a morte é tratada como homeostase, o parar do coração, o fim das atividades cerebrais, a extinção dos mecanismos de funcionamento, manutenção e defesa do organismo, deixando o mesmo sujeito aos ataques de outros seres responsáveis pela decomposição que re-inserirá os elementos contidos no corpo à natureza.

Na Filosofia, a morte é vista como um problema existencial inerente à vida humana, uma vez que o mesmo ser humano, capaz de pensar, de imaginar conceitos como imortalidade, eternidade, é também consciente da sua condição mortal, e da sua finitude. Além do mais, a consciência dá ao ser humano a cruel capacidade de antecipar, prever, pensar na sua morte. De refletir acerca de como as coisas e as pessoas ficarão e serão na sua ausência. Ou, em outras palavras, a consciência deu ao ser humano a maldita capacidade de pensar o não-ser. Capacidade essa que é uma das características particulares da existência humana, e que fazem o homem ser o que ele é: um ser tão preocupado com a sua não-existência a ponto de criar formas de tentar superá-la. Em resumo, estamos falando do fenômeno chamado genericamente de cultura.

No entanto, em nenhuma dessas perspectivas reside o nosso interesse pela morte. Aqui estamos interessados em estudar como construímos o nosso mundo simbólico em relação ao nosso sofrimento e à nossa morte. Ou seja, estamos preocupados em conhecer como homens reais produzem e são produtos de suas condições reais de existência. De como homens reproduzem a si mesmos, de como a realidade material é constituída e constituinte do mundo dos homens.

Dito de outra maneira, nós estamos interessados em saber como o homem produziu e é produto da sua morte. De como nós fizemos e somos produto da nossa forma de morrer.

Por essa razão, ao percebemos que o lidar com a morte, que o contato diário com a morte do outro, que o contato direto com os significados desse evento, configuram-se como elementos basilares no entendimento das condições de trabalho do profissional de saúde. Partimos rumo a uma reconstituição histórica, a fim de analisarmos como, e a partir de quando, a nossa morte se tornou o que ela é hoje, para que assim possamos entender um pouco mais da realidade desses profissionais.

Para tal tarefa, faremos uso do trabalho de outros homens que também se preocuparam em reconstruir a história de como nós produzimos a nossa forma de morrer. Em especial o trabalho do historiador Philippe Ariès, e do antropólogo José Carlos Rodrigues.

### **3.1 - A MORTE DOMESTICADA**

Uma das formas que os historiadores usam para dividir a era medieval é separá-la em dois períodos: Alta idade média e Baixa idade média. A alta idade média decorrendo do séc. V ao X, e a baixa idade média estendendo-se do séc. XI ao XV.

A Alta idade média é tida como a aurora da idade média. Logo após o fim do império romano, a unidade imperial romana vai sendo gradativamente desmantelada em vários reinos, tendo início assim, todo um modo de produção e de relações econômicas que marcaram a idade média.

A Baixa idade média, por sua vez, é normalmente identificada como sendo um período de crise do modo de produção feudal e das relações econômicas, sociais e culturais relacionadas a ele, e marca o início da derrocada do mundo medieval. A razão disso talvez esteja em uma das características desse período: ocorrência de uma grande quantidade de pestes, epidemias e pandemias (p.ex: peste bubônica, varíola, tifo), que custaram a vida de milhares e dezena de milhares de pessoas. Em outras palavras, a presença marcante da morte no cotidiano do homem.

Não obstante as pestes e as epidemias ocorridas nesse período, outras questões também contribuíam para altas taxas de mortalidade, indo desde a falta de higiene, até as práticas de hábitos poucos saudáveis.

Alguns dados nos ajudam a ter noção da dimensão da presença da morte na vida do homem medieval. No que diz respeito à mortalidade infantil, 25% a 30% das crianças medievais conheciam a morte antes de completarem 1 ano de vida. Esse percentual sobe para 45% a 50% se considerarmos também os natimortos, os mortos

durantes os primeiros anos de vida, e os mortos durante as épocas conturbadas. (Rodrigues, 2006).

No caso da mortalidade dos adultos, no início da era cristã a expectativa de vida estava por volta dos 20, 22 anos. Já um homem da nobreza inglesa do início do séc. XVI podia esperar viver em média 36,5 anos se fosse do sexo masculino e 38,2 anos se fosse do sexo feminino. (Rodrigues, 2006).

Muito provavelmente por essa razão, por estarem imersos nessa realidade onde a presença da morte era freqüente tal experiência tornava os homens resignados, complacentes e dotados de uma confiança mística acerca do seu destino.

“O Homem da idade média tinha a consciência muito aguda de que era um morto adiado, de que o adiamento era curto, de que a morte, sempre no interior de si mesmo, destruía as suas ambições, envenenava os seus prazeres”. (Airès, 1989, p.38)

Segundo Ariès (1989), a familiaridade com a morte provocava uma forma de aceitação da ordem da natureza. O homem medieval submetia-se na morte a uma das grandes leis da espécie, não se preocupava em se esquivar dela, e a aceitava simplesmente como justa, como sendo a vontade da divindade, uma concepção coletiva de destino.

Por essas razões, a morte era um evento familiar, comum, onipresente na vida cotidiana do homem da idade média. E como salienta Rodrigues (2006, p.185) essa “onipresença da morte não poderia ser isenta de repercussões sobre os comportamentos e a relativa indiferença com que era vista não podia deixar de implicar em até numa certa indiferença no que concerne à valorização da vida”.

Pitta (1999) lembra que na Idade Média a morte, era encarada como algo normal, percebida rapidamente ou informada a terceiros de uma forma natural.

“Nos tempos anteriores, todos estavam condenados a perder durante a vida, além dos pais e avós, irmão, irmãs, primos, tios, um ou vários filhos, inúmeros vizinhos e conhecidos”. (Rodrigues, 2006, p.198).

Airès (1989) destaca como outro aspecto ligado à familiaridade com a morte, o fato de que o velório era uma cerimônia pública, onde até mesmo a câmara do moribundo se convertia em lugar público e onde a entrada era livre a qualquer pessoa. Esse costume só começou a sofrer mudanças a partir do séc. XVIII, com o advento da medicina e das idéias de higiene.

Outro aspecto que dá conta do quão público e comum era o acontecimento da morte, é o fato de que havia o costume de se levarem crianças a essas cerimônias. Fato esse corroborado pela constatação da constante presença infantil nas representações artísticas desse período, que ilustram o quarto de moribundos.

“A atitude antiga, em que a morte é simultaneamente familiar, próxima, e atenuada, indiferente, opõe-se muito à nossa, em que a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhes o nome”. (Ariès, 1989, p.25).

Os homens são produto de suas condições reais de existência e, portanto, não é se de espantar que diante de tais condições os homens daquele período tenham construído uma forma diferente de lidar, de viver com a morte. Uma forma que evidentemente difere da nossa, uma vez que no nosso tempo a morte praticamente desapareceu da vida cotidiana.

“Nesse tempo, raramente a morte era súbita mesmo em caso de acidente ou de guerra, e a morte súbita era muito receada, não só porque não permitia arrependimentos, mas porque privava o homem de sua morte. A morte era então quase sempre anunciada – num tempo em que as doenças um pouco mais graves eram quase sempre mortais” (Ariès, 1989, p.31).

### **3.2- A INDIVIDUALIZAÇÃO DA MORTE (DO DESTINO COLETIVO AO DESTINO PARTICULAR)**

Hoje, falar sobre individualidade, sobre o indivíduo, sobre os direitos e deveres individuais, parece ser algo quase que inerente a qualquer discurso acerca do sujeito. Como se indivíduo fosse sinônimo de ser, como se a única forma de ser, de estar-no-mundo fosse por intermédio da experiência de uma individualidade.

Codo (2002) mostra como, na verdade, essa noção está intimamente atrelada a um determinado contexto econômico. Uma vez que existem três formas básicas a partir dos quais a identidade do sujeito pode ser construída: espelhamento, pertencimento, e individualidade.

O espelhamento é um tipo de identidade em que cada sujeito existe apenas na inter-relação com o outro. O outro é para o sujeito, na simetria em que o sujeito é para os outros. Da mesma forma que o sujeito representa o grupo, o grupo representa o sujeito. Fora do grupo o sujeito não é. A história de todos os sujeitos é a história do grupo ao qual ele pertence.

O pertencimento é um tipo de identidade em que os sujeitos são identificados por meio da pertença de uns pelos outros. Ou, dito de outra forma, sociedades onde é possível fazer uma divisão entre possuidores e possuídos. Ou seja, onde a identidade de um sujeito se perfaz pela identidade do outro. O senhor feudal se constitui enquanto senhor feudal por meio dos seus servos. Os servos se constituem enquanto servos por meios dos seus senhores. Analogamente, o senhor de engenho se constitui por meio dos seus escravos, e os escravos por meio do seu senhor de engenho. Sendo assim, a existência do escravo ou do servo só pode ser reconhecida pela existência do senhor, e vice e versa.

Nesse tipo de organização social, as relações de troca ocorrem entre um feudo, engenho, família, e outra comunidade. As trocas não ocorrem ainda entre sujeitos singulares, mas entre comunidades, entre grupos de possuidores.

Já a identidade construída a partir de uma individualidade está ligada a um tipo especial de relação de troca. Um tipo de relação mediada por uma abstração que é capaz de relacionar tudo com tudo. Estamos falando do dinheiro, e conseqüentemente do capitalismo. Pois com o advento da moeda inaugura-se a possibilidade de uma equivalência universal. A tudo é possível equivaler, a tudo é possível relacionar, a tudo é possível se comparar.

E assim, uma nova identidade surge, na qual “cada um de nós é um, não se confunde e não se espelha em nenhum outro”. (Codo, 2002) E desta forma estabelece-se uma nova forma de estar-no-mundo, de ser perceber na realidade.

“Ser um passa a ser direito e desejo de todos” (Codo, 2002, p.303).

No entanto, veremos que o nascimento do individuo não se restringiu apenas ao âmbito dos seres biologicamente vivos. Sendo o ser humano dotado tanto de uma vida biológica quanto de uma vida social, ele pode muitas vezes estar vivo em uma e estar morto noutra. Ele pode ter a sua vida biológica encerrada, e, no entanto continuar vivo socialmente.

Assim sendo, veremos que ao mesmo tempo em que os biologicamente vivos sofreram uma transformação na formação da sua identidade, os biologicamente mortos também passaram a ser considerados indivíduos, a serem “um”. Nesse sentido, Airès (1989) nos conta que o nosso costume de enterrar os mortos em covas individuais, e de inscrever nos túmulos detalhes da biografia do defunto nasceu concomitantemente com o nascimento do capitalismo e da revolução industrial.

“Os cemitérios da primeira metade da Idade Média e mesmo os mais tardios, onde persistiam costumes antigos, são acumulações de sarcófagos de pedras, por muitas vezes esculpidos, quase sempre anônimos (...)” (Ariès, 1989, p.39).

Na Idade Média, quando a identidade era calcada no pertencimento, apenas os reis, os bispos e os senhores (que representavam os seus servos, os seus súditos), possuíam sepulturas particulares. Uma vez que da permanência da existência social desses primeiros dependia a identidade dos seus respectivos servos e súditos que permaneciam vivos. Era necessário, portanto, que a identidade desses “representantes” fosse preservada, a fim de que a identidade de todos os outros também pudesse continuar a existir.

“... o túmulo individualizado, quer pela escritura, quer pela representação da figura do morto, era um luxo. Para o mortal comum, a única marca que aponta para uma sobrevivência simbólica no aqui é uma marca coletiva, a grande cruz plantada no meio do terreno de inumação...”. (Rodrigues, 2006 p.111).

Exemplificando, em um contexto que onde a identidade do sujeito ainda estava ligada a uma identidade coletiva e o destino de todos era mais ou menos o mesmo, não fazia muito sentido que ao fim da vida do sujeito houvesse a necessidade de separá-lo, de diferenciá-lo dos outros que tiveram o mesmo destino em comum. Além disso, os mortos pertenciam à igreja, (ou melhor, a um santo) a quem eles em vida, haviam confiado o seu corpo, e lá dormiriam até o dia do grande regresso. Ariès (1989) destaca que nesse contexto não havia, portanto, espaço para uma concepção de uma responsabilidade individual, para um julgamento das boas e más ações de cada defunto. Sem dúvida os maus não pertenciam à igreja e dessa forma toda uma população de “santos” tinha assim garantida a sua sobrevivência eterna, após uma longa espera de sono.

Porém, no séc. XIII, a imagem de um juízo final começa a prevalecer dentro da explicação teológica. A imagem de um tribunal de justiça onde Cristo ocupa o trono de Juiz, rodeado da sua corte (os apóstolos), e dos advogados (a Virgem Maria na defesa e o demônio na acusação) começa a se estabelecer como sendo o destino final dos homens. E nesse tribunal a pesagem das almas, a separação dos justos e dos condenados é realizada.

O historiador Philippe Airès argumenta que essa mudança no imaginário acerca da morte, começa a atribuir conseqüentemente uma grande importância à biografia individual. Porque nesse quadro, “cada homem é julgado pelo balanço da sua vida, as boas e as más ações são escrupulosamente separadas em dois pratos da balança” (Airès, 1989, p.33).

Essas mudanças paulatinas na forma como os sujeitos constituíam a sua identidade, refletiu não só na forma de se conceber o momento da morte, como também nas práticas inumatórias. Dessa forma, tendo o sujeito, em vida, tornado-se cada vez mais um indivíduo, o cadáver do sujeito morto, começa a ser constituído, analogamente, também de uma individualidade.

No século XVIII o capitalismo já começava a despontar como sendo a nova ordem econômica mundial. Em alguns países Europeus, especialmente os mais ricos, ocorria a pleno vapor (denotativa e conotativamente) a revolução industrial. Servos e escravos agora constituíam força de trabalho, os trabalhadores estavam cada vez mais responsáveis pela operação de máquinas que eram capazes de fazer trabalhos complexos e pesados, em um ritmo e numa eficiência muito maior do que a mão humana.

“No séc. XVIII, as placas de simples inscrição tornam-se cada vez mais numerosas, pelo menos nas cidades em que os artesãos, essa classe média da época, se esforçavam por seu turno, por sair do anonimato e conservar a identidade após a morte” (Ariès, 1989, p.40).

Neste contexto, cada sujeito era um indivíduo, um trabalhador, que vendia a sua força de trabalho em troca de dinheiro. Moeda essa que podia ser trocada por qualquer outro bem de consumo produzido por alguma fábrica. Cada trabalhador escolhia dentre as suas necessidades em qual delas empregar o dinheiro, e suas escolhas particulares acerca de onde gastar o seu dinheiro moldavam gradativamente a sua individualidade.

“O movimento de valorização de individualidade pode ser seguido a partir de algumas pistas fundamentais: o ressurgimento dos túmulos individuais, o reaparecimento das inscrições funerárias, a representação da figura do morto nas estátuas fúnebres, as transformações sofridas pelos testamentos e pelas concepções relativas à passagem à vida eterna.” (Rodrigues, 2006, p.111).

Vimos, até então, dois aspectos que compunham a realidade material medieval no que concerne à forma de morrer e de se encarar, de se perceber a morte. Primeiramente analisamos como a morte estava muito presente no cotidiano das pessoas, e como isso ocasionava uma postura de resignação do homem medieval. Agora, acabamos de examinar como a identidade do homem medieval se constituía de

forma diversa da identidade do homem contemporâneo, e de como isso teve reflexos na nossa forma de morrer e conseqüentemente de lidar com a morte.

Até aqui podemos considerar que o homem medieval, além de ter um contato mais íntimo com o morrer, não vivenciava o morrer individual, o morrer solitário, uma vez que a sua identidade ainda não era construída em torno de uma individualidade. Ou seja, o homem medieval tinha uma percepção mais naturalista da morte. Ele a percebia como sendo algo que acometia os homens, grupo a qual ele pertencia. E ter a experiência cotidiana de ver a morte de outros homens, deixava bem clara a inevitabilidade do seu destino, ou melhor, do destino de todos.

### **3.3 - A SEPARAÇÃO DO CORPO E DA ALMA**

Além de todas as mudanças ocorridas entre o séc. XI e o XVIII, é necessário também que abordemos um movimento que ocorre por volta do séc. XIV na Itália, e XVI no norte da Europa. Um movimento social importante, e que marcará a história de todo o mundo ocidental devido às transformações de ordem cultural, social, econômica, político e religiosa. O Renascimento, ou a renascença pode ser definido, de forma geral, como sendo um movimento que enfatizava o humano, e colocava o homem como principal medida das coisas, abrindo mão assim de muitos pensamentos e valores ligados à religião.

Outro aspecto do Renascimento foi o resgate do pensamento clássico. Houve nesse período um interesse crescente entre os acadêmicos europeus pelos textos clássicos, dos períodos anteriores ao triunfo do Cristianismo na cultura européia. Por essas e outras razões, a renascença é também considerada um marco na transição do Feudalismo para o Capitalismo.

Não é nossa intenção, aqui, tratar de todas as conseqüências do Renascimento. O nosso interesse restringe-se a abordar um assunto específico: a separação entre corpo e alma. A partir do séc. XVI, com a separação do corpo e da alma, dos assuntos naturais, começa-se considerar o homem como uma das espécies biológicas. A ciência então insere o homem na natureza, possibilitando a capacidade de manipulá-lo, de transmutá-lo, de mudar o fluxo natural das coisas. (Rodrigues, 2006).

Neste contexto, René Descartes com o seu celebre argumento do *cogito*, (*cogito ergo sum*) “Penso, logo existo”, cumpre um papel importante, levando os indivíduos ocidentais a pensarem em suas identidades não mais em termos do seu organismo total, mas em termos de suas mentes (ou almas), e não mais dos seus corpos. Assim, o corpo

passa a ser apenas o receptáculo onde o pensamento habita, mas o importante é o pensamento, é ele que define o que o ser é. Essa divisão entre mente e corpo acaba por influenciar a nossa concepção do universo. Ora, afinal de contas, a ciência enquanto criação humana não pode ser muito distinta da imagem do seu criador, e tendo o criador mudado a sua concepção acerca de si próprio, naturalmente acabou mudando a sua concepção acerca de como era a sua realidade.

A partir dessa mudança na concepção do homem, surge uma concepção de universo enquanto um sistema mecânico, constituído de várias partes separadas. Essa concepção mecanicista do universo começa a dominar as mentes dos cientistas, e determinar o curso da maioria das ciências. (Capra, 2000).

E é nesse momento histórico, que surge a medicina tal qual a conhecemos hoje, a medicina científica, que teve sua gênese na separação entre corpo e mente que ocorreu no renascimento. Tal afirmativa não implica ignorar que práticas médicas ou curativas sejam uma das mais arcaicas atividades humanas, mas apenas salientar que o trato do ser humano como uma das espécies biológicas foi decisivo para o avanço da medicina como ciência.

“Com a separação do corpo e da alma, dos assuntos naturais e dos assuntos considerados verdadeiramente humanos, as coisas da alma são distanciadas ou colocadas entre parênteses. Começa-se a considerar o homem como uma das espécies biológicas, seus processos fisiológicos submetidos à profunda investigação científica”. (Rodrigues, 2006, p.137).

Isso porque é apenas com a separação entre o corpo e alma que o corpo humano torna-se um objeto das ciências, um objeto capaz de ser estudado, examinado, dissecado. Um objeto composto de varias, partes, vários órgão, vários sistemas. Até então, o corpo humano era em última instância considerado um objeto imaculável, divino, e, portanto, na maioria das vezes, passível apenas de intervenções religiosas. Ou seja, não havia ainda o espaço para práticas laicas no que se referia o corpo humano e, dessa forma, não havia espaço para medicina tal qual nós conhecemos hoje.

“A separação do corpo e da alma, a transformação do corpo em objeto, faz dele também um objeto isolado de conhecimento, passível de ser observado de maneira fria e distante, capaz de ser visto como exterior ao espírito que observa. Nos séculos XVII e XVIII o corpo é aberto, exposto, decomposto, revirado, estudado, promovido enfim à condição de objeto de curiosidade científica”. (Rodrigues, 2006, p.134).

Assim, da mesma forma como os “químicos” se esforçavam para decompor (e, portanto entender) a composição das substâncias, os “físicos” se esforçavam para “descobrir” o menor pedaço da matéria, a natureza da corrente elétrica, da luz, dos líquidos. Nesse intuito escarafunchavam a realidade, revirando-a, e até mesmo às vezes torturando-a, a fim de descobrir as suas propriedades. Com a inserção do corpo humano dentro do mundo “natural” este passa a poder ser utilizado na descoberta do funcionamento dos corpos da nossa espécie.

“Com isto, o ser deixa de ser um átomo, isto é, uma entidade indecomponível e intocável, e se transforma em aparelho desmontável em suas peças constituintes: divisível e fragmentável, como o sistema de trabalho que paralelamente se desenvolve na esfera da economia, cuja a natureza funcional será em parte projetada no entendimento do corpo.” (Rodrigues,2006, p.134).

Desta forma o homem começa então a realizar uma mudança importante na sua morte. O homem começa a mudar a sua forma de lidar com a morte, de encará-la, de entendê-la, e assim a transforma materialmente. Antes desse período, os indivíduos aprendiam desde cedo que faziam parte de uma ordem natural e fatal das coisas, em que lhes cabiam apenas a resignação e as esperanças da intervenção divina.

“A ciência, que insere o homem na natureza, dota-o ao mesmo tempo da capacidade de manipulá-la, de transmutar umas substâncias químicas em outras, de criar substâncias artificiais, de modificar o fluxo natural das coisas, de alterar as leis da genética ou fazê-la operar em seu favor”. (Rodrigues, 2006, p.137).

Agora, com o vislumbre do poder da ciência no manejo do mundo natural, e com a inserção do corpo humano dentro desse universo que agora parece totalmente controlável e manipulável, abre-se à idéia de que, no limite, o conhecimento seja capaz de driblar, mudar, controlar as leis da natureza, inclusive aquela que diz respeito à mortalidade de todos os seres vivos.

### **3.4 - A CRIAÇÃO DOS LOCAIS DE MORTE**

Outro aspecto importante que deve ser analisado, a fim de que possamos compreender melhor como nós construímos a nossa forma de morrer, está na criação dos locais de morte. Vimos que na antiguidade o morrer era um assunto íntimo na vida dos homens. Devido às altas taxas de mortalidade, a experiência de presenciar a morte acontecia muito cedo na vida do sujeito, e no decorrer da sua vida configurava-se como uma experiência bastante freqüente.

Porém, a familiaridade do homem medieval com a morte não se devia apenas a frequência com que às pessoas morriam, mas também ao fato de que ela era vivida na intimidade, no contexto doméstico. Os acometidos de alguma enfermidade eram tratados dentro de suas próprias casas, quer pelos familiares, quer pelos curandeiros ou posteriormente pelos médicos que os visitavam. Da mesma forma, quando a cura era improvável, aguardava-se a morte no próprio leito.

Não apenas o moribundo aguardava a morte no seu próprio leito, como também a este cabia presidir todos os atos da sua cerimônia fúnebre. Cerimônia que tinha início com as lamentações do moribundo sobre a vida, sobre os seres e as coisas amadas. Após a lamentação, dava-se início o ato do perdão, quando o moribundo perdoava os seus companheiros, assistentes, familiares, enfim, a todos que pudessem ter cometido algum mal contra ele. O terceiro momento constituía-se das orações de pedido de perdão e de salvação à divindade. O quarto e último ato, o momento da absolvição, era realizado com a presença do padre, que a concedida enquanto incensava e o borrifava no corpo água benta. (Ariès, 1989).

Vimos então, que a forma de constituirmos a nossa identidade também sofreu alterações, alterações essas decorrentes de mudanças econômicas. Na idade média, a identidade era construída por meio do processo de pertencimento: sujeitos pertenciam ou eram pertencentes. No final da idade média, os sujeitos passam a construir a sua identidade por meio de uma individualidade, e, portanto passam a ter uma morte particular, única, solitária.

Observamos também que o corpo humano passou de objeto sacro, a objeto da ciência, podendo então ser estudado e entendido dentro dos padrões científicos. Com isso o corpo deixa de representar o sujeito, passando este sujeito então a ser representado pela sua mente, ou dito de outra forma, pela alma. Em decorrência disso, a doença que era um fenômeno intimamente ligado ao sagrado, ao divino, passa a ser um problema laico, científico, médico. Conseqüentemente, seguindo a lógica cartesiana, organizam-se locais especializados no combate às doenças, onde cientistas do corpo aplicam os seus conhecimentos, estudam novos fenômenos, e fazem novas descobertas acerca da máquina humana.

Com a criação de locais para o exercício das ciências médicas, acentua-se o caráter profissional dessa atividade que até então esteve intimamente ligada com a caridade e ao sagrado. Assim sendo, os médicos que já haviam ascendido da posição de curandeiros para posição de cientistas do corpo humano, agora passavam a constituir um tipo específico de profissional, possuindo inclusive o seu local de trabalho, o hospital.

A partir do surgimento dos Hospitais, a doença e conseqüentemente a morte vai gradativamente se retirando do cotidiano das pessoas, uma vez que estando doente o sujeito é retirado da sociedade e levado ao hospital donde retornará saudável ou não mais retornará. Esconde-se assim o que antes era presente nesse cotidiano: o adoecer, o sofrer, o morrer.

“O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente , nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna” (Foucault apud Pitta,1999,p.41)

Gradativamente os hospitais deixam de ser o local onde a caridade, e a filantropia se realizam. Saem de cena as “Santas Casas” e entram os “Centros Clínicos”. Ao invés das freiras ao lado dos doentes, cresce o número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Ao invés de busca pela salvação, procura-se a vitória na luta contra a natureza. Procura-se o adiamento indefinido da morte.

“Entre 1930 e 1950 a evolução vai precipitar-se. Esta aceleração é devida a um fenômeno material importante: a transferência do local de morte. Já não se morre em casa, no meio dos seus; morre-se no hospital, e só” (Ariès, 1989, p.56).

Se por um lado a criação dos hospitais vem acompanhada por grande avanço nas práticas médicas, mudando drasticamente as taxas de mortalidade, por outro lado, com a morte no hospital não há mais espaço para qualquer cerimônia fúnebre presidida pelo moribundo, onde normalmente estavam presentes parentes e amigos. Agora a morte converteu-se em fenômeno técnico, pertencente ao campo das ciências, mensurado pela interrupção dos sinais vitais. Morte essa que agora só pode ser percebida pelos médicos

e pela sua equipe. Eles agora detêm o poder de declarar ou decretar a morte. A morte pertence a eles e não mais ao moribundo.

Por meio da naturalização do corpo humano, da transformação do corpo em objeto, portando passível de ser desmontado, analisado por meio de suas partes, a morte acabou também sendo decomposta. Transformou-se agora numa série de pequenos eventos, de forma que aqueles que não fazem parte da equipe médica não sabem mais qual é a morte verdadeira, se é aquela de quando se perde a consciência, se é aquela de quando cessou a respiração natural, ou se é aquela de quando cessaram os batimentos cardíacos.

Aliás, a morte do nosso tempo nem é mais a dos batimentos cardíacos, devido desenvolvimento das técnicas de reanimação cardíaca e às necessidades contemporâneas (necessidades essas criadas a partir do avanço da nossa medicina), a morte agora é definida cientificamente pela morte cerebral. Com o desenvolvimento da técnica de transplante de órgãos (mais um corolário da nossa perspectiva mecanicista), não se pode mais esperar pelo cessar dos batimentos cardíacos, uma vez que se o mesmo ocorre torna-se impossível o reaproveitamento dos órgãos sadios. Mais uma vez mudamos a nossa realidade e somos modificados por ela. Se antes a cena dramática era o do parar do coração, agora ela se transformou na interrupção das agulhas do eletroencefalograma.

Porém, no hospital, local da ciência, do conhecimento, e do profissionalismo, também não há espaço para expressão de emoções, nem por parte dos profissionais nem dos familiares e nem mesmo do moribundo. Afinal, aprendemos que trabalho, profissionalismo e competência, não parecem ser compatíveis com a existência de emoções, sentimentos, afetos.

### **3.5 - A MEDICALIZAÇÃO DA MORTE (O NASCIMENTO DE UMA CATEGORIA PROFISSIONAL).**

Com vimos, após um período marcado por pestes e epidemias, a população da Europa chegou a ter a sua quantidade reduzida em um terço. Com o declínio do modelo econômico feudal, com redução do poder da igreja sobre a política e sobre a ideologia, inicia-se um novo período chamado de Renascimento onde há uma retomada no interesse das coisas terrenas, naturais.

Neste contexto, o corpo humano passa gradativamente da condição de objeto sagrado, pertencente à classe de fenômenos sobrenaturais, e, portanto, de responsabilidade da igreja, para a condição de objeto natural, e desta forma, de responsabilidade da ciência. Cabendo ressaltar que tal visão sofre também o seu renascimento depois de um longo período de dormência decorrente das sanções religiosas.

Concomitantemente, a realidade econômica começa a sofrer uma mudança que marcará e estabelecerá uma nova forma de viver dos homens. As relações econômicas passam a ser intermediadas por um símbolo universal. Símbolo esse que é capaz de se equivaler a tudo, e representar toda uma infinidade de objetos reais, possibilitando que todos os objetos possuam alguma equivalência, possam ser mensurados. E não demorará até que a mesma “mágica” comece ser aplicada também às relações sociais.

Neste panorama a medicina científica encontra um terreno propício para o seu desenvolvimento. Com o mundo cada vez mais povoado de máquinas, que se proliferavam no mesmo compasso da revolução industrial, fica cada vez mais nítido que o corpo humano de fato funciona de forma análoga as máquinas que movimentam as fábricas. E, portanto, para poder entendê-lo era necessário entender as suas partes e as suas leis regentes.

“Nesse esquema, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana passível de ser reparado pela intervenção de uma medicina que detivesse o conhecimento das leis que operam essa máquina.” (Queiroz, 1986, p.311).

Queiroz (1986) lembra que nesse sentido a descoberta de Harvey sobre o processo de circulação do sangue no corpo humano teve um papel importante, funcionando como uma espécie de demonstração convincente da validade da postura mecanicista.

Outro corolário das inúmeras transformações que ocorreram, no cotidiano, na economia, na religiosidade, na ciência, enfim na realidade material dos homens, foi a formação de um novo ofício, e conseqüentemente de uma nova categoria profissional: os médicos. Isso se torna evidente com a reforma da profissão médica nos EUA no início do século XX. Reforma essa que consolida o paradigma mecanicista, mas principalmente consolida a profissão do médico “com um grau sem paralelos de poder, riqueza e prestígio”. (Queiroz, 1986).

“Até o advento da ciência moderna a percepção da incapacidade humana se expressava na linguagem da religião. A vontade de Deus, a boa ou a má sorte, governavam os destinos humanos. Havia técnicas de intervir sobre estes fatores, mas os desígnios de Deus e da fortuna eram inacessíveis ao homem: a magia e a oração poderiam mudar o fluxo das coisas, mas este dependeria sempre da vontade de Deus – e contra esta nenhuma transformação era possível” (Rodrigues, 2006, p.137).

Com o desenvolvimento do capitalismo, no fim do século XVIII, e com a subsequente secularização do estado, a criação do indivíduo e o desenvolvimento de uma ciência natural cada vez mais capaz de manipular a natureza, o cuidado aos doentes gradativamente passa a se constituir como profissão, como ciência, como ofício, e não mais como caridade, como um ato de piedade ou misericórdia. O que acabou desvinculando as atividades ligadas ao sofrimento e a morte de um caráter religioso, mítico.

No entanto, para podermos falar acerca do nascimento da categoria “médica” nós precisamos voltar um pouco mais no tempo, antes da idade média, que tem sido o nosso ponto de partida, pois como ressalta Siqueira-Batista (2004, p.334) “a medicina é uma das mais arcaicas atividades humanas”. Não poderia ser diferente, uma vez que, como já afirmamos, a questão do sofrer e do morrer é uma questão central na vida dos humanos, sendo discutida em praticamente todas as áreas do conhecimento humano.

No mundo grego a medicina se constitui como arte (τέχνη) por volta do século V a.C., em grande parte devido a uma perspectiva empirista adotada pela escola de Hipócrates de Cós. (Batista, 2003). Por essa razão, muitos comungam da idéia de que a escola de Hipócrates marca um divisor de águas na história da prática médica, delimitando a transição entre uma prática médica de base mítica (mágica) para uma prática médica de base empírica. (Batista, 2003).

Antes de Hipócrates a medicina grega se confundia em grande parte com a própria mitologia. Asclépio (em latim “Asclépius”) era o deus-herói da prática médica, sendo inclusive denominados de asclepiades aqueles que estavam envolvidos no processo de cura dos seres mortais.

“Homero refere-se à Asclépius na *Iliada*, como filho (mortal) de Apolo, (deus do Sol e da Verdade) e da bela mortal Coronis. Asclépius teria o poder de curar e, também, de ressuscitar os mortos. Hades (rei dos Infernos), ao ver que o seu império estava em risco de se despovoar, teria convencido Júpiter a ver-se livre de Asclépius, fulminando-o, o que viria a suceder. Outra versão atribui diretamente a Zeus a morte de Asclépius, por não querer que os mortais tivessem qualquer poder sobre a morte.” (Martins & Silva, 2004, p.15).

Desta forma, muitas das práticas médicas empregadas pelos helenos no restabelecimento da saúde dos doentes constituíam-se de métodos religioso-mágicos. Os doentes recebiam tratamento nos santuários de Asclépio, onde as curas eram efetuadas por meio da intervenção divina do mesmo, que comparecia ao santuário e tocava as partes enfermas do indivíduo passando as informações de intervenção para os sacerdotes que então botavam em prática os procedimentos médicos.

Por isso, muitos entendem que com Hipócrates estabelece-se um marco na medicina grega, onde o saber médico passa ter um método (caminho). Um método indutivo que tem como base a observação, a experiência e até mesmo a experimentação.

“O método empregado na escola médica de Cós é *indutivo*, podendo ser descrito como de *observação clínica*, o que já traz implícita a textura de seu mister: o uso dos sentidos.” (Batista, 2003,p.218).

No entanto, Batista (2003) chama a atenção para o fato de que a postura de Hipócrates não foi uma ação isolada, um ato individual. Na verdade ela é um dos efeitos de todo um movimento helênico de continuo descrédito em relação ao uso do mito na explicação da realidade que ocorreu naquele contexto. Para que isso fique claro, basta que nos recordemos de todos os esforços dos diversos filósofos pré-socráticos que tentaram explicar a realidade através de um elemento único.

Se com os helenos ocorreu um processo de (des)mistificação, que primeiramente culminou no surgimento dos pensadores pré-socráticos, e teve como consequência toda uma tradição filosófica que se desenvolveu a partir dali e marcou o rumo da humanidade, posteriormente, na idade média, o quadro haveria de regredir. Na idade média, com a presença da religião em quase todos os aspectos da vida humana, há um retorno às explicações místicas e mágicas para vários dos eventos da realidade. A principal diferença é que ao invés de deuses, ninfas e heróis, fala-se agora em um Deus único, em apocalipse, e na Sua passagem sobre terra encarnado em um corpo humano.

No bojo dessas mudanças merecem especial destaque as de ordem econômica, que demarcarão uma nova forma de identidade e de relação entre os sujeitos. Tais mudanças inserirão cada vez mais a presença das máquinas no cotidiano das pessoas. Essas máquinas, por sua vez, são também resultado de uma visão mecanicista da realidade, visão esta que só foi possível com a (des)mistificação da realidade.

Nesse contexto, estabelece-se todo um conjunto de condições que definem a maneira segundo a qual hoje está estabelecida a prática médica. Com a redescoberta do pensamento grego, e a (des)mistificação da realidade, abre-se espaço novamente para o desenvolvimento do empirismo da escola de Hipócrates. Fica então admitida a inserção

do corpo humano na natureza e com isso renova-se a possibilidade do estudo do corpo humano enquanto objeto. Com o nascimento do capitalismo, surgem condições propícias para a criação de uma profissão, de se estabelecer a prática médica enquanto trabalho.

No entanto, sabemos que o nascimento de uma categoria profissional é sempre marcado por luta, pelo conflito de interesses, uma vez o lugar que a nova categoria almeja muitas vezes já é ocupado por outra categoria (profissional ou não) que não tem a intenção de abrir mão de qualquer espaço. Por isso, da mesma forma como hoje a categoria médica defende com tanto afínco o seu espaço contra os fisioterapeutas, psicólogos e outras categorias profissionais mais novas, os médicos também lutaram no passado pelo seu espaço, e o lugar que eles ocupam hoje na sociedade não veio sem muita luta.

“É no meio desta cena que o médico leigo começa a se apropriar da morte, mas não sem intensa disputa de poder contra os representantes da religião.” (Rodrigues, 2006, p.139).

“Os concílios de Ravena (1311) e de Paris (1429) proibiram que o médico se apresentasse no quarto de um doente se o confessor aí não tivesse comparecido anteriormente e incentivavam os médicos a não fornecer medicação alguma aos moribundos que tivessem recusado a presença de um padre.” (Rodrigues, 2006, p.139).

Apesar da profissionalização da Saúde ter resultado em grandes avanços científicos e tecnológicos, uma vez que com a gradativa rejeição das explicações metafísicas para os eventos houve a necessidade de se produzirem explicações físicas, essa profissionalização da Saúde também deixou aqueles que lidam com ela embaraçados em uma trama simbólica complicada.

Como vimos, tal prática esteve por muito tempo, ligada às questões divinas e por isso eram realizadas por aqueles ligados a religião. Por ter estado relacionada com essas questões, vários dos símbolos e significados dessa prática ainda estão impregnados dos símbolos e dos significados ligado ao plano do divino, e da onipotência. Isso faz também com que, por outro lado, quando tal prática não alcance êxito, sentimentos de relacionados fracasso e a impotência surjam.

Dito de outra forma, quando tal prática estava ligada as questões religiosas, o fracasso, e o possível sentimento de impotência estavam vetados, uma vez que a intervenção sob essa questão pertencia à divindade. Divindade essa que por definição não erra, não fracassa, justamente porque é onipotente. Porém, quando esse dever é então conferido a um ser mortal, e que está na mesma condição existencial do enfermo,

um quadro ambivalente se estabelece. No sucesso, um “empoderamento” divino, um sentimento de onipotência. No fracasso, um sentimento de desamparo, de impotência.

“Todavia, é importante observar que a morte, para esses profissionais de saúde, no que pese ser uma experiência calcada no saber científico, também é uma vivência humana e, portanto, submetida a determinações psicossociais. Assim, é importante frisar que as significações científicas não aplacam as subjetivas, como, por exemplo, aquelas oriundas dos sentimentos, geralmente negativos, vivenciados diante da morte.” (Do Nascimento et al., 2006, p.3 ).

Com o surgimento de uma prática laica, desprovida de todos os significados religiosos, o morrer também toma outro significado. Agora há um profissional que tem uma missão, um dever, e é pago para isso. Agora a morte representa o fracasso, a derrota de um profissional que falhou no seu dever de salvar a vida de alguém.

“A morte, então, passa a significar fracasso, frustração, interrupção no projeto de vida, sendo sempre representada através do medo, do desespero e da negação. Seu controle se transforma em objeto e objetivo da ciência e os homens passaram a exigir desta o que esperavam antes da magia e da religião. O pavor de perder a salvação eterna foi substituído progressivamente pela esperança de viver mais, de postergar a morte, de ser surpreendido por uma descoberta científica capaz de cancelá-la.” (Do Nascimento et al., 2006, p.2 ).

Aqui cabe retomar o nosso incômodo materialista: “os homens produzem suas condições reais de existência”. Com a transferência da morte para os hospitais e a conseqüente secularização da morte por meio da profissionalização daqueles que lidavam com ela, a morte, realizou-se uma mudança no morrer do homem. Mudamos a forma como morremos.

Como disse Rodrigues (2006, p.167) “o controle da morte se transformou em objeto e objetivo de ciência e os homens passaram a exigir desta o que se esperavam antes da magia e da religião”, colocando assim esse ofício numa posição social ingrata. Deu-se a ele o ônus de driblar a morte, porém sem os bônus de poder contar com as estratégias mágico/religiosas.

## **CAPÍTULO 4 - EMPATIA E COMPAIXÃO**

### **4.1- INTRODUÇÃO**

A empatia e a compaixão são dois fenômenos bastante conhecidos dos seres humanos. Como apontam Morse et al.(1992) e Kunyk & Olson (2001) esses são conceitos bastante recorrentes em estudos de várias áreas do conhecimento quando o assunto está relacionado a atividades que envolvem cuidado. No entanto, como constatou Kunyk & Olson (2001), a frequência na qual esses conceitos são usados, e invocados nos discursos não tem se refletido na clareza na definição dos mesmos.

Nesse Capítulo, tentaremos tratar desses dois conceitos, que são basilares para a boa compreensão da Fadiga por Compaixão, de uma forma mais profunda do que aparentemente a literatura sobre traumatização secundária tem feito. Tentaremos também, discutir a importância desses fenômenos nos vários âmbitos da vida e da experiência humana, e esperamos que com isso, alcancemos uma compreensão mais acurada do nosso objeto de estudo.

### **4.2 - EMPATIA**

Por ser um conceito central e de extrema importância para a compreensão da relação cuidador–paciente, vários esforços foram feitos no sentido de discutir e definir a empatia de forma mais criteriosa. (Morse et al., 1992; Kunyk & Olson, 2001; Morse et al., 1998; Reynolds et al., 2000; Allgood & May 2000; Reynolds & Scott, 1999.)

Um trabalho que parece ser essencial e pioneiro na tentativa de esclarecer o conceito da empatia é o texto de Morse et al.(1992). Nele os autores fazem uma revisão de literatura nas publicações de psicologia e enfermagem sobre o tema, revisão essa que aponta que o conceito empatia tem sido constituído na literatura como possuindo quatro componentes distintos: emocional, moral, cognitivo e comportamental.

**Tabela1 – Componentes da empatia.** (Adaptada de Morse et al.,1992.p.274)

	Componente Emocional	Componente Moral	Componente Cognitivo	Componente Comportamental
Definição	Habilidade de experienciar de forma subjetiva e compartilhar os estados psicológicos, emocionais ou sentimentos intrínsecos de outrem.	Uma força altruísta interna que motiva a prática da empatia.	A habilidade intelectual do terapeuta em identificar e entender os sentimentos e a perspectiva de outrem a partir de uma postura objetiva.	Resposta comunicativa que transmite uma compreensão da perspectiva do outro.
Outros Nomes	"Empatia Emocional", "Empatia Afetiva", "Empatia Natural", "Traço Empático".	"predisposição moral", "disposição empática".	"Tomada de Perspectiva", "Estado Empático",	"Empatia interacional", "Expressão comportamental da Empatia", "Empatia Expressa"

O componente emocional da empatia refere-se à habilidade de perceber os estados emocionais internos e subjetivos de outra pessoa. Dito de outra forma, sentir o que os outros estão sentindo. Além disso, esse processo emocional seria baseado em duas assunções. A primeira seria de que essa habilidade é em grande parte inerente aos seres humanos, sendo que a mesma apareceria na primeira infância e a partir de então passaria a se desenvolver progressivamente no decorrer da vida do sujeito. A segunda seria de que o estresse emocional de uma pessoa é “contagioso”, no sentido de que quando um indivíduo percebe o estresse emocional vivenciado por outra pessoa, o mesmo é estimulado por esse acontecimento. Ou seja, a resposta empática é eliciada de forma vicariante. Segue-se também a esse processo, uma identificação com a vítima, o que resulta no expectador a experiência de sensações muito semelhantes à experimentada pela vítima. (Morse et al.,1992).

Segundo Morse et al.(1992) alguns autores afirmam a existência de um aspecto moral no conceito de empatia, por exemplo, há evidências que o termo “predisposição moral” é muitas vezes usado como sinônimo de “disposição empática”, ou como correlato de “ter a disposição para adotar uma perspectiva moral ampla”. Na mesma linha, Morse et al.,(1992) cita Rogers (1962) e Buber’s (1973) que dão ênfase ao fato de

que a empatia requer o reconhecimento de uma alteridade, do preocupar-se com o outro. Portanto, haveria no humano uma prontidão inata, um desejo, de ajudar os seus semelhantes.

Já o componente cognitivo seria aquele ligado a capacidade intelectual de tomada de perspectiva. Ou seja, ligado a capacidade de se transportar para a perspectiva, o ponto de vista, o lugar do outro. Por essa razão seríamos capazes de não só entender a experiência do outro como também de prever seus pensamentos e comportamentos com base na simulação da perspectiva vivenciada pelo outro.

Por fim, o componente comportamental estaria ligado à capacidade de se comunicar de forma empática, ou seja, de ser capaz de transmitir à vítima a compreensão empática e a preocupação empática. Nesse aspecto, a comunicação não estaria restrita a linguagem verbal, mas também a comunicação não-verbal entre o cuidador e o paciente.

No entanto, apesar de Morse et al.(1992) ter encontrado em sua revisão de literatura a existência desses componentes nos conceitos de empatia, ela também foi capaz de encontrar varias divergências no que tange esses componentes. Por exemplo, em relação ao componente moral, Morse et al.(1992) relata que esse componente tem sido questionado por aqueles que entendem que esse aspecto seja um aspecto mais social, do que moral da empatia. Além disso, Morse et al.(1992) também salienta que apesar dos quatro componentes terem estado presente em grande parte das conceituações da empatia, em algumas delas algum desses componentes tem sido excluídos. E por isso conclui:

“É possível, portanto, que a inconsistência e a divergência nas definições conceituais e operacionais existente na literatura tenham contribuído para a falta de clareza do conceito<sup>6</sup>”. (Morse et al.,1992,p.275).

Talvez por isso, Kunyk & Olson (2001) tentem em seu trabalho também realizar um esclarecimento do conceito de empatia. Para tanto, realizam uma Análise Conceitual do conceito da empatia com base na literatura de enfermagem publicada entre 1992 e 2000.

---

<sup>6</sup> Todas as citações de trechos originalmente em língua estrangeira são traduções do próprio autor.

Como próprio Kunyk & Olson (2001) definem, a Análise Conceitual consiste no processo de revelar, explorar, entender um conceito. Processo esse que contribui para o amadurecimento do conceito, resultando em um maior consenso quanto ao significado do mesmo.

Kunyk & Olson (2001) relatam que da análise da literatura de enfermagem que tratava acerca da empatia, emergiram cinco conceituações diferentes acerca da natureza da empatia: empatia enquanto traço humano, empatia enquanto situação profissional, empatia enquanto processo de comunicação, empatia enquanto cuidado, e empatia enquanto um tipo especial de relacionamento.

Segundo Kunyk & Olson (2001), os trabalhos que conceituam a empatia enquanto *traço humano* entendem a mesma enquanto habilidade natural e inata do ser humano. Estes autores também reconhecem que apesar de ser uma habilidade inata, e que, portanto, não pode ser ensinada, ela pode ser identificada, incentivada e refinada.

Aqueles que conceituam a empatia enquanto *situação profissional* entendem que a empatia é uma habilidade de comunicação aprendida, e que tal habilidade seria composta de um componente cognitivo e outro comportamental. Ambos empregados para alcançar a compreensão das demandas vividas pelo paciente. Ainda, segundo essa conceituação, o processo empático seria um processo deliberado, intencional, uma habilidade clínica, e não um processo automático e inato. Kunik & Olson (2001) relatam que por essa razão, Alligood (1992) difere a empatia terapêutica da empatia natural, afirmando que as duas são distintas e únicas, sendo a terapêutica a única desejável no contexto clínico.

A empatia enquanto *processo de comunicação* entende o processo empático sendo composto de três momentos. No primeiro momento a percepção da situação e da emoção do paciente, no segundo momento expressão do cuidador da compreensão da situação e da emoção vivenciada pelo paciente, e no último momento a percepção do paciente da compreensão do cuidador. Segundo essa concepção, esse processo resulta no alcance de uma percepção acurada do paciente, e conseqüentemente de uma compreensão dos sentimentos vivenciados por ele. Segundo Kunyk & Olson (2001) essa concepção inclui ambas as conceituações anteriores, uma vez que nessa conceituação o processo empático dependeria tanto de uma habilidade inata, quanto de um treinamento.

Segundo Kunyk & Olson (2001) foram encontrados apenas dois autores que conceituaram a empatia enquanto *cuidado*. Ou seja, que entendem que a empatia é uma compulsão em intervir na dor do paciente, e que essa compulsão é decorrente da percepção e da compreensão da situação do mesmo. Nessa concepção, o resultado do processo empático não é a compreensão da experiência do paciente, mas a intervenção do cuidador na dor do paciente.

Por fim, a empatia enquanto *um tipo especial de relacionamento* entende que o processo empático depende do desenvolvimento de um relacionamento de reciprocidade entre o cuidador e o paciente. Segundo Kunyk & Olson (2001) essa concepção é defendida apenas por um autor.

Importante notar que apesar do trabalho de Kunyk & Olson (2001) também ser de grande contribuição para o amadurecimento do conceito de empatia, ele termina com as mesmas conclusões de Morse et al.(1992). Ou seja, de que este conceito ainda não está maduro, e que ainda há muita discordância e discrepância na compreensão do mesmo.

Dito de outra forma, apesar de haver certo consenso quanto à centralidade do processo empático nas atividades que envolvem o cuidado, não há ainda um consenso quanto às características desse fenômeno.

### **4.3- COMPAIXÃO**

Se o conceito de empatia carrega dificuldades na sua definição devido às discordâncias e as discrepâncias existentes na literatura, com o conceito da compaixão a situação é diferente. O conceito da compaixão parece ser menos controverso, do que o da empatia, no entanto tal afirmação se torna delicada uma vez que não fomos capazes de encontrar trabalhos que se preocupassem em fazer uma análise deste conceito. Sendo assim, existem duas possibilidades capazes de explicar este panorama: ou o conceito da compaixão possui um grau tal de consenso que um trabalho de análise conceitual se torna dispensável, ou tem-se negligenciado uma análise mais cuidadosa deste conceito.

Além das definições que fazem uso da etimologia, ou das definições gramaticais de dicionários, encontramos poucas opções. Morse et al.(1992) equivale Compaixão a “preocupação empática”, afirmando então que ambos consistem em um zelo, em um cuidar pelo bem-estar do outro. Preocupação essa que por sua vez, elicia um comportamento de ajuda. Morse et al.(1992) também aponta, que para alguns autores a

compaixão deve ser entendida como sendo parte de um dos estágios do processo empático.

Tendo em vista o apresentado por Kunyk & Olson (2001), acreditamos que a compaixão é tida como um estágio do processo empático por aqueles que entendem a empatia enquanto cuidado, uma vez que como mostrou Kunyk & Olson (2001), parece ser apenas nessa concepção que o processo empático culmina na intervenção, no cuidado.

Entendemos também que a compaixão seja o último estágio do processo empático, o estágio que precede e elicia a ação de intervenção na dor alheia. Uma vez, que se não me compadeço, posso sentir-me tocado por uma situação, ou seja, sentir empatia, mas não me sentir impelido a intervir. Posso julgar que o indivíduo não mereça ajuda, ou entender que não é minha responsabilidade intervir, e assim, apesar de perceber e entender a dor do outro, não fazer nada para interrompê-la, e não apresentar um comportamento de ajuda. Como já dissemos em algum lugar: a compaixão é o ímpeto de intervir numa situação quando através do processo empático tomamos o conhecimento de que alguém sofre.

Outra forma de conceber a sutil diferença entre Empatia e Compaixão, é considerar que o primeiro refere-se a um processo de compartilhamento afetivo, de contágio emocional<sup>7</sup>, enquanto que o segundo refere-se a uma preocupação empática, a um anseio por ajudar aquele que está em sofrimento. Enquanto a empatia está relacionada ao incômodo que sentimos ao ver alguém sofrendo, a compaixão está relacionada aos comportamentos pró-sociais e de ajuda.

#### **4.4 - EMPATIA E HUMANIZAÇÃO**

Vimos no Capítulo 2, que a nossa capacidade empática- a nossa capacidade de perceber e entender os estados internos de outrem - tem raízes na nossa estrutura biológica. Ou seja, que o processo empático não é um fenômeno puramente humano, proveniente apenas de uma experiência moral ou de um aprendizado social. Aprendemos que há todo um sistema neurológico arquitetado de forma a propiciar essa “ligação” emocional entre indivíduos, e que esse mesmo sistema é também encontrado em outras espécies do reino animal.

---

<sup>7</sup> Vimos no Capítulo 2 que o contágio emocional é muitas vezes confundido com o processo empático, mas que, no entanto, devemos estar cientes de que o contágio emocional refere-se a uma forma muito rudimentar de empatia.

Compreendemos também, como essa capacidade de ser afetado pelos estados internos de outros indivíduos desempenha um papel fundamental na vida em grupo, uma vez que ela propicia certo tipo de comunicação entre os membros, comunicação essa que é essencial para o estabelecimento e a manutenção da vida em sociedade.

Por isso, discutiremos agora, como o processo empático está intimamente ligado ao que nós somos. Como o processo empático está na base de todos os eventos que nos caracterizam enquanto espécie, e por isso é tão complicado definir tal fenômeno, uma vez que ele se relaciona com quase tudo que se refere a nossa experiência de humanidade.

Em sua revisão de literatura Preston & de Waal (2002) citam o trabalho de McDougall (1908/1923) que trata sobre a existência deste “vínculo emocional” entre os animais.

“McDougall notou que a empatia parece existir nos animais que vivem em grupo, ou naqueles que possuem um ‘instinto gregário’, pois esses animais já nascem com a capacidade de serem afetados pelas emoções dos outros” (Preston & de Waal, 2002, p.6).

Também segundo Preston & de Waal (2002), McDougall argumenta que a empatia “é o cimento que mantém todas as sociedades de animais juntas, traduzindo as ações de todos os membros de um grupo harmonioso, e permitindo que eles aproveitem de uma das principais vantagens da vida em sociedade.”

Bischof-Köhler (1991) menciona que a maioria dos paleontólogos concorda que em determinando ponto do desenvolvimento da nossa espécie, começamos a complementar a nossa dieta com carne adquirida através da caça de grandes animais. E que, além disso, sabe-se (através do estudo de outros animais carnívoros) que a cooperação e compartilhamento da presa são elementos primordiais para o estabelecimento de uma cultura de caça entre as espécies.

Tal assunção pode ser encontrada no trabalho de Packer & Ruttan (1988), que estudaram as variáveis que levam os animais a adotarem a caça cooperativa. Segundo esse estudo, a caça cooperativa é adotada pelos animais quando há a necessidade de abater grandes presas, e quando as condições para caça solitária são adversas (p.ex. existência de outros predadores, pouca quantidade de caça, condições ambientais).

Packer e Ruttan (1988) também salientam que a caça cooperativa é provavelmente a forma mais comum de comportamento cooperativo entre os animais, e por essa razão a caça coletiva, é tida como uma das causas mais importantes na evolução da vida em sociedade.

Já Schaller & Lowter (1969) estudaram a relevância do comportamento carnívoro na vida dos primeiros hominídeos, e apontaram que a cultura de caça é mais do que uma prática, é um “estilo de vida” que permeia todas as variáveis ambientais daqueles que adotam essa forma de alimentação. E por isso afirmam que o nosso intelecto, nossos interesses, nossas emoções, enfim todos os elementos que compõem a base da nossa vida social são produtos evolutivos do nosso sucesso em nos adaptarmos a uma cultura de caça.

Outra informação importante trazida por Bischof-Köhler (1991) diz respeito ao estudo com primatas. Esses estudos mostram que os pequenos primatas, que se alimentam apenas de frutas e vegetais, não apresentam comportamentos de cooperação e compartilhamento de alimentos. Argumenta-se que a razão da ausência dessa habilidade estaria justamente relacionada à ausência do comportamento de caça cooperativa. Alega-se que somente na caça cooperativa faz-se necessária a capacidade de perceber, e detectar as intenções dos outros partícipes, e a capacidade de agir de forma a complementar as atividades dos outros envolvidos na caça.

Em Boesch (2002) encontramos mais detalhes de como a caça coletiva é primordial para o desenvolvimento de uma estrutura social complexa, e de como o processo empático é necessário para existência do mesmo. Nesse estudo foram observados 248 caçadas realizadas por chimpanzés do Parque Nacional de Taï entre 1987 e 1995. A principal presa dos Chimpanzés de Taï são os macacos de colobus vermelhos, que são macacos arborícolas de pequeno porte, que se alimentam basicamente folhas, frutos e sementes. Os colobus são extremamente ágeis na sua locomoção sobre as árvores, enquanto os chimpanzés devido a sua constituição física têm grandes dificuldades em se locomover de forma ágil sobre as árvores. Em contrapartida, os chimpanzés possuem uma enorme superioridade física. Por essa razão, durante a caça os chimpanzés tentam evitar que os mesmos se evadam para cima das árvores, ou para parte mais alta das mesmas onde os galhos são mais finos, uma vez que nessa situação a captura dos mesmos se torna quase impossível, visto que os galhos mais finos não suportam o peso dos chimpanzés.

Nesse estudo constatou-se que a caça realizada por esses chimpanzés é um processo articulado, onde os envolvidos devem desempenhar quatro papéis distintos. Papéis esses que somados culminam no sucesso da caçada. São eles: direcionador, bloqueador, perseguidor, emboscador.

O direcionador persegue a presa, sem a intenção de capturá-la, mas com o intuito de fazê-la fugir na direção pretendida pelo grupo. O bloqueador se posiciona nas árvores, e seu objetivo é impedir que a presa fuja através das arvores, ou suba para as partes mais altas. O perseguidor é aquele que tenta capturar a presa através de uma perseguição rápida e intensa. E o emboscador é aquele que tenta antecipar os movimentos da presa, se posicionando na rota de fuga da mesma, capturando-a assim que ela se aproxima do local onde o mesmo se esconde.

Dentre as várias informações que esse estudo traz sobre a lógica da caça coletiva, e sobre como esse estilo de vida parece ser central para o desenvolvimento de uma organização social mais complexa, algumas são de especial importância para a nossa discussão.

Uma delas diz respeito ao papel do emboscador. Isso porque este papel configura-se como o mais complexo dentre os outros, uma vez que demanda a capacidade de antecipação, ou seja, de avaliar os movimentos dos outros caçadores, da presa, de prever o que os outros caçadores farão, a reação da presa, e imaginar onde será o melhor local para armar a emboscada. Por essa razão, Boesch (2002) acredita que ao analisar a relação entre o desempenho dos papéis e a idade dos indivíduos, o papel de direcionador e emboscador são os únicos que apresentam serem extremamente dependente da idade dos sujeitos.

Boesch (2002) constatou que a habilidade de caçar nos chimpanzés desenvolve-se tardiamente, uma vez que a mesma envolve o desempenho de um conjunto complexo de papéis e o uso de diversos graus da capacidade de antecipação. Segundo Boesch (2002) é apenas por volta dos 10 anos de idade que os chimpanzés começam a serem capazes de contribuir de forma significativa em uma caçada, e só por volta do 20 anos, depois de muita observação e prática começam a ser capazes de desempenharem todos os papéis.

Outro ponto importante levantado por Boesch (2002) é que nesse processo de antecipação, além ser necessário um longo período de aprendizagem acerca dos papéis, há também a aprendizagem acerca das suas próprias características e das características das outras espécies. O que nos leva de volta aos dados que indicam a existência de um auto-conceito nos chimpanzés. Ou seja, o chimpanzé, além de aprender acerca dos

atributos de cada papel, precisa aprender acerca do que chimpanzés e macacos colobus são capazes de fazer, de suas habilidades e de suas limitações, e com base nesse aprendizado se tornam cada vez mais eficientes na execução da antecipação.

Boesch (2002) relata, por exemplo, que os dois exemplares mais velhos (com mais de 30 anos) foram os que apresentaram a menor frequência de movimentos necessários para a captura de presa, indicando que os mesmos detinham tamanha informação acerca dos comportamentos dos seus parceiros e das presas, que na maioria das vezes eram capazes de escolher na primeira tentativa o local correto da emboscada.

Segundo Boesch (2002) esses dados vão ao encontro dos dados de Kaplan et al.(2000 em Boesch, 2002) sobre o processo de aprendizagem do comportamento de caça em duas comunidades de caçadores : os Ache do Paraguai, e os Hiwi da Venezuela. Nessas comunidades os garotos começam a caçar aos 15 anos, sendo que a quantidade de carne obtida pelos caçadores alcança seu ápice aos 35 anos de idade, ou seja, com mais ou menos os 20 anos de aprendizado, dado semelhante ao encontrado nos chimpanzés de Taï.

Outra informação importante que esse estudo trás para nossa discussão, refere-se à distribuição da carne obtida através da caça coletiva. Boesch (2002) observou que a distribuição do produto da caça segue um sistema complexo de normas sociais. Aqueles que participaram da caçada têm direito a mais carne do que aqueles que não participaram da caçada. E dentre aqueles que participaram da caçada seis fatores são considerados no compartilhamento da carne:

1. o tempo no qual o sujeito foi visto tomando uma postura ativa durante a caçada.
2. a quantidade de movimentos de caça realizado pelo sujeito.
3. se o sujeito realizou alguma captura.
4. o número de emboscadas realizadas pelo sujeito.
5. o nível de complexidade das antecipações
6. o número de caçadores que fizeram parte da caçada.

Como salienta Boesch (2002) esses fatores mostram que os chimpanzés além de estarem atentos ao que eles devem fazer, também estão atentos ao que os outros sujeitos estão fazendo, tanto com o intuito de coordenar os seus movimentos, como o de avaliar a colaboração de cada um na caçada.

Desta forma, aqueles que realizaram capturas, em emboscadas com alto nível de complexidade e participaram de forma mais ativa no processo são aqueles que têm direito a maior quantidade de carne. Segundo Boesch (2002) essas regras de compartilhamento da carne parecem restringir fortemente a possibilidade de trapaça, que é a maior ameaça à caça coletiva, uma vez que ela coloca em risco a vantagem da caça coletiva sobre a caça solitária.

Ou seja, como apontou Busse (1978) atividades que envolvem cooperação entre semelhantes incluem atividades coordenadas, formas elaboradas de comunicação, e divisão de tarefas. Se a divisão das tarefas não for proporcional a recompensa alcançada através dela, a atividade cooperativa se torna desinteressante para o sujeito.

Retornando a nossa questão, podemos perceber então que é o processo empático que torna possível a existência de sociedades cooperativas no mundo animal. É a empatia que traduz as ações isoladas de cada indivíduo em uma ação grupal e promove a harmonia entre os membros do grupo. Uma vez que é ela que permite que os membros do grupo participem de forma conjunta de uma mesma intenção, de um mesmo objetivo, de uma mesma ação. E por isso a caça coletiva só é observada naqueles animais que possuem uma capacidade empática desenvolvida.

Mas a razão de estarmos falando da caça coletiva também está relacionada a outra questão. Pensemos, qual é a base do trabalho se não a necessidade da união de indivíduos na realização de um objetivo em comum? Engels (1952) em "*O papel do trabalho na transformação do macaco em Homem*", defende a tese de que foi justamente a necessidade de realização de atividades de cooperação mútua que resultou na nossa transformação em homens, e, portanto, de como a existência do trabalho e do ser humano estão intimamente ligadas.

Kaji-Markenfeldt (2006) retoma uma questão parecida e mostra que não é apenas trabalho que transformou o macaco em homem tal qual pensava Engels, mas que o trabalho transformou a nossa linguagem, que por sua vez acabou nos transformando em seres simbólicos, ou seja, em seres humanos. Dessa forma, podemos entender que Kaji-Markenfeldt (2006) acaba levando adiante o pensamento de Engels (1952), postulando que foi o desenvolvimento de uma linguagem, promovida pelas necessidades oriundas do trabalho, que acabou nos distinguindo dos outros símios e nos caracterizando enquanto humanos.

Isso porque essa linguagem nos inseriu em um mundo simbólico, inserção essa que por sua vez, continua transformando também a nossa forma de trabalhar, já que o nosso trabalho tem se tornado cada vez mais sinônimo de trabalho simbólico, cognitivo, e menos de trabalho físico, corpóreo, animal.

Engels (1952) percebeu a importância do trabalho no processo que nos transformou em humanos, Kaji-Markenfeldt (2006) levou essa análise mais adiante mostrando que na verdade a transformação que o trabalho propiciou estava ligada a necessidade cada vez maior de uma linguagem mais complexa, uma vez que a execução de tarefas conjuntas exige uma boa comunicação entre as partes envolvidas. Porém nós devemos lembrar que nenhum desses fenômenos (trabalho/linguagem) seria possível sem um fenômeno primordial para o desenvolvimento do trabalho e de uma linguagem simbólica. Não discordamos nem de Engels, nem de Kaji-Markenfeldt, mas acreditamos que nem trabalho, nem linguagem poderiam desenvolver-se sem a existência de um processo empático pré-estabelecido. Portanto para que trabalho, e linguagem pudessem se desenvolver foi necessário primeiramente que uma capacidade empática se estabelecesse.

Foi a nossa capacidade de ser contagiado pelas emoções dos outros que propiciou a nossa vida em sociedade. Contexto esse que propiciou o surgimento de tarefas conjuntas. A necessidade cada vez maior de tarefas conjuntas propiciou o desenvolvimento de uma linguagem mais eficaz na transmissão das emoções, sentimentos, intenções. E de forma simplória, foi assim que deixamos de ser macacos e nascemos enquanto humanos.

No entanto, não podemos nos esquecer que a partir do momento que uma linguagem simbólica, e, portanto, cada vez mais capaz de transmitir de forma mais completa e acurada os nossos sentimentos, e as nossas emoções, passou a fazer parte da nossa experiência, começamos a desenvolver outra mudança importante na nossa realidade. Outro mundo, outra realidade começou a existir paralelamente a realidade concreta, natural. À medida que fomos sendo inseridos numa linguagem de símbolos e representações, um novo mundo se abriu, e passamos então a habitar duas realidades distintas. Ao passarmos a habitar duas realidades, nunca mais a nossa vida, a nossa existência, a nossa experiência pode ser explicada com base em apenas uma delas.

Ao passarmos a habitar também um mundo simbólico, passamos a efetuar mudanças na forma como organizávamos a nossa sociedade, na forma como trabalhávamos e conseqüentemente na forma na qual nós éramos afetados pelos

sentimentos dos outros. Começamos a sermos capazes de mudar intencionalmente a nossa realidade físico-simbólica e conseqüentemente acabamos sendo afetados por essas mudanças. Um jogo incessante entre mudar e ser mudado deu-se início, e com isso fomos para além da natureza, no entanto sem nunca sermos capazes de abandoná-la.

Por isso, não podemos mais explicar o trabalho apenas com base nos comportamentos dos trabalhadores, ou com base nas mudanças fisiológicas que ocorrem nos corpos daqueles que trabalham. Por isso não podemos mais explicar a nossa sociedade com base apenas em como o instinto gregário atua sobre nossos comportamentos. E por isso também não podemos mais explicar o nosso processo empático apenas em termos de como somos afetados pelas emoções dos outros. O nosso processo empático também se tornou dual, pertencendo tanto ao mundo dos animais, quanto ao mundo dos humanos, e é isso que hoje nos separa tanto dos macacos quanto dos demais animais.

Com o surgimento de uma linguagem simbólica capaz de transmitir sentimentos e emoções passamos a ser afetados não só pela observação de um semelhante em perigo, mas também pelo relato de dor ou de sofrimento do outro. Agora não necessitamos mais estar presente na cena para sofremos conjuntamente, basta que alguém nos relate o ocorrido Expandimos as nossas capacidades empáticas, para o nosso bem e para o nosso mal.

Para o bem, a expansão da nossa capacidade empática trouxe o desenvolvimento de certas atividades que nos distinguiram enquanto espécie. Ela propiciou o desenvolvimento das artes, e, portanto, de grande parte da nossa expressão cultural. Por exemplo, é por meio desse processo empático super desenvolvido que conseguimos compartilhar das emoções do pintor, do músico, do escultor, do ator, e nos emocionarmos diante de uma obra de arte. Em decorrência, ser capaz de produzir arte é algo que nos torna únicos, e, portanto, humanos.

Para o mal, a expansão das nossas capacidades empática ampliou a nossa exposição a eventos estressores. Agora podemos ser afetados apenas pelo relato de um infortúnio, agora podemos ficar aterrorizados pelo simples fato de ao ouvir um relato, imaginar que o mesmo poderia ocorrer conosco, ou com alguém próximo. Agora um relato nos lembra da nossa morte, e de todos os símbolos que ela carrega, faz nos lembrar de um fato esse que estamos sempre querendo esquecer. Capacidade empática essa que em última instância propiciou que nós, seres humanos, nos tornássemos seres tão angustiados.

#### 4.5 - A DUALIDADE EMPÁTICA

Vimos no segundo Capítulo que algumas espécies também são capazes de serem afetadas pelos sentimentos de outrem. No entanto, vimos também que essas espécies parecem apresentar apenas o aspecto mais rudimentar do processo empático (contágio emocional) ou então não apresentam o aspecto mais elaborado do processo empático que é a tomada de perspectiva.

Podemos constatar também, que apesar de ainda haver divergências quanto à possibilidade de podermos afirmar que os chimpanzés também são capazes de terem uma experiência empática análoga a nossa, uma questão parece ser indiscutível: os chimpanzés não têm uma experiência moral análoga a nossa. Ou seja, apesar dos chimpanzés também possuírem uma organização social complexa semelhante a dos humanos, eles parecem não possuir um conjunto de princípios e valores que regendo suas normas sociais da forma que nossa sociedade tem. Apesar de alguns estudos apontarem para uma forma rudimentar de moral nos animais (Allen & Bekoff, 2005; Broom, 2006; Brosnan, 2006), parece indiscutível o fato de que eles não são capazes de ter uma experiência moral semelhante à vivida por nós. Por exemplo, não temos indícios que nos levem a suspeitar que eles possuam em suas sociedades um conjunto de normas de conduta tais como: humildade, pudor, caridade, etc. Nem ao menos que os mesmos possuam alguma religião. E a razão dessa impossibilidade parece ser simples, eles não possuem uma linguagem simbólica.

Desta forma, podemos concluir que mesmo que os animais compartilhem conosco de um sistema nervoso capaz de ser afetado secundariamente, que mesmo que os chimpanzés possuam também um auto-conceito, e que a existência desse auto-conceito implique na capacidade de tomada uma perspectiva (o que não é consensual), parece evidente que os demais animais, e os chimpanzés não possuem uma experiência moral semelhante a nossa. Experiência essa, que por sua vez compõe a experiência empática humana.

Para nenhum animal, ser insensível em relação ao problema de outrem (empatia), ou não demonstrar piedade, e vontade de ajudar, diante do infortúnio alheio (compaixão) significa agir de forma errada. Não temos indícios que nenhum outro ser no reino animal a não ser os humanos é capaz de ter a experiência de “certo” ou “errado”. Para nós, sermos afetados pelos sentimentos dos outros, e sentirmos impelidos a intervir nisso é algo “bom”, portanto desejável e “correto”.

“(...) um das etapas cruciais que precedem o comportamento de ajuda guiado pelo sentimento de obrigação moral, é aquela onde o potencial ajudador sente ter alguma responsabilidade em atender a necessidade da vítima” (David & Schwartz, 1976, p.406).

No experimento realizado por David & Schwartz (1976) confirmou-se a hipótese de que o sentimento de responsabilidade é uma variável importante para a ocorrência ou não de um comportamento de ajuda entre humanos. Ou seja, o fato de o observador sentir-se ou não, responsável pelo bem estar daquele que está em apuros, influencia na decisão de ajudar ou não.

Em outro estudo Callero, Howard, & Piliavin (1987) estudou o comportamento de ajuda enquanto desempenho de papel, analisando como a nossa estrutura social, e a história da mesma, constituem uma parte importante de como nós encaramos as ações pró-sociais.

Fleishman & Schwartz (1978) analisaram como as normas sociais, e a internalização das mesmas, influenciam no nosso julgamento acerca da legitimidade de um pedido de ajuda. Ou seja, estudaram como o fato de considerarmos ou não legítimo um pedido de ajuda (p.ex., algum infortúnio causado por circunstâncias que estavam sob controle da vítima é um pedido ilegítimo) é um mediador do nosso comportamento de ajuda.

Enfim, esses são alguns exemplos de estudos que apontam para importância da experiência moral/simbólica na experiência empática humana. Se por um lado, nós temos em comum com os demais animais, um aparato que nos proporciona perceber os sentimentos dos outros, por outro nós temos um aparato simbólico que pode aumentar, diminuir, mudar, resignificar, as nossas motivações fisiológicas.

Ora, pensemos numa experiência humana bastante básica, a alimentação. Mais uma vez, nesse processo compartilhamos uma enormidade de similaridades com uma grande variedade de espécies do mundo animal. A forma como sentimos fome, a forma como digerimos, a forma como defecamos, enfim. No entanto, não podemos afirmar que nossa experiência alimentar possa ser explicada apenas com base nas nossas reações fisiológicas. Pois, se assim fosse, a nossa experiência gastronômica teria que ser muito semelhantes a das outras espécies. O que evidentemente não é o caso.

Diferentemente dos animais, nós gostamos ou desgostamos de determinado alimento com base no seu aspecto estético, ou com base naquilo que ele representou na nossa infância. Usamos o momento da alimentação como evento social, para comemoração, celebração, confraternização. Temos regras acerca de como nos comportarmos ao nos alimentarmos, temos formas diferentes de combinar os alimentos,

e às vezes não nos alimentamos como forma de protesto. Enfim, o ato de se alimentar para os seres humanos já extrapolou e muito o âmbito da subsistência, e da nutrição dos nossos corpos naturais.

Analogamente, apesar de compartilharmos do mesmo processo fisiológico responsável pela experiência empática nos animais, a nossa experiência empática em muito já extrapolou a experiência empática vivida pelos animais. No entanto, da mesma forma que na alimentação, no processo empático nós também não estamos totalmente livres dos processos fisiológicos que subsidiam essas experiências. Por mais que hoje alimentar-se tenha se tornado em algo muito maior do que a nutrição dos nossos corpos, ela ainda é em última instância um processo necessário para nossa vida. E por isso não comemos apenas quando celebramos, mas também quando o nosso estômago ronca, e a nossa boca saliva, tal qual, ratos, cachorros e macacos o fazem.

Por mais que hoje sentir-se afetado pelo sofrimento do outro, e tomar uma atitude para intervir no sofrimento do outro seja um ato nobre, não estamos totalmente livres dos processos fisiológicos que subsidiam essa experiência. Mesmo que ajudar tenha se tornado um ato moral, e até mesmo um dever para alguns, ele ainda carrega todo o desgaste, toda a tensão, e toda a satisfação que tal situação provoca em nossos corpos animais. E por isso, apesar de todo o caráter moral da empatia, e da compaixão, de alguma forma ainda sentimos os mesmo que ratos, cachorro e macacos sentem quando vêem o semelhante em perigo.

#### **4.6- MORTE E SOFRIMENTO**

Outro tópico que necessita de uma integração é a nossa experiência perante a morte. Isso porque em última instância o sofrimento nada mais é do que um sinal, um aviso quanto à proximidade da morte. O sofrimento precede a morte

No terceiro Capítulo tentamos analisar como chegamos a sofrer e morrer da forma que fazemos nos dias de hoje. E agora, tentaremos discutir porque o sofrimento e a morte têm um caráter distinto do que ela tem para os demais seres vivos, e de como isso está relacionado à nossa experiência empática.

Vimos no segundo Capítulo, que com exceção dos chimpanzés, todos os demais animais parecem não possuir um auto-conceito. Ou seja, eles não são capazes de formarem uma imagem acerca de si próprios e, portanto, desconhecem como ele são para os outros. Dito de outra forma, a sua atenção está sempre direcionada para fora, para o mundo exterior, de forma que ela nunca se volta para si mesmo. Vimos também

que a falta de um auto-conceito parece estar ligada a falta de existência de uma memória autobiográfica. Ou seja, de uma memória capaz de formar uma biografia, uma história do “eu”.

Por fim, aprendemos também que apenas os homens e os chimpanzés são capazes de aprenderem de forma vicariante, ou seja, de aprenderem apenas com base na observação da ocorrência de um evento com outrem.

Pois bem, esses dados servem para lançarmos algumas questões acerca da nossa experiência em frente ao sofrimento e a morte. A primeira questão que podemos levantar é que apenas os humanos são capazes de *vivenciar* a morte. Ou seja, que apenas os humanos são capazes de se preocuparem em vida com a sua morte. Pelo o que vimos, parece razoável pensarmos que os animais não são capazes de vivenciar o medo da morte da forma que nós fazemos.

O interessante é que se a nossa capacidade de pensar acerca da nossa morte possibilitou que desenvolvêssemos nossa cultura, uma vez que ela é uma forma de driblarmos a morte. Porém essa capacidade pensar sobre a nossa morte também adicionou um sofrimento, uma problema a mais as nossas vidas, uma preocupação a mais a nossa existência. Uma preocupação, um sofrimento que os animais não têm.

“O conhecimento da morte é reflexivo e conceitual, e disto os animais são poupados. Eles vivem e desaparecem com a mesma ausência de reflexão: uns poucos minutos de medo, uns poucos segundos de angústia, e tudo está acabado. Mas levar uma vida inteira com o destino da morte assediando os nossos sonhos e até mesmo os dias mais ensolarados... isto é outra coisa”. (Becker, 2007, p.49)

Se para um animal, ver seu semelhante sofrendo é causador de estresse, uma vez que ele é capaz de ser contaminado pelo sofrimento do outro, para o ser humano ver seu semelhante sofrendo não só causa estresse como também faz com o que a preocupação acerca da sua morte habite os seus pensamentos. Além do mais, sabemos através daqueles que se dedicaram a estudar o nosso mundo simbólico, que os pensamentos acerca da morte configuram-se com uma das experiências mais aterrorizantes para o ser humano.

“Afirmo portanto, que o temor da morte deve ser considerado como análogo ao temor da castração, e que a situação à qual o ego reage é o estado de ser esquecido ou abandonado pelo superego protetor - pelas forças do destino – que põe fim à segurança contra todos os perigos.” (Freud,1926 apud Becker,2007,p.77).

Se para um animal, ser exposto constantemente ao estresse de presenciar o sofrimento de outro é um condição insalubre, para o homem a questão é ainda mais dramática. Ele tanto sofre como os animais, desenvolvendo patologias decorrentes da exposição freqüente as estas tensões, como também sofre na ausência desses estímulos, uma vez que ele é capaz de se auto-estimular, de reviver a tensão da situação, toda vez que temor do sofrimento e da morte povoar seus pensamentos.

Sendo assim, não podemos pensar na empatia e na compaixão humana, sem levarmos em conta mais esse aspecto peculiar da nossa existência, uma vez que em nós a capacidade empática não só abre a possibilidade de um contágio emocional, como ocorre nos animais, como também nos coloca freqüentemente diante do nosso maior medo, a morte.

Mais uma vez o processo empático encontra-se no cerne da nossa existência. Ele proporcionou o desenvolvimento do trabalho, que por sua vez proporcionou o desenvolvimento de uma linguagem simbólica, que proporcionou pensarmos sobre a nossa própria condição, e conseqüentemente sobre a nossa morte. Capacidade essa que deu origem as nossas expressões culturais e conseqüentemente a grande parte da nossa “humanidade”.

No entanto, como podemos perceber, todas essas capacidades sobrenaturais tiveram um custo. Temos uma vida muito mais angustiada, preocupada que os demais animais, e vivemos cada vez mais em um estado de constante tensão, e alerta. Como vários pensadores já constataram, a vida humana tem como elemento primordial a angústia.

Por essa razão não podemos esquecer que o sofrimento e a morte cumprem um papel importante dentro do funcionamento da empatia e da compaixão nos seres humanos, e que, portanto os profissionais que lidam com essa realidade constantemente não podem, e nem devem ser capazes de lidarem com tais fatos de forma totalmente plácida.

Para nós, presenciarmos o sofrimento de outrem, ou escutarmos o relato sobre o seu sofrimento, não se resume a sermos contagiado pelo estado emocional da vítima, mas significa também imaginarmos como os parentes da vítima reagirão ao saber do estado da mesma, como ficarão os seus filhos, e como os amigos sofrerão os amigos dela, etc. Significa também pensarmos sobre como evitar que o mesmo ocorra conosco, sobre como nos protegermos, sobre o que devemos ou não fazer. Significa refletir sobre a periculosidade das nossas cidades, ou sobre como o mundo é violento e injusto.

Enfim, significa uma infinidade de pensamentos que de alguma forma estão relacionados ao medo da morte.

Por outro lado, por mais que possamos estar preparados para não deixarmos que todo esse universo de significados atue no momento em que estamos ajudando alguém que sofre, um processo natural e biológico ocorre em nosso cérebro, causando uma série de mudanças fisiológicas nos nossos corpos, mudanças essas que causam alguns desgastes e podem enfraquecer o sistema.

#### **4.7- MODELO ESTRUTURAL EMPATIA/COMPAIXÃO**

Uma boa forma de entender um conceito complexo e multivariado, como é o caso do conceito da empatia, é representá-lo na forma de um modelo estrutural. A dificuldade a ser resolvida na construção de um modelo estrutural consiste na identificação e caracterização dos elementos ou componentes, bem como da forma como esses se relacionam.

Como já discutimos, o fenômeno da empatia humana é dual, em decorrência da dualidade da própria natureza humana. Dessa forma, a empatia humana é composta por duas grandes dimensões, uma biológica, e outra cognitivo-simbólica.

No Capítulo 2, vimos que na base da empatia, está um processo de mimetização fisiológica, processo esse presente em todos os animais gregários. E que nos animais mais complexos além da mimetização fisiológica (ou contágio emocional), soma-se o desenvolvimento de um auto-conceito, que torna possível a discriminação eu-outro, e conseqüentemente a capacidade de um aprendizado vicariante.

Vimos também que esses processos causam um estado de tensão, de estresse no observador, quando o mesmo presencia o sofrimento de um semelhante, e que em algumas situações esse estresse podem causar transtornos.

Sendo assim, entendemos que o domínio biológico da empatia comporta os seguintes elementos:

##### **Domínio Biológico**

- Contágio Emocional (CE)
- Discriminação *eu - outro* (auto-conceito)
- Estresse (ES)
- Respostas somáticas (RS)
- Estresse Pós-Traumático (EPT)
- Lembranças Traumáticas (LT)

Se nos animais a experiência empática parece ser explicada pelo o que acontece no corpo dos mesmos, vimos que no humano a empatia ganha outros elementos. Nos humanos há a capacidade da tomada de perspectiva, ou seja, de emular, de simular a perspectiva do outro, através das informações obtidas em primeira pessoa. O que nos torna capazes de quase sairmos de nossos corpos e por alguns momentos encarnarmos o corpo daquele que sofre. Esse processo nos fornece informações muito valiosas acerca da situação, do contexto que o outro está vivenciando, o que resulta numa avaliação muito mais acurada da experiência alheia e conseqüentemente numa intervenção mais eficaz.

Vimos também que diferente dos animais, nossos comportamento são na maioria das vezes guiados pelas interpretações dos estímulos que recebemos, e não pelos estímulos propriamente, dessa forma, as nossas crenças cumprem um papel importante na forma como interpretamos os estímulos externos.

E por fim, discutimos como nós habitamos além de um mundo físico, um mundo social, repleto de valores, representações e regras construídas historicamente.

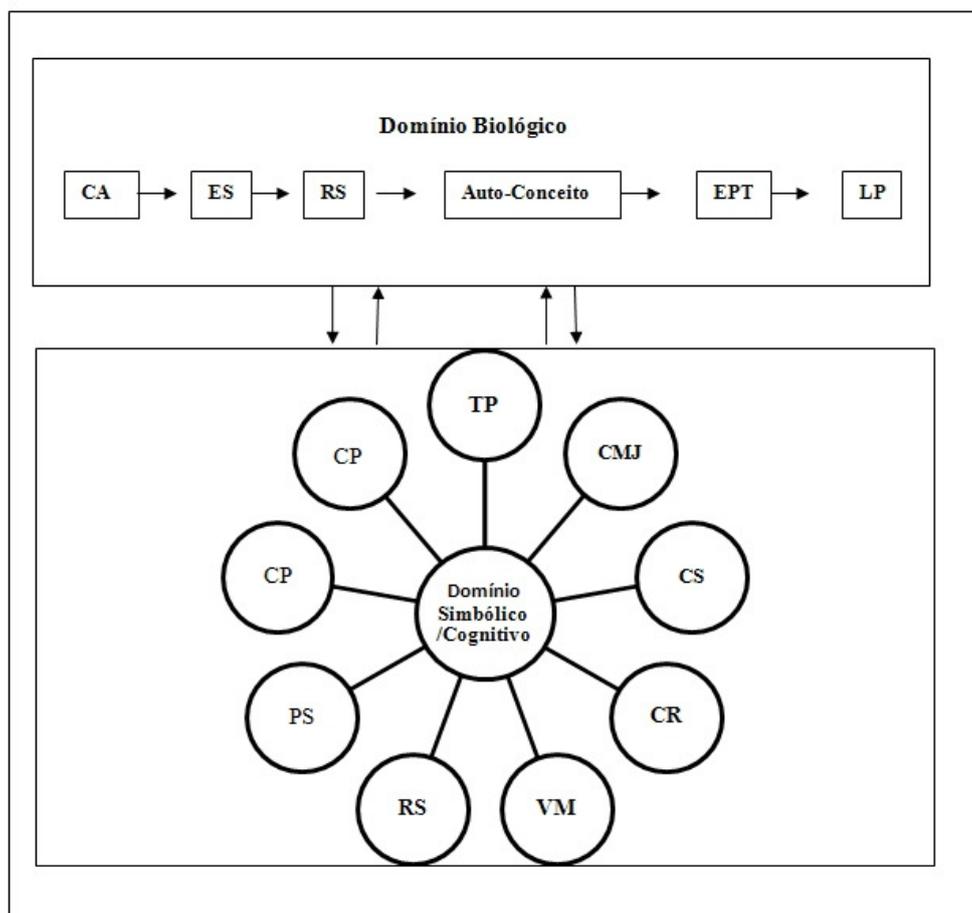
Sendo assim, entendemos que o domínio Cognitivo/Simbólico da empatia comporta os seguintes elementos:

### **Domínio Cognitivo/ Simbólico**

- Tomada de Perspectiva (TP)
- Crenças sobre um mundo justo (CMJ)
- Crenças sobre segurança (CS)
- Crenças religiosas (CR)
- Valores morais (VM)
- Regras sociais (RS)
- Papel social (PS)
- Conduta profissional (CP)
- Crenças sobre competência profissional (CCP)

Desta forma, o processo empático humano é o resultado de uma equação que envolve todos estes componentes, tanto do domínio biológico, quanto do domínio cognitivo/simbólico.

**Figura 3 - Modelo Estrutural Empatia**



Podemos ver que a empatia humana é composta por duas dimensões distintas, a dimensão biológica/fisiologia e a dimensão simbólica/cognitiva. Dimensões essas, que apesar de serem bem distintas, estão em constante relação uma com a outra, causando uma interferência mútua em um processo quase dialético. Importante notar também, que enquanto a dimensão biológica tem um funcionamento mais “linear”, a dimensão simbólica por sua vez tem um funcionamento mais “dinâmico”, onde tudo ocorre ao mesmo tempo. Isso porque, enquanto os processos fisiológicos são físicos, e, portanto, obedecem às regras de espaço e tempo, os processos simbólicos são imateriais, e, portanto, não precisam obedecer as mesmas regras. E como já dissemos anteriormente, é justamente dessa dualidade antagônica que resulta a peculiaridade da experiência humana.

Sendo assim, entendemos que qualquer estudo que venha tratar de experiências secundárias, que por conseqüência é tratar da experiência empática humana, deve ter claro o que é, do que se constitui, e do que é constituída a experiência empática humana. Por isso, acreditamos não bastar que recorramos a definições semânticas em dicionários para entendermos toda complexidade de tal fenômeno. Acreditamos que se queremos tentar entender eventos que estão intimamente ligados a empatia humana, devemos realizar estudos que vão além dos significados normalmente atribuídos a esse substantivo.

## CAPÍTULO 5 – UM MERGULHO NA LITERATURA

### 5.1- INTRODUÇÃO

Em um mundo dominado constantemente pela violência, faz-se cada vez mais necessária a compreensão de como as pessoas entendem e vivenciam as situações de trauma. A morte de um ente querido por arma de fogo, a ameaça de morte, seqüestros, assaltos cada vez mais violentos, estupros, balas perdidas, são exemplos de eventos que têm alta probabilidade de se tornar traumatizantes para qualquer pessoa, independente do seu gênero ou do seu nível de instrução. Esse tipo de evento, além de colocar em risco a vida do sujeito em si (um dos motivos pelo qual ele se torna traumático), pode acarretar conseqüências altamente prejudiciais à vida social de quem as vivencia após o ocorrido.

A discussão acerca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático<sup>8</sup> (TEPT) tem se tornado cada vez mais eminente diante de uma realidade mundial cercada por guerras e terrorismo, onde os desastres naturais têm tendência a se tornarem cada vez mais constantes e onde há cada vez mais injustiça social e uma péssima distribuição de renda.

Dentro desse contexto outra questão imprescindível também emerge. Se um mundo tão violento faz cada vez mais necessária a compreensão de como as pessoas entendem e vivenciam as situações traumáticas, indispensável se torna entender como pessoas que tem como parte do seu ofício a constante exposição a eventos traumatizantes vivenciam essas situações. Isso porque quanto mais sangrenta uma realidade é, maior é o trabalho, maior é a demanda por pessoas capazes de mitigar os efeitos da barbárie. E principalmente porque se as pessoas que trabalham para minorar os efeitos da violência forem também vítimas da mesma, como poderão elas estar em condições de prestarem ajuda?

Importante ressaltar que a discussão acerca de traumas psicológicos é assunto em estudo há mais de 100 anos. Desde o início dos estudos psicanalíticos é possível perceber a preocupação em conhecer as causas de sintomas relacionados a traumas vivenciados e a maneira como cada indivíduo significa este trauma. Podemos entender que de forma geral os eventos traumáticos são aqueles nos quais os indivíduos são atingidos por vários estímulos intensos, impossíveis de serem controlados. (Thompson & Kennedy, 1987 apud Cerney, 1995).

---

<sup>8</sup> Alguns autores adotam o termo “Síndrome do Estresse Pós-Traumático”

Segundo Cerney (1995) o termo “trauma” provém de uma palavra que em grego significa “lesão”. E de acordo com Haynal (1989 apud Cerney, 1995), o trauma possui três características: 1. está relacionado a frustração de desejos; 2. causa uma sensação de desamparo; 3. e situa-se na nossa relação com os outros.

O termo “neurose traumática” surge pela primeira vez em 1889, relatado por um neurologista alemão, Herman Oppenheim, e se refere ao fenômeno com conotação puramente organicista. Jean-Martin Charcot (1887) estudou a relação psicológica entre os “*choc nerveux*” induzidos traumáticamente e aqueles induzidos por sugestão hipnótica, que se mostraram de grande importância no sentido de tentar relacionar o psicológico do trauma com os sintomas físicos demonstrados por quem sofre o trauma. Dois de seus mais famosos discípulos, Pierre Janet e Sigmund Freud, seguem na mesma linha para entender os componentes emocionais das situações de trauma e sua relação com a histeria (Schestatsky et al., 2003).

Janet, a partir de 1887, escreve sobre os mecanismos de dissociação, traumas e histeria (“*L’anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques*”) e, partindo disso, propõe:

“Quando as pessoas experimentavam ‘emoções veementes’, suas mentes se mostravam incapazes de parear as experiências aterrorizantes com os esquemas cognitivos prévios, ‘subconscientes’. Como resultado, as memórias da experiência traumática não conseguiam ser integradas na consciência e dela permaneciam dissociadas, assim como do controle voluntário. Resíduos de memória do trauma permaneceriam, inconscientes, como ‘idéias fixas’, que não poderiam ser ‘eliminadas’ enquanto não pudessem ser transcritas dentro do contexto de uma narrativa pessoal do próprio paciente”. (Schestatsky et al., 2003, p.9).

Já Freud, em meados de 1885, traz a idéia de que os histéricos sofrem reminiscências de uma experiência traumática que está forçando sua presença na mente do paciente que permanece de alguma forma fixado no trauma, e complementa, dizendo que algo se torna traumático porque fica dissociado e fora da percepção do consciente. Porém, mais tarde, Freud faz uma releitura de sua teoria ao descobrir que muitos casos de histeria se baseavam em histórias fantasiosas criadas pelos pacientes. Esta releitura, além de concretizar a psicanálise como uma nova ciência, fez com que o papel das experiências ambientais ficasse em um segundo plano de importância. Ao se confrontar com os quadros psiquiátricos desencadeados pela Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918, Freud retoma então seus estudos sobre as neuroses traumáticas. Ele

“re-enfatiza a importância decisiva da intensidade dos estressores traumáticos, da ausência de descargas apropriadas verbais ou motoras para aliviá-la e do despreparo dos indivíduos para seu enfrentamento causando um rompimento do que chamou de ‘barreira de estímulos’, que protegeria o ego das estimulações excessivas do ambiente externo.” (Schestatsky et al., 2003,p.10)

Abram Kardiner, ex-analisando de Freud, em 1941, publica um livro sobre “As Neuroses Traumáticas de Guerra”, que se tornaria (de acordo com vários autores) o livro definidor do que seria o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e é ele quem descreve pela primeira vez os sintomas comuns a pacientes que sofriam de “neuroses traumáticas”. Com o fim da guerra há uma busca por tratamento diante de síndromes traumáticas e neste período, autores ingleses como Menninger, Bion e seus colegas, descobrem a importância da psicoterapia de grupo com tais pacientes traumatizados pela guerra. (Schestatsky et al., 2003) É justamente nos contextos de guerra que a preocupação com o trauma se torna mais evidente.

“(…) foi assim na Guerra Civil Americana (síndrome do coração irritável), na Primeira Guerra Mundial (choque da granada), na Segunda Guerra Mundial (síndrome do esforço, neurose de guerra, síndrome do campo de concentração), na guerra do Vietnã e mais recentemente nos ataques no dia 11 de setembro de 2001 ao World Trade Center e ao Pentágono.” (Figueira & Mendlowicz, 2003, p.12).

Foram dois psiquiatras americanos, Chaim Shatan e Robert J. Lifton, que ao estudarem o trabalho com veteranos do Vietnã, compararam 700 fichas clínicas de pacientes e listam os 27 sintomas mais comuns das “neuroses traumáticas”. Esta listagem se tornaria o embrião dos critérios utilizados pela terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), em 1980, para a inclusão da categoria de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Ainda foram inseridas nessa categoria síndromes como a do “trauma do estupro”, da “mulher espancada”, dos “veteranos do Vietnã” e a da “criança abusada”. (Schestatsky et al., 2003) A diferenciação da terceira edição do DSM para a quarta no que se refere ao TEPT, diz respeito a alguns sintomas e a definição de trauma em si (American Psychiatric Association, 1980, 1994).

O DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) define evento traumático quando há a presença dos seguintes critérios: “a) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento (reais ou ameaçados) ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros; ou o

conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento vivenciado experimentados por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo; b) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.” (American Psychiatric Association, 1994). Esses eventos podem incluir, além da guerra, acidentes, estupro ou abuso sexual, abuso físico ou emocional, morte de um ente querido, acidentes, desastres naturais, para nomear apenas alguns.

Segundo Beaton & Murphy (1995) os eventos traumáticos variam de acordo com a sua previsibilidade, com a rapidez com que eles ocorrem, com a duração do seu impacto, a sua controlabilidade, e a extensão do dano ou da destruição que eles são capazes de causar.

Nenhuma pessoa é imune à experiência de um trauma, bem como imune ao desenvolvimento do quadro de TEPT. (Hesse, 2002) Uma observação a respeito do quadro de TEPT no DSM IV é que os sintomas devem perdurar por mais de um mês e devem causar sérios danos ao dia-a-dia do indivíduo. Se os sintomas perduram por menos tempo, o quadro é caracterizado como Transtorno de Estresse Agudo (American Psychiatric Association, 1994).

Após mais de 20 anos da publicação da primeira lista de critérios de reconhecimento de TEPT no DSM-III, o termo tem sido mais comumente utilizado para pessoas diretamente traumatizadas por um dos vários tipos de eventos traumáticos. Porém, se levado ao pé da letra, o DSM-IV reconhece que o simples fato de ter-se conhecimento da experiência traumática de outra pessoa pode ser por si só considerado como um evento traumático (American Psychiatric Association, 1994). Portanto, deve-se dar importância também àqueles que foram indiretamente ou secundariamente traumatizados (Figley, 1995). Da mesma forma que uma pessoa, quando exposta a um evento traumático, exibe alta probabilidade de apresentar o TEPT após algum tempo da vivência da experiência traumática, uma terceira pessoa, ao ser exposta ao sofrimento desta que vivenciou o trauma, também apresenta uma probabilidade maior de apresentar sintomas parecidos aos da própria pessoa que vivenciou o trauma. Nesta categoria encaixam-se: familiares de quem passa por uma situação traumática, amigos próximos, cônjuges, bem como profissionais que se dispõem ao cuidado do traumatizado, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, psiquiatras, enfim, qualquer pessoa que tenha contato com a pessoa traumatizada, independente do tipo de trauma vivido. O profissional que lida com vítimas de traumas se propõe, na prestação de seu serviço, a escutar histórias perturbadoras, a presenciar situações extremas de luta pela sobrevivência, a ficar familiar a situações de injustiça e a atender

às necessidades emocionais daqueles que normalmente são excluídos (Salston & Figley, 2003). E são principalmente os profissionais da área de saúde que, por se encontrarem em constante contato com pessoas que tenham vivenciado algum tipo de trauma, estão expostos ao sofrimento e à dor dessas pessoas, dia após dia.

Essa relação de cuidado, de acordo com a maioria dos autores, coloca em risco a saúde do trabalhador, que acaba de uma maneira ou de outra, “absorvendo” o sentimento, as emoções e, portanto, o trauma alheio. Trabalhar com pessoas que de alguma forma vivenciaram uma experiência traumática, causa, inevitavelmente, efeitos prejudiciais à longo prazo - conseqüências emocionais, cognitivas e físicas decorrente do provimento de serviços relacionado a ajuda dessas pessoas (Hesse, 2002; Figley, 2003; Kraus, 2005; Sabo, 2006).

Figley (1995, p.1) define esta relação problemática de cuidado dizendo: “Existe um custo ao cuidar (*to care*). Profissionais que escutam as histórias de medo, dor e sofrimento de seus clientes podem sentir medo, dor e sofrimento similarmente por se importarem (*care*)”. Uma observação importante é que na língua inglesa, observamos que há muito a utilização da palavra *care* no sentido de cuidado, bem como o termo *health-care workers* ou até *caregivers*, na definição do trabalho dos profissionais de saúde.

Em português, o termo cuidador é o que mais se adequa ao significado do verbo utilizado em inglês. Significado este que pode ser compreendido tanto como a ajuda em si, quanto no sentido de que o profissional de saúde *se importa* com aquele que ajuda (como o fator importância). O verbo ‘*to care*’ pode também estar relacionado com o cuidado e com a ajuda em si.

Ao falar do profissional de saúde em geral, Campos (2005, p.33) o define como um cuidador em constante tensão, que se vê “compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática (...), pessoas que se encontram sensíveis, vulneráveis, fragilizadas.”. Para o autor, o conviver com o sofrimento alheio implica, muitas vezes, a re-vivência de momentos de sofrimento pessoais – o conviver com o sofrimento gera sofrimento. “O trabalho do profissional de saúde é o trabalho com o ser humano doente, muitas vezes frente à morte, cheio de emoções, sentimentos e conflitos intensos, tanto de pacientes quanto de familiares”. O autor ainda coloca que este sentimento atinge qualquer cargo dentro de uma instituição de saúde, do médico à recepcionista, todos são “desafiados em sua auto-estima, frente à onipotência que não têm convivência com a frustração e a

impotência.” Na visão do autor, o profissional se vê diante de tantos problemas e conflitos que sua chance de estar constantemente estressado é alta.

Miller et al. (in Omdhal & O’Donnell, 1999) colocam que uma proporção significativa da experiência de *Burnout* vivenciado por cuidadores pode ser conseqüência de variáveis empáticas; e são justamente essas variáveis que Omdhal e O’Donnell (1999) questionam ao realizarem um estudo a respeito de estresse e *Burnout* em enfermeiros. As variáveis que estariam envolvidas na relação de serviço entre cuidador e cliente: contágio emocional, preocupação empática e a resposta comunicativa. A primeira variável refere-se ao compartilhamento e ao fato do profissional assumir a emoção da outra pessoa. A segunda refere-se à preocupação pelo bem-estar de outro que não necessariamente requer o compartilhamento emocional. E a terceira refere-se à habilidade de se comunicar efetivamente com outros a respeito de temas relacionados à emoção e à sensibilidade.

O estudo de Omdhal e O’Donnell (1999) deixa claro que essas variáveis empáticas, que podem ser responsáveis por *Burnout* e estresse em profissionais de saúde, são também as variáveis que dão qualidade ao serviço prestado por eles, isto é, é desejável que um cuidador demonstre esse tipo de habilidade para que o tratamento e a ajuda sejam efetivos. “Um profissional de saúde que vivencia a empatia passa a agir de forma altruística, pró-social e não agressivamente” (Eisenberg & Miller, 1987, apud Omdahl & O’Donnell, 1999). Segundo Omdahl e O’Donnell (1999), é neste ponto que a discussão se complica. Pois, será que os benefícios do contágio emocional, a preocupação empática e a resposta comunicativa em relação às vítimas vale à pena em relação ao custo associado ao trabalho do cuidador?

Evidências que pesquisas relacionadas ao assunto sustentam é que a empatia é componente fundamental para a relação de ajuda (Kunick & Olson, 2000; Reynolds & Scott, 1999; Walker & Alligood, 2001). No entanto, seria exatamente o fator que, de acordo com Pearlman & Saakvitne (1995), por exemplo, faz com que os cuidadores estejam mais vulneráveis e sensíveis ao sofrimento alheio. O simples fato de se ter acesso aos conteúdos do trauma sofrido pelo cliente (quem recebe o cuidado) faz com que quem presta o serviço (o cuidador) passe a vivenciar, de certa forma, aquele mesmo trauma. (Collins & Long, 2003a). Independente de como é definida a empatia, percebemos que esta se mostra como uma conseqüência relacional e intrínseca a sobrevivência humana, em que uma compreensão do sentimento do outro, de seu sofrimento, de sua dor, seja qual for a natureza dessas emoções.

Não são apenas os fatores organizacionais ou o local de trabalho que contribuem para o estresse e o adoecimento dos profissionais de saúde, mas também os aspectos relacionados ao tipo de trabalho dos mesmos. Se pelo simples fato de se obter conhecimento do trauma alheio é possível apresentar sintomas relativos ao TEPT, o profissional de saúde ou de qualquer outro tipo de cuidado, exposto ao material traumático, pode apresentar os mesmo sintomas relacionados. Um profissional ao se deparar com esse tipo de conflito passa então a apresentar uma série de sinais que expõem seu cansaço, seu estresse, surgindo o retrato do fenômeno. Enfim, o tema se faz de considerável relevância, por abordar a saúde de uma parte da população que cuida da saúde do restante da população.

As conseqüências sofridas pelo profissional de saúde são citadas por Sexton (1999), Martin (2006) e Hafkenscheid (2005), como determinadas pela estrutura da história traumática individual do paciente ,como por exemplo, seu conteúdo, duração e acúmulo de experiências traumáticas. Quanto mais envolvido na vida do paciente, mais possivelmente o terapeuta estaria vulnerável. Para Hafkenscheid (2005), seguindo essa linha de raciocínio, quanto mais freqüentemente e severamente traumatizado o paciente, maior a potencialidade do paciente de afetar negativamente o terapeuta, e, ainda, o tratamento desses pacientes teriam menor efetividade, o que nem sempre é verdadeiro.

O mesmo autor aponta para a importância de, ao lidar com pacientes em trauma, não tratá-los como uma categoria, mas sim com o seu trauma individual e a maneira como este o vivenciou, sem a utilização de universalidades que rotulem o trauma. Afinal de contas, cada um tem sua própria maneira de significar uma experiência e, principalmente, um trauma. O hábito de categorizar pacientes em trauma pode fazer com que o terapeuta seja induzido a sentir pena de si mesmo ou de se auto-vitimizar, sentindo-se culpado por não ter passado por aquilo (Hafkenscheid, 2005).

Kinzie (2001), que escreve sobre psicoterapia para refugiados traumatizados, estabelece que:

“O tratamento de pacientes refugiados severamente traumatizados é um processo longo e difícil. As formas e técnicas encontradas na literatura, na maioria das vezes se tornam inadequadas e ignoram o papel único e insubstituível do terapeuta. O provimento de tratamento envolve a habilidade de escutar, a habilidade de acompanhar, a habilidade de receber e a habilidade de reconhecer a existência do mau e da habilidade de acreditar na unidade e na transformação.” (Kinzie, 2001 apud Hafkenscheid, 2005, p.167).

Esse Capítulo traz uma revisão de literatura a respeito dos temas relacionados à traumatização secundária (ou seja, de fenômenos ligados a experiência traumática em segunda pessoa), do que vem sendo discutido internacionalmente, e das dificuldades ainda existentes nessa área. Para este propósito foi realizada uma pesquisa bibliográfica a respeito do assunto, em periódicos nacionais e internacionais por intermédio dos sites da Capes, do Scielo, do Google Scholar, EBSCO Host Research Database, especificamente de base de dados do Academic Search Premier, Newspaper Source, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC: Educational Resource Information Center, Health Source: Nursing / Academic Edition, Education Reserch Complete, Fuente Academica, Health Bussiness. Esta pesquisa foi realizada no período de agosto de 2006 a junho de 2007, na tentativa de compreender artigos acadêmicos e científicos que abordassem os temas relacionados.

### **5.1.1- AS VÁRIAS DEFINIÇÕES E CONCEITUAÇÕES NO CAMPO DA TRAUMATIZAÇÃO SECUNDÁRIA**

O impacto adverso do trabalho direto com clientes que tenham histórias de trauma (incluindo abuso sexual, agressão, experiências com combate militar e incidentes individuais traumáticos) tem sido discutido por pelo menos duas décadas. Nas pesquisas relativas aos efeitos do material traumático dos clientes sobre a saúde mental dos profissionais de saúde há uma concordância de que o trabalho com pessoas traumatizadas traz inúmeras conseqüências prejudiciais ao profissional, independente de seu gênero, idade ou grau de treinamento (Herman, 1992 apud Hesse, 2002). No entanto não existe uma unanimidade por parte dos pesquisadores com relação à forma de nomear o fenômeno ou à maneira de defini-lo. Na revisão da literatura é possível encontrar termos como “*Burnout*”, “*Compassion Fatigue*”, “Estresse Traumático Secundário”, “Traumatização Vicariante” e “Contratransferência” (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Figley (1995, p.7) define o Estresse Traumático Secundário (ETS) como “Uma conseqüência comportamental e emocional natural decorrente do conhecimento da ocorrência de um evento traumático com alguém importante - o estresse decorrente do ajudar, ou querer ajudar, uma pessoa traumatizada ou em sofrimento”. O autor sugere o termo *Compassion Fatigue* (Fadiga por Compaixão) como uma alternativa ao termo Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS), que seria o equivalente ao TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático). Outros pesquisadores utilizam o termo

“trauma secundário” e “trauma vicariante” para significar uma gama de efeitos no terapeuta de qualquer trabalho com clientes traumatizados. No entanto, Pearlman e Mac Ian (1995) definem a traumatização vicariante como os efeitos cumulativos, no terapeuta, ao engajar-se em relações terapêuticas com vítimas de traumas. (Hesse, 2002).

Alguns autores ainda apontam para a importância de não confundir trauma secundário com *Burnout* ou contratransferência. O *Burnout*, de acordo com Maslach et al. (2001), é um estado de exaustão física, mental e emocional causada pelo envolvimento a longo prazo com situações de alta demanda emocional. Pode incluir exaustão, despersonalização, e uma redução no sentimento de realização e que pode ser remediado por férias ou mudança de emprego.

Argumenta-se que é possível que profissionais que lidam com pessoas traumatizadas possam vivenciar o *Burnout*, mas o trauma secundário difere-se do *Burnout* no que diz respeito à exposição ao material traumático, descrição de sofrimento e imagens emocionais difíceis de lidar. (McCann & Pearlman, 1999 apud Hesse, 2002).

A contratransferência, por sua vez, também diz respeito ao envolvimento pessoal do terapeuta em relação ao material de seu cliente como no ETS, porém, tradicionalmente, ela é vista como uma reação ou uma distorção do terapeuta em relação ao material do cliente, baseado em um conflito não resolvido e inconsciente da experiência de vida do terapeuta. (McCann & Pearlman, 1999 apud Hesse, 2002).

Como podemos observar várias são as nomenclaturas e inúmeras são as definições utilizadas para se falar de um único fenômeno (a traumatização secundária). Pontuaremos a seguir cada uma dessas nomenclaturas utilizadas, suas definições e suas pequenas diferenciações, com o objetivo de demonstrar o que existe na literatura a respeito do assunto e o que pode ser discutido, na tentativa de se alcançar uma melhor compreensão do mesmo.

Mas, para podermos entender adequadamente os conceitos que serão explicitados, julgamos necessário, primeiramente, descrever brevemente o conceito de estresse, para que, dessa forma, seja possível observar melhor as diferenças entre os demais conceitos.

## 5.2 - DEFINIÇÕES E CONCEITOS

### 5.2.1- ESTRESSE

O estresse é uma resposta de adaptação do organismo a qualquer situação de mudança ambiental que poderia ser capaz de agredir esse organismo, num movimento de busca pela homeostase (equilíbrio corpóreo) com o objetivo de melhora da capacidade do indivíduo para que sua sobrevivência seja garantida. (Meléndez & Guzmán, 1983, Selye, 1974, Sandín, 1989 apud Benevides-Pereira, 2002). Numa visão mais abrangente, Lazarus e Folkman (1984, apud Benevides-Pereira, 2002) apóiam que o estresse sobrevém quando os recursos disponíveis estão aquém das demandas, isto é, a pessoa avalia que aquilo que lhe é solicitado, seja no plano físico, emocional ou social, está aquém de suas capacidades. É importante destacar que o estresse nem sempre é um processo nocivo ao organismo. Para Hans Selye (1965, in Benevides-Pereira, 2002; Abendroth, 2005), endocrinologista responsável pela descoberta de mudanças fisiológicas no organismo quando em situação de perigo, respostas de estresse breve, suaves e controláveis poderiam servir de estímulo ao organismo, permitindo-lhe crescimento, prazer, desenvolvimento intelectual e emocional, a este tipo de resposta ele deu o nome de Eustresse. Quando o estressor tem caráter nocivo ao organismo, isto é, quando este é mais prolongado ou denota maior gravidade ao organismo, o autor o denominou como Distresse, sendo que apenas este último teria caráter patológico, como consequência da inabilidade de enfrentamento do estresse.

É importante apontar que a magnitude do estresse está relacionada unicamente com a reação individual do sujeito diante do estressor – elemento que vem a interferir no equilíbrio homeostático do organismo, podendo ser de caráter físico, cognitivo ou emocional; o estresse é justamente a resposta a esse estímulo, onde há o aumento de ajuste adaptativo. Maslach (1993 apud Schaufeli & Buunk, 2003) ainda destaca que uma distinção relacional entre *Burnout* e estresse é que a primeira inclui o desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos para aquele que recebe o serviço, para a organização e para o trabalho em si, enquanto o estresse não é necessariamente acompanhado por esse tipo de atitude e comportamento.

No mesmo sentido Codo & Vasques-Menezes (2002) também diferenciam o *Burnout* do Estresse argumentando que enquanto “o primeiro envolve atitudes e condutas negativas em relação aos usuários” do serviço, o segundo “não envolve tais atitudes e condutas” e não está necessariamente relacionado com questões de trabalho.

Brill (apud Schaufeli & Buunk, 2003) diz que a síndrome de *Burnout* pode ser considerada como sendo um estágio final da falha do organismo na adaptação, que resulta do desequilíbrio existente em longo prazo entre demandas (ambientais) e recursos (internos), ou seja, de um estresse ocupacional prolongado.

### **5.2.2- BURNOUT**

Na literatura, é possível observar que ainda não existe um consenso a respeito da definição da síndrome de *Burnout* (Codo & Vasques-Menezes, 2002; Edwards et al. apud Collins & Long, 2003b). O conceito foi primeiramente apontado por Freudenberger em meados dos anos setenta, que, em pesquisa com profissionais que lidavam diretamente com outras pessoas, (mais especificamente profissionais da área de saúde e serviço social), passa a observar após algum tempo de trabalho, a diminuição gradual de energia, a perda de motivação e comprometimento, além de outros sintomas de caráter físico, psíquico e comportamental que demonstravam relação intrínseca com o ambiente de trabalho. No intuito de definir esse conjunto de sintomas, o autor apropria-se de um termo coloquial, já utilizado para designar os efeitos do uso abusivo e crônico de drogas, que tem como significado metafórico aquele ou aquilo que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de realizar nenhum esforço físico ou mental. (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002; Vasques-Menezes, 2005).

Entretanto, foi o trabalho de Maslach (que também teve início nos anos setenta) que fez emergir uma teoria multidimensional do fenômeno (Salston & Figley, 2003), e é também a mais consensual e difundida em todo o mundo. A autora define *Burnout* como uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos presentes no ambiente de trabalho. O fenômeno caracteriza-se por três aspectos fundamentais: *Burnout* é um processo e não um estado, sua etiologia destaca como causas principais os elementos do ambiente de trabalho e se trata de um construto multidimensional composto de três fatores – a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal no trabalho. Essas três dimensões de *Burnout* foram

desenvolvidas com base em pesquisas qualitativas, que, a princípio, foram realizadas com trabalhadores da área assistencial.

Os estudos de Maslach (Maslach et al., 2001) evidenciaram que ocupações relativas a serviços humanos ou da área de saúde, as quais demonstram como objetivo principal o provimento de auxílio e serviços para pessoas em necessidade, apresentaram alta probabilidade de se tornarem estressores emocionais e interpessoais. A análise das entrevistas deixou claro também que o serviço de cuidado pode ser considerado com uma ocupação de alta demanda, que exige envolvimento entre as partes (o provedor e o receptor) e no qual a exaustão emocional é uma resposta comum diante de um trabalho com alta sobrecarga ao trabalhador.

De acordo com Maslach et al. (2001) a demanda emocional do trabalho é capaz de fazer esgotar a capacidade do servidor de envolver-se e muda a maneira deste de responder às necessidades de quem recebe seus serviços. A exaustão emocional reflete a dimensão de estresse do *Burnout*, porém, falha na captura dos aspectos relativos à relação da pessoa com seu ambiente de trabalho. A exaustão não é simplesmente uma vivência, mas sim uma forma eficiente de distanciar-se emocionalmente e cognitivamente do trabalho, surgindo, presumidamente, como uma forma de lidar com a sobrecarga do trabalho. Seria a sensação de chegar ao limite das possibilidades (Benevides-Pereira, 2002). A exaustão emocional seria a principal característica do *Burnout* e a manifestação mais óbvia da síndrome. Sempre que alguém faz referência à vivência do fenômeno em si mesmo ou em outra pessoa, freqüentemente ela se refere à exaustão emocional.

A Despersonalização é caracterizada por alterações na maneira como o profissional passa a ter um contato frio e impessoal com o receptor de seu serviço, passando a denotar atitudes de cinismo e ironia em relação às pessoas e indiferença ao que pode vir a acontecer aos demais. (Benevides-Pereira, 2002) Esta serviria como uma estratégia utilizada pelo profissional para lidar com o estresse emocional acarretado pelas experiências de seu dia-a-dia no trabalho. Ao se colocar à distância daqueles que ajuda, o profissional torna as demandas oriundas dos outros mais suportáveis e estes acabam se tornando um mero objeto de trabalho. A moderação do afeto pelos clientes por meio de uma distância emocional é entendida como uma maneira de proteger-se de uma excitabilidade emocional intensa que poderia interferir na funcionalidade efetiva no emprego (Maslach et al., 2001). No entanto, Maslach et al., (2001) destacam que um desequilíbrio no desapego excessivo e pouca preocupação com o outro fazem com que

trabalhadores respondam de maneira negativa, calculista e desumanizada. Ainda de acordo com a autora, existe uma ligação forte entre a Exaustão Emocional e a Despersonalização, sendo um praticamente considerado como uma consequência do outro. Em várias pesquisas a respeito do *Burnout* a despersonalização aparece com uma resposta à exaustão emocional.

A redução da Realização Pessoal no trabalho, diz respeito ao sentimento de insatisfação com as atividades profissionais que vêm sendo realizadas. Sentimento de insuficiência, baixa auto-estima, fracasso profissional, desmotivação, que revela baixa eficiência no trabalho. Esta terceira dimensão, em alguns momentos, aparece em função tanto da Exaustão quanto da Despersonalização, ou ainda como uma combinação das duas. (Byrne 1994, Lee & Ashforth 1996, apud Maslach et al., 2001). Em uma situação onde existem demandas que contribuem tanto para a Exaustão e/ou para a Despersonalização, é provável que o senso de efetividade do sujeito venha a se extinguir.

Argumenta-se que é difícil ter uma noção de realização no trabalho quando há sensação de exaustão ou quando a ajuda a outro se torna indiferente. Afirma-se também que a falta de efetividade parece surgir mais claramente da falta de recursos, enquanto, a Exaustão e a Despersonalização emergem da presença da sobrecarga e do conflito social. (Maslach et al., 2001).

De acordo com Freudenberger (1975, apud Benevides-Pereira, 2002) outros profissionais, e não apenas aqueles que trabalham com assistência, podem estar suscetíveis a *Burnout*, no entanto, o profissional que trabalha com a ajuda, deve desenvolver uma batalha em pelo menos em três frentes: diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram por esses profissionais e das necessidades de si próprio.

A síndrome de *Burnout* pode ser causada por conflito entre valores individuais e as demandas da instituição em que se trabalha; por sobrecarga de responsabilidades, pela sensação de impotência diante dos serviços prestados pela instituição, pela sensação de perda de companherismo no ambiente de trabalho e pela consciência da existência de injustiça ou falta de respeito no local de trabalho. (Maslach & Leiter, 1997 apud Salston & Figley, 2003).

Os sintomas relacionados à síndrome de *Burnout* acarretam consequências prejudiciais pessoais no trabalho, bem como sociais e organizacionais. Em relação ao trabalho pode haver uma diminuição na qualidade da prestação do serviço como consequência da Exaustão e da Despersonalização. De acordo com Maslach et al.

(2001) existe consenso em cinco aspectos da sintomatologia do fenômeno do *Burnout*: (a) Há uma predominância de sintomas disfóricos como exaustão emocional ou mental, fadiga e depressão. (b) A ênfase é maior nos sintomas mentais e comportamentais do que nos físicos. (c) Os sintomas do *Burnout* são relacionados com o ambiente de trabalho. (d) Os sintomas se manifestam em pessoas “normais” que não têm histórico de psicopatologias. (e) O decréscimo de efetividade e performance ocupacional ocorrem por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Existem mais de 100 sintomas e possíveis conseqüências que podem ser associadas ao *Burnout*, variando desde ansiedade até falta de zelo. (Schaufeli & Enzmann, 1998, in Schaufeli & Buunk, 2003). De acordo com Benevides-Pereira (2002), podemos subdividir teoricamente os sintomas ou conseqüências da síndrome em: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Dos sintomas que citaremos, podemos observar que alguns deles se equiparam com os sintomas de estresse, já que o *Burnout* pode ser considerado como uma conseqüência de estresse crônico – uma inabilidade do sujeito de lidar com o estresse no ambiente de trabalho (McVicar, 2003 apud Abendroth, 2005; Schaufeli & Buunk, 2003, Maytum, Heiman & Garwick, 2004).

Dos sintomas físicos podemos citar: fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaléias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais em mulheres.

Dos sintomas psíquicos, podemos destacar: falta de atenção/concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento (processos mentais mais lentos bem como o tempo de resposta do organismo), sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional (mudanças bruscas de humor), dificuldade de auto-aceitação, baixa auto-estima, desconfiança/paranóia, astenia, desânimo e disforia, podendo levar à depressão. Os sintomas comportamentais incluem: negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, incremento de agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento de consumo de substâncias (como álcool, tabaco, tranqüilizantes ou até café), comportamento de alto risco (busca de atividades de alto risco na tentativa de demonstrar coragem e sobressair-se).

É importante destacar que podemos incluir aqui o suicídio, que demonstra ter maior incidência entre profissionais da área de saúde do que na população em geral. (Blachly, Disher & Roduner, 1968; Cray & Cray, 1977; Dicher & Roduner, 1968; Knutsen, 1977; Lester, 1989; Lindeman, Läärä, Hakko & Lönnqvist, 1996; Murray,

1962; Pitts, Scholler, Rich & Pitts, 1979, Richings, Khara & McDowell, 1986; Rose & Rosow, 1973; Steppacher & Mausner, 1974, apud Benevides-Pereira, 2002). Os sintomas defensivos incluem: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho (ou até pelo prazer), absenteísmo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo.

“É importante esclarecer que não necessariamente uma pessoa com a síndrome venha a apresentar todos os sintomas relacionados, já que o grau, o tipo e o número de manifestações apresentadas depende da configuração de fatores individuais, fatores ambientais e a etapa em que a pessoa se encontra no desenvolvimento da síndrome.” (Benevides-Pereira, 2002,p.54)

Vários questionários de auto-preenchimento (instrumentos mais utilizados para a avaliação de *Burnout*) já foram propostos, porém, a escala que demonstra propriedades psicométricas mais firmes e continua sendo utilizada em larga escala por pesquisadores é o Maslach *Burnout* Inventory (MBI), desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson em 1981. Segundo Büsing & Glaser (2000, in Benevides-Pereira, 2002), 90% das pesquisas têm utilizado o MBI ou alguma adaptação deste inventário.

“Para ter uma idéia, entre as pesquisas indexadas no Psychological Abstracts, de sua totalidade, 59,7% utilizam-se ou são estudos sobre o MBI, para 2,6% do BM – *Burnout* Measure, 2,0% do SBS – Staff *Burnout* Scale, 1,1% do BAU – *Burnout* Assessment Inventory, 0,1% do FBS – Freudenberger *Burnout* Scale e 34,6% de outros instrumentos não mencionados.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, in Benevides-Pereira, 2002, p.72.)

O MBI é um inventário auto-informe para ser respondido através de uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, indo de “0” como “nunca” a “6” como “todos os dias”. O instrumento totaliza 22 itens que são capazes de acessar as três dimensões da vivência do *Burnout*: nove deles dizem respeito à sub-escala de Exaustão Emocional (EE), que tem como objetivo avaliar os sentimentos de estar emocionalmente exausto ou sobrecarregado no ambiente de trabalho; cinco itens dizem respeito à sub-escala de Despersonalização (DE), que mede o desinteresse<sup>9</sup>, o desdém, e a atitude impessoal em direção aquele que recebe serviço, cuidado, tratamento; e oito itens dizem respeito à Realização Pessoal (RP), que avalia sentimentos de competência e alcance de sucesso no trabalho com pessoas. Nas duas primeiras sub-escalas, uma maior pontuação alcançada corresponde a um grau maior de vivência de *Burnout*, enquanto na última sub-escala, quanto menor a pontuação alcançada, maior o grau de vivência alcançada.

---

<sup>9</sup> unfeeling.

(Maslach, Jackson & Leiter, 1996 apud Benevides-Pereira, 2002 ) Portanto, considera-se em *Burnout* uma pessoa que revele altas pontuações em EE e DE associadas a baixos valores em RP.

Existem três edições do MBI. A primeira, publicada em 1981 nos Estados Unidos, constava de 25 itens e 4 fatores, e além de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, possuía também uma quarta dimensão, denominada Compromisso com o Trabalho, que foi eliminada na 2ª publicação (Gil-Monte & Peiró, 1997 in Benevides-Pereira, 2002), em 1986. Esta primeira edição também contava com uma escala para intensidade em relação ao sentimento, no entanto, por causa da redundância entre as classificações de frequência e de intensidade, a escala de intensidade foi retirada das edições subseqüentes. (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) A edição mais atual do instrumento data de 1996, e já conta com a colaboração do pesquisador Michael Leiter.

Este inventário foi desenvolvido inicialmente para o uso em cargos relacionados aos serviços humanos (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.), e é conhecido como MBI – *Human Services Survey*, mas logo foram criadas versões para outros tipos de ocupação, como o MBI – *Educators Survey*, voltado para ocupações relacionadas à educação. Em ambas as versões do MBI o rótulo para as três dimensões do *Burnout* refletiam um foco em ocupações onde o trabalhador interagira extensivamente com outras pessoas (clientes, pacientes, alunos, etc.) - exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Dado o aumento no interesse relacionado ao tema, foi criado um terceiro inventário com uma terminologia que abrange melhor outros tipos de ocupação que não somente aquelas onde há relacionamento direto com outras pessoas, o MBI – *General Survey*. Neste, os três componentes do construto do *Burnout* são conceituados de forma mais aberta, englobando o tipo de trabalho de forma generalizada e não somente as relações pessoais que podem fazer parte do trabalho. Neste novo instrumento os rótulos utilizados para as três dimensões do *Burnout* são: exaustão, cinismo (como uma atitude distante frente ao trabalho) e a redução de realização pessoal. Outra diferença marcante é que o MBI – GS possui apenas 16 itens.

A versão original do MBI tem sido usada em vários países de língua inglesa, incluindo os Estados Unidos, a Grã-Bretanha, Austrália e a Nova Zelândia. Outros pesquisadores têm traduzido o MBI em várias línguas, como na Espanha, Itália, Finlândia, Polônia, Japão, Alemanha, França, etc. Mesmo assim, não há uma tradução oficial do MBI que poderia ser comercializada, considerando que para cada língua

diferente o instrumento deve ser validado. (Maslach, Jackson & Leiter, 1996 apud Benevides-Pereira, 2002).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), no Brasil o MBI não está disponível para comercialização, e por este motivo é possível encontrar inúmeras versões para o português, como os estudos de tradução, adaptação e validação desenvolvidos por Lautert (1995), por Tamayo (1996) descrito em Codo, Sampaio e Hitomi (1997), por Moura (1997, 2000), por Kurowski (1999), por Roazzi, Carvalho e Guimarães (2000) e por Carvalho (1995).

No Brasil, a maior aplicação de uma versão do MBI, que contou com cerca de 52.000 sujeitos de todo o território nacional, foi realizado por Codo (1999) em um estudo com educadores, e por esta razão essa versão tem sido a mais usada nos estudos acerca do *Burnout* no país.

### 5.2.3 - TRAUMATIZAÇÃO VICARIANTE

O termo traumatização vicariante (*Vicarious Traumatization*) surge a partir da tentativa de compreender os efeitos do trabalho com pessoas sobreviventes de situações traumáticas. A palavra “vicário” é de origem latina e tem como raiz o termo *vicariu*, que significa vicário ou vigário, que, de acordo com o dicionário da Língua Portuguesa Aurélio Buarque de Holanda (s/n) é um adjetivo que tem por definição literal “que faz às vezes de outrem ou de outra coisa”. Já o dicionário virtual da Universidade Oxford, define o termo em inglês (*vicarious*) de forma ainda mais esclarecedora - “ter sentido ou vivenciado algo apenas através da observação ou da leitura sobre alguém (ao invés de si mesmo) fazendo alguma coisa<sup>10</sup>”. O significado do termo traumatização vicariante é então, em outras palavras, a traumatização por observação ou por tomada de conhecimento sobre o trauma de outro – toma-se o lugar de outro em seu trauma passando também a vivenciá-lo.

O primeiro uso do termo é atribuído a McCann & Pearlman (1990, apud Collins & Long, 2003b; Dunkley & Whelan, 2006; Lérias & Byrne, 2003; Sexton, 1999; Baird & Kracen, 2006; Sabin-Farrell & Turpin, 2003) também responsáveis pela criação da Teoria construtivista do auto-desenvolvimento (*Constructivist self-development theory*) ou *CSDT*, que tem como objetivo compreender os efeitos complexos do processo de

---

<sup>10</sup> felt or experienced by watching or reading about somebody else doing something, rather than by doing it yourself.

traumatização, bem como as conseqüências nocivas aos profissionais que lidam com pessoas traumatizadas, em decorrência de seu envolvimento empático.

A *CSDT* é uma teoria da personalidade que surge a partir da necessidade de se ter uma explicação a respeito do impacto de um evento traumático (ou contexto traumático) no desenvolvimento pessoal do indivíduo (McCann e Pearlman 1990, apud Collins & Long, 2003b, Traumatic Stress Institute, 2006, Baird & Karen, 2006, Dunkley & Whelan, 2006, Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Integrando construtos vindos de teorias psicanalíticas, das teorias de aprendizagem social e da teoria do desenvolvimento cognitivista (Mahoney & Lyddon, 1988; Rotter, 1954; Rotter, 1954; Piaget, 1971 apud Saakvtine, Tennen & Afleck, 1998) a *CSDT* afirma que os seres humanos constroem suas próprias realidades pessoais que desenvolvem em uma estrutura cognitiva complexa e em constante evolução a qual Piaget denominou “esquema”.

Esses esquemas incluem crenças, suposições e expectativas que a pessoa tem a respeito de si e a respeito do mundo e que as permite a inserção de sentido em ambos (Hesse, 2002). Além disso, descreve que o desenvolvimento da personalidade é a interação entre as aptidões pessoais (relacionadas às relações primitivas do sujeito, com as ligações afetivas mantidas por ele e com os recursos de proteção do ego) e os esquemas e crenças existentes (construídos a partir das experiências acumuladas e suas significações) que são capazes de modelar a percepção (da maneira como se percebe e entende algo) relativa à experiência vivida. (Saakvitne, Tennen & Affleck, 1998).

A *CSDT* defende que o trauma e a forma como as pessoas os constroem (a forma como ele é contextualizado) é determinado pela dinâmica da percepção, da cognição e dos processos afetivos que envolvem a necessidade de cada um de criar um significado e de construir uma narrativa pessoal. (Coles, 1986, 1990; Frankl, 1959; van der Kolk, 1986, van der Kolk & MacFarlane, 1996 apud Saakvitne, Tennen & Affleck, 1998).

Em Sluski (1996 apud Saakvtine, Tennen & Afleck, 1998) é argumentado que, ao enfrentar situações de mudança é natural no ser humano a necessidade de encontrar os fundamentos de causalidade dos eventos, dando a eles um sentido lógico de tempo e espaço, dando a qualquer tipo de acontecimento uma ordem natural. Neste equilíbrio entre suposições existe uma margem de “variações toleráveis”, ou seja, de quanto pode acontecer dentro das fronteiras de uma realidade aceitável ou viável. A adaptação individual ao trauma é conseqüência da interação entre a personalidade e a história individual, considerando o evento traumático em seu contexto tanto social como

cultural e o seu significado (Epstein, 1985; Mahoney, 1981; Mahoney & Lynddon, 1988, apud Saakvtine, Tennen & Affleck, 1998).

A teoria enfatiza uma perspectiva progressiva, focada no desenvolvimento inicial do indivíduo, em sua própria maneira de viver, experimentar e interagir; cada indivíduo é afetado em sua forma única e particular. Ela também postula que experiências de trauma são reinterpretadas e reconstruídas durante os estágios de desenvolvimento subseqüentes. A *CSDT* vê os sintomas de quem sobrevive como uma estratégia adaptativa que se desenvolve para ser possível gerenciar sentimentos e pensamentos que ameaçam a integridade e a segurança do ego (Saakvtine, Tennen & Affleck, 1998).

É possível, nesta teoria, prever cinco áreas do *self* que podem ser afetadas por eventos traumáticos:

- i. ponto de referência (maneira usual de entender a si mesmo e ao mundo).
- ii. capacidades do *self* (a capacidade de reconhecer, tolerar e integrar afeto, bem como manter a conexão benevolente de si mesmo com os outros).
- iii. recursos do ego (necessário para conseguir as necessidades psicológicas de forma madura; especialmente as habilidades de ser auto-observador e o uso de habilidades sociais e cognitivas para a manutenção de relacionamento e para auto-proteção).
- iv. necessidades psicológicas centrais (refletidos no rompimento dos esquemas cognitivos relativos à: segurança, confiança, controle, estima e intimidade).
- v. sistemas de percepção e memória (que inclui adaptação biológica – neuroquímica - e experiência sensorial).

Essas cinco áreas refletem modos de organização da experiência vivida tanto de forma cognitiva quanto na forma da vivência da experiência em si. Em resposta ao evento traumático, o sujeito deve integrar o evento e seu contexto, bem como suas conseqüências em suas próprias crenças já existentes sobre si e sobre os outros. A passagem por um evento traumático coloca em cheque toda a noção de mundo a qual se está inserido, tornando-se necessário fazer uma reavaliação do mundo e de si mesmo como alguém novamente pertencente a este mundo (Saakvtine, Tennen & Affleck, 1998).

O mesmo acontece com aqueles que praticam o aconselhamento ou a psicoterapia: suas crenças e seus esquemas podem ser alterados pelo simples contato com a estória daqueles aos quais oferece ajuda. McCann & Pearlman (1990 apud Collins & Long, 2003a) citam exemplos de terapeutas que começam a manifestar os mesmos sintomas do estresse pós-traumático de seus pacientes traumatizados, como pesadelos, pensamentos intrusivos, hipervigilância, irritabilidade e suspeita dos motivos de outras pessoas. Embora estes terapeutas não sofrido o trauma por si mesmo, eles foram “contaminados” ou “infectados” pela exposição à longo prazo e/ou pela frequência da exposição às experiências traumáticas de seus clientes (Hafkenschied, 2005). São as desorganizações de esquemas que caracterizam a traumatização vicariante – por meio do compromisso empático dos terapeutas com o material traumático de seus clientes (Hesse, 2002; Baird & Kracen, 2006).

As crenças, suposições e expectativas que são desorganizadas ou modificadas são diferentes de um terapeuta para outro e dependem de dois fatores primordiais: aspectos do trabalho em si e aspectos intrínsecos a cada terapeuta em particular. De acordo com Hesse (2002) os aspectos do trabalho incluem a natureza da clientela, fatos específicos do evento, fatores organizacionais e problemas sócio-culturais. Aspectos do terapeuta incluem sua personalidade, seu histórico pessoal, as circunstâncias pessoais correntes e seu nível de desenvolvimento profissional. Isso sugere que cada sujeito possui uma forma específica de reagir baseada na interação complexa entre a pessoa, o evento traumático em si e o seu contexto de trabalho. (McCann & Pearlman, 1990 apud Collins & Long, 2003a; Pearlman & Saakvitne, 1995 apud Dunkley & Whelan, 2006).

Hesse (2002) ainda destaca que Pearlman e Saakvitne (1995) baseiam o entendimento da traumatização vicariante em suas próprias pesquisas e experiências pessoais no trabalho com sobreviventes de traumas, nas pesquisas sobre o tema já estabelecidas e nas discussões com terapeutas especialistas em trauma e outros que também trabalham com vítimas de trauma, como policiais, jornalistas, profissionais da área de emergência médica, etc. Saakvitne (2002) define a traumatização vicariante como a transformação de seu próprio *self* como resultado de um envolvimento empático com clientes traumatizados no contexto de uma relação de ajuda (McCann & Pearlman, 1990 apud Saakvitne, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995, apud Saakvitne, 2002; Pearlman & Mac Ian 1995, apud Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Por esse motivo, Pearlman & Saakvitne (1995 apud Sabin-Farrell & Turpin, 2003) colocam que “a traumatização vicariante pode afetar qualquer um que se comprometa empaticamente com sobreviventes de trauma – jornalistas, policiais, profissionais de pronto socorro,

profissionais de asilos ou abrigo, guardas penitenciários, pessoas pertencentes ao clero, advogados, pesquisadores e etc.

A CSDT quando aplicada ao terapeuta que lida com pacientes ou clientes traumatizados, é capaz de identificar os modos como o trabalho em si pode desorganizar o esquema que o terapeuta tem sobre si mesmo e sobre os outros, bem como o seu modelo mental, ou seja, o modo como este é habituado a apreender o mundo para si mesmo, como também o seu processo de memória e sua imaginação (McCann & Pearlman, 1993 apud Dunkley & Whelan, 2006; Baird & Kracen, 2006). Segundo essa teoria, foram identificados sete esquemas que possuem maior propensão de ser alterados na vivência da traumatização vicariante: 1) pontos de referência sobre si mesmo e sobre o mundo; 2) confiança; 3) segurança; 4) poder e controle; 5) independência; 6) estima; 7) intimidade.

O ponto de referência de alguém diz respeito a sua identidade, sua visão de mundo e sua espiritualidade. A traumatização vicariante faz com que os profissionais questionem sua própria identidade, seu papel e seu valor próprio (“Sou competente o suficiente para realizar este trabalho?”). A preocupação com o material traumático de seus clientes normalmente interfere na habilidade do terapeuta de ser absolutamente consciente e se envolver com suas próprias experiências de vida, causando uma dissociação em si mesmo e criando um distanciamento dos outros. À medida que o terapeuta escuta estória sobre incidentes horrendos sua visão de mundo e seus valores passam a se modificar. O profissional pode se tornar extremamente cético e perder o senso de esperança e otimismo na humanidade (“Como as pessoas podem ser tão cruéis?”). Este entorpecimento emocional pode ocorrer em consequência do sentimento de pena, choque, ódio e terror, podendo afetar inclusive a espiritualidade do profissional. Não consciente de si mesmo ou de algo além de si mesmo, o profissional se torna fechado na vivência desses sentimentos profundos de perda de esperança no *self* e entorno do *self*. No processo, métodos de defesa como a negação, a racionalização, isolamento, dissociação e projeção são empregados. Essas defesas servem para proteger o *self* do material prejudicial recebido por ele, mas pode também alterar seriamente a identidade do terapeuta (Pearlman & Saakvitne, 1995, apud Hesse 2002; McCann & Pearlman, 1999 apud Hesse, 2002).

Terapeutas que trabalham com sobreviventes de trauma podem também ter conhecimento sobre os atos de crueldade, decepção, traição ou violação de confiança por intermédio de seus clientes. Isso pode levar os profissionais a terem problemas sérios em relação à confiança, transformando-se em pessoas céticas, que suspeitam dos

motivos das outras pessoas ou que as vêem pessoas como não-merecedoras de confiança. Isso pode afetar profundamente a vida do terapeuta que pode passar a ver seus parceiros, parentes e amigos com esses olhos de desconfiança, da mesma forma que, assim como uma pessoa traumatizada quase sempre sente a perda de segurança, o senso de vulnerabilidade e de medo em relação tanto para si quanto para os outros pode aumentar.

Profissionais nestas situações podem se tornar paranóicos, na expectativa de que sejam também vitimados e podendo também perder a confiança em seus próprios instintos. Juntamente com isso, vem uma sensação de impotência no momento em que os clientes compartilham histórias de incidentes nas quais eles não tiveram qualquer controle ou poder no incidente. O profissional pode passar a sentir que ele deve ter controle na recuperação de seu cliente, o que é uma expectativa irracional. Isso pode levar, algumas vezes, o terapeuta a dar conselhos aos clientes ao invés de ajudar o cliente a entender suas reações às situações. A necessidade de poder e controle em frente aos sentimentos de impotência que surgem durante o trabalho diário de escuta podem levar o profissional a tentar controlar suas próprias relações. Isso pode engatilhar e causar ainda mais distresse e desordenar por completo o sistema social do terapeuta. Vítimas de trauma, bem como os profissionais que lidam com pessoas traumatizadas, podem sentir uma perda de independência como consequência do sentimento de vulnerabilidade e de perda de controle. (Pearlman & Saakvitne, 1995, McCann & Pearlman, 1999 apud Hesse, 2002).

Outro efeito da traumatização vicariante é a perda de estima, tanto por si mesmo quanto pelos outros. Com a desvalorização, as críticas e o ceticismo sobre as capacidades dos outros, o profissional pode passar a se questionar sobre seu próprio valor (“Quão bom eu sou se não posso ajudar as outras pessoas?”). A perda de confiança na humanidade que leva o profissional a se tornar cético também o leva a bloquear os sentimentos de intimidade tanto dele em relação aos outros quanto dos outros em relação a ele. Terapeutas podem se tornar emocionalmente indisponíveis para si mesmos e para os outros por sentirem investidos emocionalmente nas vidas dos clientes traumatizados. (Pearlman & Saakvitne, 1995; McCann & Pearlman, 1999, apud Hesse, 2002).

Pearlman & Saakvitne (1995, apud Hesse, 2002) colocam que as modificações nas capacidades do *self* incluem a incapacidade de manter uma auto-estima positiva enquanto há investimento em uma relação afetuosa podendo acarretar um entorpecimento e comportamentos que favorecem o entorpecimento, como o consumo

abusivo de álcool, a ingestão exagerada de alimentos, o gasto de dinheiro excessivo, o trabalho de forma excessiva, etc. Uma característica que reflete bem o fenômeno, no sentido de que há uma “captação” do trauma de outro é que muitas vezes os profissionais são perseguidos pelas imagens dos clientes durante o evento traumático. Esses pensamentos intrusivos podem permanecer mesmo após a seção ou podem surgir das maneiras e nos momentos mais inesperados (Pearlman & Saakvitne 1995, apud Sabin & Farrell, 2003).

Além das mudanças cognitivas, também são tidos como sintomas de Traumatização Vicariante vários dos sintomas descritos no Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), como por exemplo, a re-vivência do evento, a ocorrência de um comportamento de esquiva persistente (esquiva de estímulos que possam lembrar o evento e a esquiva de contato social) e aumento da excitação fisiológica (ansiedade, irritabilidade). (Baird & Jenkins, 2002; Lerias & Byrne, 2003).

“Lembranças intrusivas e outro sintomas do TEPT também ocorrem em decorrência do rompimento do sistema de memória de imagens do terapeuta, proporcionando dolorosas experiências de imagens e emoções associadas às memórias traumáticas do cliente. Esses efeitos podem ser profundos e duradouros. (McCann & Pearlman, 1990 apud Baird & Jenkins, 2002, p.424).

É interessante observar que McCann & Pearlman (1999 apud Hesse, 2002) sustentam que a traumatização vicariante pode ser vista como uma resposta natural do terapeuta aos desafios e abalos contínuos que seus valores e crenças sofrem durante seu trabalho, no entanto, esta resposta pode resultar em um decréscimo de motivação, de eficácia e de empatia (Dunkley & Whelan, 2006).

A *CSDT*, ao enfatizar os componentes específicos do *self* que são mais afetados pelos eventos traumáticos, identificando-os, torna possível alterar e fortalecer os mecanismos de cura (melhora) diante do trauma, permitindo o período de crescimento individual que o trauma proporciona após certo tempo. Assim, a teoria provê possibilidades tanto de identificar o estrago causado pela experiência do trauma, como também identificar qual a melhor estratégia para lidar com o trauma, de modo que o processo de amadurecimento após a experiência traumática seja favorecido (Saakvitne, Tennen & Affleck, 1998).

Em uma revisão de literatura sobre instrumentos de mensuração de traumatização secundária (Bride et al. 2007) relata a existência de dois instrumentos desenvolvidos com base no conceito de Traumatização Vicariante e da CSDT, a saber, o *World Assumptions Scale* (WAS) e o *Trauma Attachment and Belief Scale* (TABS).

O *World Assumptions Scale* (WAS), desenvolvido por Janoff-Bulman (1989), é um questionário que busca mensurar mudanças no esquema cognitivo associadas a experiências traumáticas. Bride et al. (2007), relata que o instrumento foi desenvolvido originalmente na tentativa de acessar as mudanças na percepção-de-mundo de indivíduos que foram traumatizados primariamente, no entanto, como o conceito de Traumatização Vicariante é em parte calcado no trabalho de Janoff-Bulman, Bride et al. (2007) argumenta que o instrumento é uma boa ferramenta para medir as distorções cognitivas que podem ocorrer em decorrência da Traumatização Vicariante. O instrumento é composto de 32 itens, divididos em 3 sub-escalas com 10 itens cada uma: “Benevolência do Mundo”, “O Sentido<sup>11</sup> do Mundo”, e o “Valor do eu<sup>12</sup>”. As respostas são registradas numa escala tipo likert de 6 pontos ancorada nos extremos que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

A escala de Benevolência do Mundo refere-se a crenças acerca do equilíbrio entre o bem e o mal, a felicidade e a infelicidade no mundo, assim como acerca da bondade das pessoas. A escala de Sentido do Mundo refere-se a crenças sobre justiça, sobre o grau de controle das conseqüências, e o papel da sorte. Por fim, a escala de Valor do eu, aborda crenças acerca do auto-valor, o papel dos comportamentos do sujeito nas conseqüências da sua vida, e a percepção de sorte pessoal.

Desenvolvido por Pearlman (2003) o *Trauma Attachment and Belief Scale* (TABS), formalmente conhecido como *TSI Belief Scale* (TSI-BS), é composto por 84 itens que procuram medir os danos causados pelos eventos traumáticos aos esquemas cognitivos. O instrumento divide-se em 10 escalas que correspondem as 5 áreas das nossas necessidades psicológicas: Controle, Estima, Intimidade, Segurança e Confiança. As escalas do TABS são: (1) auto-segurança, (2) segurança do outro (3) auto-confiança, (4) confiança no outro, (5) auto-estima, (6) estima pelo outro, (7) auto-intimidade, (8) intimidade com outro, (9) auto-controle, e (10) controle do outro.

Todos os itens são respondidos numa escala tipo likert de 6 pontos ancorada nas extremidades que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

---

<sup>11</sup> Meaningfulness

<sup>12</sup> Self as Worthy

Importante ressaltar, que apesar da literatura de Traumatização Vicariante estar basicamente focada na população dos terapeutas, entendemos que as mesmas condições, e, portanto, as mesmas conseqüências, apliquem-se a todos aqueles que lidem com a dor e o sofrimento alheio.

#### **5.2.4- CONTRATRANSFERÊNCIA**

Apesar de ser um dos conceitos fundamentais do campo analítico, a formulação do mesmo é uma das mais complexas e controversas entre as diferentes correntes psicanalíticas (Leitão, 2003); é por si só alvo de inúmeras discussões a respeito de seu significado e de seus componentes. No entanto, pode-se observar que na maioria das conceituações do fenômeno contratransferencial existem descrições sobre a vivência do terapeuta e suas respostas diante de sua clientela (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Diante da complexidade das formulações conceituais, faremos uma descrição de quatro linhas de compreensão a respeito do tema, apresentadas em artigo de revisão sobre o fenômeno de autoria de Leopoldo Gonçalves Leitão (2003), que se utiliza de uma descrição de conceitos feita por Louise de Urtubey (1994 cit. in Duparc, 2001, apud Leitão, 2003). Será feita uma breve descrição destes quatro conceitos, para que seja possível compreender o contexto da contratransferência dentro do tema em estudo.

O primeiro conceito apresentado é conhecido como conceito clássico, o qual foi primeiramente descrito por Freud (1910 apud Leitão, 2003). Nesta conceituação, a contratransferência é referida como sendo uma resposta emocional do analista aos estímulos provenientes do paciente. O fenômeno é entendido como algo alheio à análise, decorrente de conflitos neuróticos do terapeuta e tem a conotação de ser um fenômeno anormal e perturbador quando inserido no contexto terapêutico (Eizirik & Lewkowics, 2005, apud Eizirik et al., 2006). Este é, ainda, percebido com incredulidade e considerado como um resíduo não analisado do analista (Leitão, 2003).

“(…) nenhum psicanalista avança para além do quanto lhe permitem os seus próprios complexos e resistência interna; e nós, conseqüentemente, requeremos que ele inicie sua atividade por uma auto-análise, aprofundando-a continuamente, enquanto esteja a realizar as suas observações nos pacientes” (Freud, 1910, apud Leitão, 2003, p.176).

A segunda linha teórica apresentada é conhecida, de acordo com Eizirik et al. (2006), como conceito “totalístico”. Este foi proposto por Paula Heimann em 1949 (Eizirik et al., 2006; Klain & Paviae, 1999, Leitão, 2003) e foi de fundamental importância para o início da utilização analítica da contratransferência (Matos, 1978, in Leitão, 2003). Esta teoria enfatiza o valor positivo da contratransferência, concebendo-a como uma ajuda diagnóstica, uma ferramenta para o tratamento e para a compreensão do paciente. De acordo com Eizirik et al. (2006), a contratransferência é vista como todos os sentimentos e atitudes do analista em relação ao paciente; um evento normal dentro do processo analítico originado pelo paciente e transmitido ao analista por identificação projetiva quando o paciente é responsável pelo seu surgimento no analista. A autora colocou que “a contratransferência do analista é um instrumento de investigação para os processos inconscientes do paciente” (1949, in Leitão, 2003) e ainda que a necessidade premente do analista consultar a sua resposta emocional como a chave para aceder ao inconsciente do paciente, caso contrário suas interpretações seriam pobres (Leitão, 2003).

“(…) o inconsciente do analista entende o do seu paciente. (...) Na comparação entre os sentimentos nele despertados, com as associações e o comportamento do paciente, o analista obtém o melhor meio para verificar se por acaso entendeu ou não o seu paciente.” (Heimann, 1949, apud Leitão, 2003, p.176).

A terceira linha de fundamentação teórica da contratransferência citada é o que Eizirik et al. (2006) denominou de *conceito específico*, que diz respeito às reações específicas do analista às qualidades particulares do paciente. Os sentimentos pessoais do terapeuta que não se relacionam com a transferência do paciente ou com suas identificações projetivas, seriam consideradas as transferências do terapeuta. Para Eizirik (1993, apud Eizirik et al. 2006) “a contratransferência se manifesta quando é possível identificar que parte do *self* do paciente ou de suas fantasias está sendo colocada dentro da mente do terapeuta, provocando uma reação, idéia ou comportamento”. Este serve para compreender a situação analítica, isto é, a transferência e contratransferência são elementos que constituem um processo de trabalho (Eizirik et al. 2006; Leitão, 2003).

“Dessa forma, pôde perceber como é que paciente e analista, como sujeito e objeto (transferência e contratransferência) interdependentes que são, se juntam para formar um terceiro objeto. Ou seja, aquelas idéias, crenças e imaginações criadas por ambos, e que afetam as percepções e o pensamento dos dois” (Leitão, 2003,p.181).

Por fim, o único grupo teórico ao qual Eizirik et al. (2006) não se refere, porém é descrito no trabalho de Leitão (2003), é o que percebe a contratransferência como um evento neurótico, patológico, porém útil ao trabalho do terapeuta em sua própria análise. Esta teoria foi embasada por Racker (1960, apud Leitão, 2003), que se tornou um dos grandes nomes para o estudo da contratransferência a partir da apresentação de seu trabalho "A neurose de contratransferência" (1948, apud Patella, 2004) no qual este define o processo analítico em função dos seus dois participantes (analisando e analista). Racker (1960), de acordo com Etchegayen (1989, apud Leitão, 2003) descreve a neurose de contratransferência a partir de três parâmetros: no primeiro, o autor distingue as *reações contratransferenciais diretas* (aquelas estimuladas pelo próprio paciente) das *reações contratransferenciais indiretas* (quando o objeto da contratransferência não é o analisando, mas outros, como, um supervisor, um professor, colegas ou outros indivíduos significativos que exercem influência em seu modo de perceber e trabalhar com o paciente (Jacobs, 1999, Etchegoyen, 1989 apud Leitão, 2003); no segundo parâmetro o autor considera modos distintos de identificação que surge entre o analista e o analisando que conduz a duas formas de contratransferência possíveis, a *concordante* (onde os mecanismos de introjeção e de projeção permitem ao analista identificar o seu *ego*, de forma concordante com o *ego*, o *superego* e o *id* do paciente), e a *complementar* (que é produzida quando o analista se identifica com os objetos internos do paciente); o terceiro parâmetro se reporta a duas classes diferentes de vivência da contratransferência, as *ocorrências contratransferenciais* (que não implica em grande envolvimento do ego do analista, ou seja, pode aparecer em sonhos ou atos falhos do analista) e as *posições contratransferenciais* (que reflete o envolvimento profundo do ego do analista diante da experiência contratransferencial, quando este pode reagir com sentimentos de raiva, angústia ou preocupação frente a um determinado paciente) (Leitão, 2003; Patella, 2004).

De acordo com Maroda (1991, apud Klain & Paviae, 1999), que renova o conceito de Racker (1968, apud Klain & Pavie, 1999), “a transferência se desdobra em conjunto com a contratransferência. De uma perspectiva inter-pessoal, a contratransferência pode ser tão importante quanto a transferência, e a pessoa do terapeuta pode ser quase tão importante quanto a pessoa do paciente.” Este conceito de desdobramento duplo traz a idéia de que a contratransferência é um fenômeno multidimensional que inclui: reações afetivas (como culpa, vergonha, ansiedade e tensão) – que é resultante da capacidade psicobiológica do ser humano de ser empático; reações cognitivas (como fantasias e associações mentais, por exemplo); e tendência

para agir de maneira idiossincrática ou fundamentada nas necessidades do cliente como parte de um processo inter-pessoal contínuo (como reações de alegação pró-social ou de resgate). (Klain & Paviae, 1999).

Schwartz (1978) coloca que, geralmente, o termo “contratransferência” refere-se às reações emocionais conscientes e inconscientes do terapeuta em relação ao paciente, como visto anteriormente. Ela expõe que em várias definições (por exemplo, Curry, 1964; Hollis, 1972; Pearlman, 1957; Wood, 1971) é descrito principalmente o lado do profissional dentro da interação terapêutica, porém, em alguns trabalhos é colocado que certos tipos de clientes são capazes de evocar as chamadas reações ‘contraterapêuticas’ no profissional. A autora utiliza como exemplo algumas categorias específicas de pacientes psiquiátricos que supostamente provocam reações especiais de contratransferência naqueles com quem trabalham. MacKinnon e Michels (1971, in Schwartz, 1978) discutem as características dos pacientes, mais do que a do próprio terapeuta, dos problemas de contratransferência especiais encontrados em trabalhadores que lidavam com depressão, histeria, fobias e sociopatias. Outro ponto importante que a autora coloca é que clientes em um determinado estágio da vida também são vistos como supostos provocadores de reações emocionais problemáticas em uma parte dos terapeutas, ou seja, adolescentes, casais de meia idade, pessoas de idade ou o paciente que está morrendo. Em experimento produzido pela autora, constatou-se que os clientes os quais os profissionais tinham dificuldades de envolver-se ou de relacionar-se, geralmente evocavam respostas negativas e provocavam rejeição pelo fato de despertarem o que era particularmente vulnerável e defensivo em outras pessoas. (Schwartz, 1978).

Cada vez mais os analistas reconhecem o fenômeno em sua complexidade, bem como seu conteúdo que deriva de projeções do paciente, da psicologia do analista (incluindo aspectos de sua personalidade e história) e da relação transferencial-contratransferencial presente no momento (Leitão, 2003). O conceito tem sido expandido consideravelmente e, para Schwartz (1978, p.205), para que seja possível conhecer as reações dos pacientes, devem ser examinados os tipos de clientes que provoquem sentimentos de defesa no profissional e as vulnerabilidades especiais que o próprio terapeuta traz ao encontro terapêutico, “portanto, para ser efetivo quando lida com pacientes deste tipo, o profissional tem o dever especial de descobrir as maneiras que ele ou ela podem ser suscetíveis a eles”.

### 5.2.5 - CONTRATRANSFERÊNCIA TRAUMÁTICA

Dentro da literatura encontrada para a descrição de contratransferência, é notável a preocupação no que diz respeito ao trabalho com pessoas em situação de trauma. Herman (1992, in Somer et al., 2004) introduz o conceito de contratransferência traumática partindo do princípio de que a contratransferência é parte do processo terapêutico como um sinal de acolhimento afetivo e empático, porém, tratando-se de pacientes em recuperação de traumas, o analista pode passar a partir de seu envolvimento, a demonstrar uma série de reações negativas, como identificar-se com sua situação de desamparo, pena, vulnerabilidade pessoal e fúria. A contratransferência traumática envolve também sentimentos de prostração, imagens dolorosas e pensamentos relacionados ao sobrevivente do trauma que impede a capacidade do terapeuta de ser objetivo ou totalmente presente na relação de ajuda (Herman, 1992, apud Arthur, 1998). A menos que isso seja compreendido e contido, essa situação pode, em longo prazo, ter efeitos negativos em sua vida profissional, pessoal e em sua relação terapêutica (Herman, 1992, apud Sabin-Farrel & Turpin, 2003).

“Às vezes os terapeutas são os primeiros a terem acesso a sentimentos dissociados, como raiva, tristeza, vergonha e insegurança, mas que correm o risco de serem impulsivamente atuados se não reconhecidos e processados pela dupla. A experiência de dor do paciente permite ao terapeuta compreender sua realidade de forma profunda e intensa, o que, além do efeito benéfico no estabelecimento das relações terapêuticas, pode também gerar respostas contratransferenciais poderosas e complicadas, comuns durante o atendimento de tais pacientes.” (Pearlman & Saakvitne, 1995 apud Eizirik et al. 2006,p.317).

Eizirik et al. (2006) apontam que o contato com vítimas de traumas comumente gera sentimentos contratransferenciais intensos em quem os atende, não só por estarem frente a pessoas em grande sofrimento psíquico, como também pelo fato de as situações traumáticas deixarem evidentes a fragilidade e a impotência também dos profissionais como pessoas comuns.

A contratransferência no trabalho com a pessoa traumatizada é geralmente considerada como sendo particularmente poderosa, complexa, e problemática para os clínicos (Agger & Jensen, 1994; Auerhahn et al., 1993; Herman, 1992; Lindy & Wilson, 1994; Maxwell & Sturm, 1994; Neuman & Gamble, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995; Pines, 1986; Sinason, 1991; Smith, 1994 apud Arnold et al., 2005).

Wilson e Lindy (1994 apud Arnold et al., 2005) propuseram que a intensidade da resposta afetiva do cliente ao trauma, a natureza altamente chocante e a frequência das histórias traumáticas contadas para o terapeuta tendem a eliciar reações negativas de

contratransferência. Essas reações levam a uma “tensão empática” o que torna difícil para o terapeuta proporcionar essa ligação empática enquanto deve manter-se em um limite apropriado entre si e o paciente e a objetividade no processo terapêutico.

As reações problemáticas caem em duas categorias principais: reações que envolvem a remoção ou a repressão da empatia (por exemplo: negação, esquiva, desapego, ou minimização do material traumático) e reações que envolvem confusões em vista do apego empático (por exemplo, super-identificação com o cliente ou super-idealização do mesmo). Esses dois tipos de respostas podem ser acompanhados por sentimentos de dúvida em relação a si mesmo, ansiedade e insegurança sobre sua própria capacidade de ser útil aos sobreviventes de traumas (Wilson & Lindy, 1994, apud Arnold et al., 2005). Essas respostas comportamentais (tanto conscientes quanto inconscientes) e emocionais são voltadas contra o paciente, contra o material que este leva para a terapia, contra as representações do analista, bem como contra a transferência em si. (Gabbard, 2001; Norcross, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1995, apud Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Figley (2002) ainda complementa que, como uma forma de se defender das histórias de conteúdo traumático do sobrevivente, os terapeutas podem: passar por uma dissociação de idéias, manter-se distantes, questionar a viabilidade da história que está sendo contada, vivenciar respostas somáticas e ficarem abatidos moralmente com os sentimentos de mágoa, de pesar ou de desamparo.

Para Danielli (1996, apud Salston & Figley, 2003), a situação piora quando o conteúdo da história traumática do cliente “toca” de alguma maneira em uma experiência traumática pessoal. Arthur (1998) citando uma frase de Freud (1930) diz que o verniz que encobre a civilização é bastante fino, e argumenta que é justamente com a realidade da vida encoberta da civilização que o terapeuta se depara. Este autor coloca em questão os profissionais que trabalham com pessoas que passaram por situação de abuso, dando relevância ao fato de que, quando a história de abuso do paciente tem algum eco em uma questão pessoal não resolvida do analista (principalmente se envolver algum tipo de trauma), este, se não encontra apoio institucional, ou ainda, se enfrenta uma carga de trabalho com pacientes traumatizados muito grande, ele não é capaz de gerenciar o processo contratransferencial, podendo transformá-lo em uma contratransferência traumática. Os efeitos deste movimento, de acordo com Danielli (1996, apud Salston & Figley, 2003), são: o entorpecimento ou a paralisação do profissional como forma de defender-se, não ouvindo a história do cliente.

De acordo com Stebnicki (2000), no geral a literatura sugere que a contratransferência nas relações de ajuda deve ser vista como um resultado natural do cuidado dos profissionais às pessoas que necessitam de ajuda terapêutica. Afinal de contas fica clara a importância da relação empática entre paciente e terapeuta no contexto analítico.

“(…) a transferência é possível somente se o analista for sensível às emoções (que o paciente transfere). Se a teoria ou sua personalidade evitam que o mesmo sinta as mesmas emoções (do paciente) na situação clínica, então nada pode permitir que o paciente transfira suas emoções para o analista”. (Stein, 1991 apud Klain & Paviae, 1999, p.466).

Independente de ter que confrontar a contratransferência clássica ou a traumática, o terapeuta deve possuir uma estrutura de personalidade saudável, sendo capaz de controlar a ansiedade, empregar ativamente habilidades conceituais, ser capaz de manter a empatia enquanto desprende-se do processo de identificação e trabalhar no sentido de trazer material inconsciente ao esclarecimento consciente para gerenciar efetivamente a contratransferência (Hayes, Gelso, Van Wagoner & Diemer, 1991, apud Salston & Figley, 2003).

Para a maioria dos autores (Collins & Long, 2003a; Salston & Figley, 2003; Stebnicki, 2000; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Hesse, 2002; Arnold et al., 2005) a contratransferência ou a contratransferência traumática não podem ser consideradas como uma conceituação idêntica aos demais nomes utilizados para identificar o processo de adoecimento do profissional que lida com pessoas que vivenciaram algum tipo de trauma, mas sim como parte da evolução do quadro de traumatização secundária (discutiremos algumas diferenciações mais abaixo).

Uma maneira simplificada de compreender esse fator é na teorização de Arnold et al. (2005), que categorizam os prejuízos causados pelo trabalho com pessoas traumatizadas em duas formas: a primeira é relativa aos profissionais que respondem consciente ou inconscientemente a clientes durante uma sessão de terapia particular – um fenômeno relativamente transitório conhecido como contratransferência (Herman, 1992; Lindy & Wilson, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995 apud Arnold et al. 2005); e a segunda diz respeito às mudanças permanentes no terapeuta, que resultam do compromisso com o material traumático dos clientes e não são específicos para a diade terapeuta-cliente - mudanças que são descritas em termos de Fadiga da Compaixão, uma condição parecida com a da TEPT (Figley, 1995), e de traumatização vicariante (McCann & Pearlman, 1990 apud Hesse, 2002). Conceitos esses que já expomos acima.

## 5.2.6 - ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO & TRANSTORNO DE ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO

O *Estresse Traumático Secundário* (ETS) refere-se à resposta adaptativa normal e natural que temos diante de eventos anormais ou incomuns (Figley, 1995; Yassen, 1995; Beaton & Murphy, 1995). Dito de outra forma, o ETS é o Estresse eliciado de forma secundária, ou seja, um processo adaptativo natural que não é eliciado de forma direta, e sim vicariante.

Por sua vez, o *Transtorno de Estresse Traumático Secundário* (TETS) refere-se à ocorrência de efeitos negativos em resposta ao ETS. Ou seja, o TETS seria uma resposta não funcional, uma resposta não adaptativa a um eventual ETS. E enquanto o ETS é inevitável, por ser uma resposta adaptativa normal do organismo, a TETS seria plenamente passível de prevenção (Yassen, 1995).

Segundo Harris (1995) o processo que leva do ETS ao TETS envolve cinco estágios. No primeiro estágio o sujeito entra em contato com o evento traumático e então se confronta com o ETS. Esse estágio é caracterizado por deliberações acerca do que ocorreu. É quando o sujeito apresenta comportamentos e sentimentos que são naturais a todos aqueles que passam por um evento traumático.

O segundo estágio (chamado de período de segurança) é caracterizado pelo sentimento de “finalmente tudo passou”. Nesse estágio as conseqüências da experiência traumática apesar de se extinguirem fisicamente, permanecem no âmbito emocional.

No terceiro estágio (Assimilação, Integração) o sujeito se esforça para assimilar, e integrar de forma eficaz a ocorrência do evento traumático à sua visão-de-mundo, à sua perspectiva acerca da realidade. Se o sujeito consegue realizar a assimilação desse evento, ele se mantém saudável e avança para o quarto estágio, o estágio da Integração Bem Sucedida.

Porém, se o sujeito não consegue realizar a assimilação de forma eficaz, ele avança para o quinto estágio (Integração Mal Sucedida). No quinto estágio o sujeito passa a retornar para o terceiro estágio onde ele tentará novamente fazer uma integração do evento traumático. Esse estágio é o chamado de TETS agudo. Se, no entanto, o sujeito passa a repetir várias vezes o retorno ao terceiro estágio, sem obter sucesso na acomodação do evento traumático, passa-se a ter um quadro de TETS crônico.

Vários autores fazem referencia a Figley (1995) como sendo o primeiro a utilizar o termo ‘Estresse Traumático Secundário’(ETS). Ele teria inaugurado o termo ao entender que na descrição do Transtorno de Estresse Pós-Traumático do DSM-III, havia

uma clara sugestão de que o simples conhecimento de que um ente querido foi exposto a um evento traumático era suficiente para causar um quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. (Dunkley & Whelan,2006; Abendroth, 2005; Arvay,2001; Baird & Jenkins,2002; Collins & Long,2003a; Hesse,2002; Stamm,1997). E, desta forma, para referir-se a esse aspecto pouco estudado do TEPT, Figley fez uso do termo “Estresse Traumático Secundário”.

Dito de outra forma, Figley (1995) entendeu que para a ocorrência de um *estresse traumático* poderia haver duas situações. Uma em que o sujeito era afetado primariamente pelo evento ameaçador, (Estresse Traumático Primário) e outra onde o sujeito era afetado secundariamente ao tomar conhecimento que um ente querido havia sido exposto ao um evento ameaçador (Estresse Traumático Secundário).

“A diferença fundamental entre o Transtorno do Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Estresse Traumático Secundário, parece estar na posição do estressor: No Transtorno do Estresse Pós-Traumático, o estressor deve lesar ou ameaçar diretamente a pessoa (estressor primário), e no Transtorno de Estresse Traumático Secundário, o estressor é o indivíduo traumatizado que foi exposto à ameaça (estressor secundário).” (Arvay, 2001, p.286).

Desta forma, Figley (1995) defende que o Transtorno de Estresse Traumático Secundário (Secondary Traumatic Stress Disorder – STSD) seria equivalente ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático descrito no DSM-III, diferindo-se pelo contato secundário com o evento estressor.

No entanto, apesar dos fenômenos serem conceitualmente semelhantes, Figley (1995) alerta para o fato de que os efeitos, e as seqüelas deixadas nos indivíduos traumatizados são distintos entre os dois fenômenos. Ou seja, os indivíduos traumatizados primariamente e secundariamente manteriam diferenças importantes no que tange as suas respostas a tais eventos. Além disso, o processo pelo qual ocorre a traumatização primária é bastante diverso do processo pelo qual um indivíduo e traumatizado secundariamente.

Figley (1995) argumentou que apesar do grande avanço que a inclusão do Transtorno do Estresse Pós-Traumático no DSM-III trouxe para o estudo do fenômeno da traumatização psicológica, pouco havia sido estudado em relação ao sofrimento das pessoas que entraram em contato com o sofrimento de outras pessoas, ou seja, pessoas que entraram em contato com um estressor secundário. E por essa razão, o trabalho de Figley tem se concentrado no estudo da traumatização secundária.

“Após mais de uma década de aplicação do conceito e de duas revisões do DSM, é chegada à hora de considerarmos o aspecto menos estudado e menos entendido do estresse traumático: o estresse traumático secundário.” (Figley, 1995, p.7).

Sendo assim, o Estresse traumático Secundário é definido como sendo resultante da tomada de conhecimento da ocorrência de um evento traumático com um ente querido, ou o estresse resultante do ato de ajudar, ou querer ajudar uma pessoa traumatizada. (Figley, 1995; Abendroth, 2005; Arvay, 2001; Collins & Long, 2003a; Cukier, 1999; Saakvitne, 2002).

Segundo Cukier (1999, p.3) estão sujeitos ao *Transtorno do Estresse Traumático Secundário*<sup>13</sup> “todos os profissionais que têm na empatia a sua ferramenta fundamental de trabalho e todas as pessoas que estão em contato regular com pessoas traumatizadas. São as ‘profissões de ajuda ao outro’ tais como, bombeiros, policiais e militares, equipes de resgate e emergências, e todas as profissões ligadas à saúde, tais como enfermagem, medicina, e especialmente a psicologia e a psiquiatria”.

### **5.2.7 - ESTRESSE POR COMPAIXÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO**

O termo “Fadiga por Compaixão” foi cunhado por Joinson (1992) em seu estudo sobre *Burnout* de enfermeiras que trabalhavam no setor de emergência (Sabo, 2006; Abendronth, 2005; Colling & Long, 2003; Salston & Figley2003; Keidel, 2002). Porém, Joinson ao usar o termo, ainda não tinha a intenção de criar um novo conceito ou definir um novo fenômeno. O emprego deste termo, por ela ocorreu, na sua tentativa de qualificar as especificidades do *Burnout* que ele percebera em seu estudo. O que ela acreditava tratar-se de tipo específico de *Burnout* que provinha do vínculo empático que esses profissionais eram obrigados a formar devido às especificidade do seu trabalho de ajuda. O próprio Figley, que posteriormente empregou o termo para se referir a um fenômeno distinto do *Burnout*, assume já ter usado o termo “*Burnout*” para se referir ao fenômeno da Traumatização Secundária, ou dito de outra forma, da “Vitimização Secundária”. (Figley, 1983a apud Figley, 1995).

---

<sup>13</sup> Cukier (1999) e alguns autores usam “Transtorno do Estresse Pós-Traumático Secundário”. No entanto, Figley (1995) argumenta que o uso do “pós” é desnecessário, uma vez que um trauma só pode ocorrer posteriormente ao evento estressor. Considerando essa argumentação, decidimos também não fazer uso do prefixo “pós”.

Apesar de grande parte das referências sobre Fadiga por Compaixão apontarem para Figley (1995) como sendo o registro mais antigo, Stamm (1997) relata ter sido em 1991, em seu livro intitulado “Helping Traumatized Families”, que Charles Figley empregou pela primeira vez o termo “Fadiga por Compaixão” ao tratar sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Posteriormente então, o termo foi empregado por Figley para descrever uma reação ao *Estresse Traumático Secundário (ETS)*, reação esta que por sua vez, é resultante do ato de ajudar ou querer ajudar uma pessoa que foi vítima de um evento traumático. (Abendronth, 2005; Colling & Long, 2003; Salston & Figley 2003; Schauben & Fraizer 2001; Huggard, 2003; Maytum & Garwick, 2004; Schwam, 1998).

Como podemos notar, a definição Conceptual da “Fadiga por Compaixão” em nada se difere da definição conceptual do “Transtorno de Estresse Traumático Secundário - TETS”. Ambas são conseqüências comportamentais e emocionais resultantes do conhecimento de que um evento traumático ocorreu com alguém que quem nos importamos. (Figley, 1995).

“A Fadiga por Compaixão é idêntica ao Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS) e é equivalente ao TEPT”. (Figley, 1995, p. xv).

Já o termo “Estresse por Compaixão” parece ter sido criado pelo próprio Figley (1995), inspirado no termo cunhado por Joinson. O *Estresse por Compaixão* seria correlato do ETS (Estresse Traumático Secundário), da mesma forma que a Fadiga por Compaixão é correlato do TETS (Transtorno de Estresse Traumático Secundário). (Figley & Salston, 2003).

“O Estresse por compaixão é definido como sendo o estresse que está conectado a exposição a alguém que sofre.” (Figley, 1995, p.252).

“A Fadiga por Compaixão é definida como sendo um estado de exaustão e disfunção – biológica, psicológica, e social – resultante da exposição prolongada ao estresse por compaixão e a tudo que ela evoca.” (Figley, 1995, p.253).

Tal relação faz todo o sentido, uma vez que de acordo com a teoria sobre estresse (da qual toda essa discussão deriva-se) um quadro prolongado de estresse pode levar a um quadro de fadiga, exaustão, esgotamento. Logo, deve preceder à Fadiga por Compaixão um quadro de Estresse por Compaixão.

Sendo assim, Figley (1995) sugere o uso do termo “Fadiga por Compaixão” como uma alternativa ao termo “Transtorno de Estresse Traumático Secundário”, argumentando que este é um termo menos “patologizante” e mais amigável, além de deixar claro que o que está em jogo nesse processo é o vínculo empático (Sabo, 2006; Bride et al, 2007).

Como os termos proposto por Figley têm suas raízes no conceito abstrato de “compaixão” é importante que analisemos por um instante a definição desse conceito. Figley (1995) e Colling & Long (2003a) citam a edição de 1989 do *Webster’s Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language* para este propósito.

“um sentimento de profunda empatia e pesar por outrem que é acometido por sofrimento ou infelicidade, que é acompanhado por um forte desejo de aliviar a dor ou remover a sua causa” (p.299).

Já o dicionário virtual da Universidade de Oxford define compaixão como sendo “um forte sentimento de empatia por pessoas que estão sofrendo e um desejo de ajudá-las”. Em português o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis define compaixão da seguinte forma: “Dor que nos causa o mal alheio; comiseração, dó, pena, piedade.” Em oposição, a falta de compaixão é definida como “falta de piedade” e “indiferença” (Figley, 1995).

Sendo assim, a questão central da *Fadiga por Compaixão*, e do *Estresse por Compaixão* é que trabalhar com pessoas em sofrimento traz a necessidade de uma vinculação empática, vinculação essa que ao mesmo tempo em que é necessária para a realização desse tipo de trabalho, também coloca o trabalhador em risco de sofrimento, algo que é comumente discutido pela literatura sob o nome de “o custo do cuidar”.

Figley (1995, p.1) diz: “Existe um custo no cuidar. Profissionais que escutam relatos de medo, dor, e sofrimento de seus pacientes, devem sentir medo, dor e sofrimento similares, simplesmente porque eles se importam.”

Segundo Abendronth (2005) o processo tem seu início quando o profissional é exposto ao paciente, e passa a entrar em contato com toda a energia emocional que provém da dor e do sofrimento do paciente. Diante do paciente o profissional então passa a sentir uma “preocupação empática” que é a força motivadora que o leva a atender adequadamente o paciente.

No atendimento ao paciente o profissional fará uso de suas habilidades empáticas para conseguir entender melhor o que se passa com o paciente. Habilidade essa que é crucial para o ato de ajudar. A habilidade empática é a habilidade de notar a dor do outrem, de imaginar os sentimentos e os pensamentos que o outro deve estar

vivenciando. Ela fornece informações importantíssimas que acabam por balizar o processo de ajuda. Porém, com esse intuito, muitas vezes acabamos nos projetando, nos colocamos na pele do outro, o que nos faz experimentar fortes emoções, emoções muito similares aquelas que o outro está sentindo. (Figley, 1995, 2002). Sendo assim, a habilidade que nos possibilita ajudar acaba sendo a mesma habilidade que nos coloca em risco de nos desgastarmos, de ficarmos esgotados de tanto nos compadecermos.

Além disso, o mesmo processo empático que possibilita a *traumatização secundária* também abre outras portas. Salston & Figley (2003) argumentam que não só os profissionais envolvidos em trabalhos ligados ao cuidado e a ajuda podem ser afetados pela *Fadiga por Compaixão*, como também todos aqueles que fazem parte do suporte social do profissional. Ou seja, os familiares, os amigos desses profissionais, também podem ser afetados uma vez que eles sentirão também compaixão pelo profissional se este estiver em sofrimento.

Segundo Cerney (1995 apud Salston & Figley, 2003) esses profissionais podem traumatizar seus familiares da mesma forma que as vítimas de trauma algumas vezes causam trauma aqueles que estão ao seu redor. No caso dos profissionais, isso ocorreria devido a um distanciamento, um embotamento emocional que os profissionais podem apresentar em decorrência do sofrimento que eles podem sentir. Dutton & Rubinstein (1995 apud Salston & Figley, 2003) explicam que este distanciamento, este isolamento, ocorre, pois o profissional acredita que ninguém é capaz de entender o seu sofrimento, o estresse pelo qual ele está passando. Tais afirmações encontram suporte nos dados de Dunning & Silva (1980 apud Murphy & Beaton, 1995) que mostram que profissionais ligados ao trabalho de resgate de vítimas possuem maiores taxa de brigas conjugais do que as encontradas na população em geral.

Quanto aos sintomas da *Fadiga por Compaixão*, parece não haver diferenças significativas entre os sintomas relativos ao *Transtorno do Estresse Pós-Traumático*, e a *Traumatização Vicariante*. Sendo assim a re-vivência do evento traumático, a esquiva de contato com elementos que possam lembrar o evento, e a persistência de um quadro de ansiedade são relatados como sendo os sintomas mais característicos. (Abendroth, 2005).

“Mencionando a considerável similaridade entre o critério de diagnóstico do Transtorno do Estresse primário e secundário, ele (Figley) afirma que intrusões (ex. flashbacks, lembranças, sonhos), esquiva (ex. esquiva de pensamento/sentimentos, esquiva de atividades, distanciamento dos outros, e diminuição do afeto) e Hiper-excitação (ex. dificuldade para dormir/continuar dormindo, hipervigilância, irritabilidade), são os sintomas vivenciados pelos terapeutas.” (Steed & Bicknell, 2001, p.2).

Sendo assim, parece que a grande diferença da *Fadiga por Compaixão* em relação ao *Transtorno do Estresse Pós-traumático* e a *Traumatização Vicariante* fica por conta da ênfase na atividade empática dentro do processo de traumatização secundária. Acredito que isso também se faz notar na construção dos instrumentos até então elaborados para mensurar a traumatização secundária.

Apesar de ser relativamente recente o estudo da traumatização secundária, a área já conta com o desenvolvimento diversos instrumentos de mensuração. Recentemente Bride, Radey & Figley (2007) fez uma revisão dos instrumentos criados para mensurar tal fenômeno, e nesse trabalho ele contabilizou sete instrumentos.

No entanto, dos sete instrumentos contabilizados, apenas cinco deles foram construídos para medir especificamente traumas secundários. São eles:

- Compassion Fatigue Self Test (Figley, 1995)
- Compassion Satisfaction and Fatigue Test (Figley & Stamm, 1996)
- Compassion Fatigue Scale (Gentry et al., 2002)
- Secondary Traumatic Stress Scale (Bride et al., 2004)
- Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2005)
- Compassion Fatigue – Short Scale (Adams et al., 2006)

O *Compassion Fatigue Self Test* (CFST) foi o primeiro instrumento desenvolvido com o propósito de mensurar a traumatização secundária. Foi construído pelo próprio Charles Figley e está publicado em sua totalidade em Figley (1995). Por ter sido o primeiro instrumento desenvolvido para este propósito, o CFST é o instrumento que possui o maior número de estudos já publicados. Porém, devido a vários problemas de construção, vem sendo abandonado. O instrumento possui 40 questões tipo likert, em que cada questão varia em razão da frequência, indo de 1 = Raramente/Nunca a 5= Muito frequente. O instrumento subdivide-se em 2 escalas : *Fadiga por Compaixão* (23 itens) e *Burnout* (17 itens).

O *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT) é um desenvolvimento do pioneiro (CFST). Desenvolvido por Figley em parceria com Stamm, traz como grande novidade a inserção de uma categoria positiva, a 'satisfação por compaixão'. Categoria essa que é uma clara influencia do trabalho de Stamm, que propôs que a satisfação por compaixão seria o contrapeso da fadiga por compaixão, ou seja, aquilo faz com que a maioria dos profissionais não adoça. O CFST é composto por 66 questões que se distribuem em três sub-escalas (Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão e *Burnout*), sendo suas sub-escalas compostas por 26,23 e 16 itens respectivamente.

O *Compassion Fatigue Scale* (CFS) desenvolvido por Gentry, Baronowsky, e Dunning (2002) é baseado no CFST, sendo composto por 30 questões que se subdividem em duas escalas: Fadiga por Compaixão (22 itens) e *Burnout* (8 itens). Diferentemente do CFST no CFS o respondente indica numa escala de 0 a 10 o quanto cada item se aplica ao seu caso.

Construído por Bride, Robinson, Yegidis, e Figley, o *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) é composto por 17 itens distribuídos em 3 sub-escalas : intrusão (5 itens), esquivia (7 itens) , e excitação fisiológica (5 itens). O STSS apesar de ser consistente com o CFST adota uma abordagem diferente, se concentrando apenas na sintomatologia descrita no DSM acerca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Desenvolvido por Stamm, o *Professional Quality of Life Scale* (ProQol) é na verdade o desenvolvimento do CSFT. O ProQol, apesar de manter as 3 sub-escalas originais do CSFT, teve seu número de itens bastante reduzido. Se o CSFT contava com 66 itens, o ProQol conta apenas com 30 itens, sendo 10 itens em cada fator. O desenvolvimento do ProQol foi uma tentativa de melhorar as características psicométricas do CSFT sem perder no entanto a concepção teórica subjacente ao CSFT.

E mais recentemente temos o *Compassion Fatigue – Short Scale*, que se trata de um aprimoramento do CFS. Este instrumento conta com 13 itens, sendo 8 itens de *Burnout* e 5 itens de Trauma secundário.

Como podemos notar, apesar do estudo sobre Fadiga por Compaixão ser relativamente novo, grandes esforços foram empregados no desenvolvimento de instrumentos de mensuração, o que mostra que há uma clara preocupação dos autores envolvidos nesse assunto em não só estudarem o fenômeno, como também em desenvolverem instrumentos.

## 5.3 - DISCUSSÃO

### 5.3.1- *BURNOUT*, TRAUMATIZAÇÃO VICARIANTE, CONTRATRANSFERÊNCIA, TRANSTORNO DE ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO, FADIGA POR COMPAIXÃO: FENÔMENOS DISTINTOS OU IDÊNTICOS?

Quando começamos a estudar sobre o assunto, a primeira grande dificuldade que encontramos na compreensão dos textos foi de entender se quando os autores usavam termos diferentes eles estavam se referindo a fenômenos distintos, ou a fenômenos idênticos que podiam ser denominados com qualquer um dos termos de forma intercambiável.

Encontramos por exemplo, enormes dificuldades para entender se os autores admitiam semelhanças entre *Burnout* e os demais termos, se eles admitiam diferenças, ou se eles simplesmente usavam os termos como sinônimos. Isso porque os autores que tentavam mostrar as diferenças, não conseguiam traçar de forma clara, e os autores que viam algumas semelhanças, não conseguiam também deixar claro quais eram as diferenças, e os que usavam os termos como sinônimos deixavam a confusão da forma que estava. E como se não bastasse, encontramos também autores que estabeleciam a Fadiga por Compaixão como um preditor de *Burnout* e outros que afirmavam que Fadiga por Compaixão era a soma de ETS e *Burnout*.

Porém se a falta de clareza se restringisse as concepções de *Burnout* e Fadiga por Compaixão, a tarefa seria menos árdua. Com o decorrer das leituras percebemos que a mesma confusão conceitual se estendia aos demais conceitos empregados na área. E da mesma forma, encontramos aqueles que defendiam que todos eram sinônimos, os que defendiam uma diferença entre eles sem conseguir distingui-los de forma apropriada, e aqueles que defendiam a existência de inter-relações entre os conceitos.

Por isso, com o avançar dos estudos, começamos a acreditar que na verdade havia ainda uma falta de clareza na área. Que na verdade não havia ainda um consenso entre os autores, e que nenhum deles havia ainda conseguido resolver de forma satisfatória essa mistura conceptual e terminológica. No entanto, sabíamos que para que pudéssemos defender tal opinião, precisávamos de duas coisas: estar muito informados sobre os textos produzidos para poder demonstrar a falta de clareza, ou achar outros autores que também percebessem essa falta de clareza.

Como estar totalmente seguro ou estar totalmente informado, totalmente a par de todos os textos sobre um assunto é tarefa muito difícil, resolvemos que o melhor seria obter as duas coisas: ter uma boa gama de textos para demonstrar a falta de clareza que estávamos percebendo, e encontrar alguns autores que percebessem o mesmo acontecimento.

Sendo assim, examinaremos nessa sessão a falta de clareza no uso dos termos e dos conceitos, assim como os esforços já empregados na definição e distinção dos mesmos.

### **5.3.2 - A FALTA DE CLAREZA TERMINOLÓGICA E CONCEPTUAL**

Como já expusemos, acreditamos que o campo da traumatização secundária sofre de uma falta de clareza conceptual e terminológica. Mais adiante, detalharemos os aspectos que nos fazem ter essa percepção. Antes, devemos mostrar outros autores que parecem comungar da mesma opinião. Dunkley & Whelan (2006) constataram que o uso freqüente, na literatura, dos termos TETS, Fadiga por Compaixão de forma intercambiável com o termo Traumatização Vicariante tem causado uma confusão considerável. Em sua revisão de literatura Sabin-Farrell & Turpin (2003) também constataram que “*Burnout*”, “Fadiga por Compaixão”, “Estresse Traumático Secundário” e “Traumatização Vicariante” têm sido usados como sinônimos. Também reconheceram que devido à confusão no emprego dos termos e dos conceitos, vários autores vêm tentando fazer uma distinção entre eles. Finalmente, Hafkenscheid (2005) usando como base Sabin-Farrell & Turpin (2003) também reconhece a confusão entre os conceitos.

#### **5.3.2.1- Estresse por Compaixão & Fadiga por Compaixão versus Estresse Traumático Secundário (ETS) & Transtorno do Estresse Traumático Secundário (TETS).**

Vimos anteriormente, que Figley (1995) sugere o uso de uma nova nomenclatura por acreditar que além de serem termos mais amigáveis, eles carregam nos seus nomes uma referencia ao aspecto central envolvido na traumatização secundária, a empatia, a compaixão. Sendo assim, Figley (1995) sugere o emprego dos termos *Estresse por Compaixão* e *Fadiga por Compaixão* ao invés dos antigos termos: *Estresse Traumático Secundário* e *Transtorno de Estresse Traumático Secundário*. No entanto, temos razões para desconfiar que a troca de nomenclatura sugerida por Figley ainda não foi

plenamente compreendida pela literatura. E temos razões para acreditar que a má compreensão reside em dois fatos:

- a) O termo *Estresse por Compaixão* só foi empregado alguma vez no decorrer do trabalho de Figley (1995), enquanto o termo *Fadiga por Compaixão* é amplamente empregado.
- b) A equivalência entre *Fadiga por Compaixão* e ETS parece também ter sido feita pelo próprio Figley (2002) em trabalho posterior.

No trabalho que claramente se tornou a referência primária sobre *Fadiga por Compaixão*, constatamos que Figley (1995) emprega o termo *Estresse por Compaixão* apenas cinco vezes. A primeira vez ocorre no primeiro capítulo quando ele fala sobre o contraste entre o ETS e os demais conceitos. Ele diz: “O fenômeno do ETS tem sido chamado de diversas maneiras através dos anos. Nós sugerimos que estresse por compaixão e fadiga por compaixão sejam seus substituídos apropriados” (Figley, 1995, p.9). Acreditamos que nessa passagem Figley (1995) não deixa suficientemente claro se *Estresse por Compaixão*, e *Fadiga por Compaixão* são ambos sinônimos de ETS, ou se quando ele diz: “o fenômeno do ETS” ele se refere de forma ampla a tudo que envolve esse fenômeno, incluindo o TETS.

O segundo uso do termo ocorre quando ele fala sobre as diferenças entre ETS e *Burnout*. Ele diz: “Em contraste com o *Burnout*, que emerge de forma gradual e é resultado da exaustão emocional, o ETS (estresse por compaixão) pode emergir de forma inesperada e com pouco aviso” (Figley, 1995, p.12). Mais uma vez, acreditamos que nessa passagem Figley não deixa claro se está se referindo ao ETS de forma ampla, ou se ele quer afirmar que tal qual o *Burnout*, que é um tipo de transtorno, o ETS também pode ser entendido como sendo um transtorno.

O terceiro uso ocorre no tópico intitulado “Porque Estresse por Compaixão e Fadiga por Compaixão?” Figley (1995, p.14) inicia afirmando: “Desta forma, apesar de ETS e TETS serem as mais comuns e mais exatas descrições do que vem sendo observado e catalogado por cem anos, o termo mais amigável para esse fenômeno, e o que será empregado aqui, é a Fadiga por Compaixão.” Nessa passagem não fica claro se *Fadiga por Compaixão* é sinônimo tanto de ETS quanto de TETS, ou se a intenção foi de dar ênfase apenas ao quadro patológico.

Na página seguinte o quarto uso ocorre quando ele afirma que suas pesquisas apontam para o fato de que o termo *Estresse por Compaixão e Fadiga por Compaixão* serem preferidos por enfermeiros na descrição do fenômeno. E complementa dizendo que desta forma, os termos podem ser usado de forma intercambiável com ETS e TETS.

Sendo assim, nessa passagem ele parece retomar sua definição original, afirmando a relação entre ETS-Estresse por Compaixão, TETS-Fadiga por Compaixão.

A partir de então o termo *Estresse por Compaixão* não é mais empregado durante o restante da publicação, sendo retomado apenas no Epílogo escrito pelo próprio Figley. Além disso, o termo *Fadiga por Compaixão* é empregado de forma muito precária no restante da publicação. Ou seja, apesar de no início da publicação Figley (1995) propor uma nova nomenclatura, tentando mostrar como estes são termos melhores do que os até então usados, os demais autores do livro parecem não terem adotado a nova nomenclatura. Dutton & Rubinstein (1995), no quarto capítulo, apesar de mencionarem outros termos, como *Burnout* e *Contratransferência*, não fazem menção nem a Estresse nem a Fadiga por Compaixão. Munroe et.al. (1995) apesar de mencionarem a Fadiga por Compaixão no título do texto, não fazem uso do mesmo termo no decorrer do texto ao se referir à traumatização secundária.

Não estamos querendo afirmar que Figley (1995) foi impreciso na definição dos termos que ele propôs. Mas acreditamos que alguns trechos deixaram espaço para dúvida e posteriormente não foram esclarecidos quando do emprego da nova nomenclatura em outros contextos da obra. Isto porque sabemos que ao aprender um novo termo ou um novo conceito, só ficamos certos acerca do seu conteúdo mediante seu emprego em vários contextos.

Por isso acreditamos que a falta de clareza em algumas passagens - problemas estes inerentes à semântica, e dos quais nós estamos continuamente tentando nos livrar - somada ao não emprego dos novos termos em outros contextos proporcionaram certa confusão na literatura. Acreditamos que essas sejam as razões capazes de explicar a falta de clareza na compreensão da relação entre ETS/TETS e Estresse por Compaixão/Fadiga por Compaixão.

Outra razão que acreditamos ter contribuído para essa confusão foi o fato de que em seu trabalho posterior, Figley (2002) na introdução do mesmo, parece equiparar a Fadiga por Compaixão tanto ao ETS quanto ao TETS. Em determinado trecho ele afirma:

“Fadiga por Compaixão é o mais novo termo dentro de um conceito em desenvolvimento conhecido no campo da traumatologia como estresse traumático secundário.” (Figley, 2002, p.2).

Na página seguinte ele diz:

“Fadiga por compaixão é um termo mais amigável para transtorno de estresse traumático secundário, que é quase idêntico ao TEPT (...)” (Figley, 2002, p.3)

Além disso, nesta mesma publicação, apenas Valent (2002) faz uso do termo *Estresse por Compaixão*, e o aplica de forma apropriada. Ele afirma se referindo a Figley (1995):

“Figley (1995) deu um nome especial, *fadiga por compaixão*, a um tipo específico de TETS resultante de um profundo envolvimento com uma pessoa traumatizada primariamente. Em seguida, de forma análoga ao conceito de estresse (primário), Figley delineou o termo *estresse por compaixão* (estresse traumático secundário ou ETS)”. (Valent, 2002, p.19).

Mais adiante, indo de encontro com Harris (1995) e Yassen (1995), ele afirma que no caso do ETS, os profissionais entram em contato e são afetados pelas experiências traumáticas, no entanto, não chegam a desenvolver um quadro de TETS.

Interessante notar, que além de Figley (1995), que propõe o uso da nova terminologia, e Valent (2002), em toda nossa revisão bibliográfica encontramos apenas Sabo (2006) fazendo uso do termo *Estresse por Compaixão* e aplicando a definição correta dos termos (ETS=Estresse por Compaixão, TETS=Fadiga por Compaixão). O restante da literatura ora equipara Fadiga por compaixão a TETS, (White, 2001; Gentry, 2002; Abendroth; 2005, Arnold, 2005) ora a equipara a ETS (Wee & Myers, 2002; Hesse, 2002; Huggard, 2003).

### **5.3.2.2- *Burnout* versus Fadiga por Compaixão**

Como já pudemos ver, o termo “Fadiga por Compaixão” foi usado pela primeira vez em um trabalho sobre *Burnout* em enfermeiras. Ou seja, quando o termo foi empregado pela primeira vez, ele não foi utilizado por um trabalho que tinha o objetivo de propor um novo fenômeno. Ele nasceu como uma forma de qualificar o tipo particular de *Burnout* que parecia acometer as enfermeiras estudadas por Joinson (1992). No entanto, parece que a necessidade de Joinson de cunhar uma qualificação para o tipo de *Burnout* que ele detectou, levantou a suspeita em outros autores, de que essa necessidade na verdade apontasse para existência de outro fenômeno distinto do *Burnout*.

Essa desconfiança me parece fazer bastante sentido, uma vez que se temos um conceito que consegue captar adequadamente determinado fenômeno, não vamos precisar qualificá-lo. Se o conceito de gravidade dá conta de explicar todos os fenômenos relativos à atração dos corpos, não precisaremos dizer gravidade-x ou gravidade-y, apenas nos referiremos à gravidade. Esse tipo de desconfiança é coerente com o pensamento de Thomas Kuhn (2006), exposto em seu trabalho intitulado “A estrutura das revoluções científicas”. Nesse trabalho ele mostra como na história da ciência, abundam exemplos de conceitos que passaram a se mostrar insuficientes para explicar um determinado fenômeno, e como isso acabou levando a construção de novos conceitos e novas descobertas<sup>14</sup>.

De qualquer maneira, parece que foi assim que Figley pegou emprestado o termo cunhado por Joinson para empregá-lo na definição de outro fenômeno, um fenômeno que até então ele próprio vinha se referindo como sendo uma forma de *Burnout*, ou uma “vitimização secundária”. Parece que o termo cunhado por Joinson abriu os olhos de Figley quanto ao que estava em jogo naquele fenômeno, o vínculo empático.

“Desde aquele tempo (se referindo há 12 anos antes) eu tenho conversado e recebido correspondência de uma centena de profissionais, especialmente terapeutas, que relatam acerca da sua luta contra esse tipo de estressor. Eles narram episódios de melancolia, depressão, insônia, ansiedade generalizada, e outras formas de sofrimento, que eles eventualmente associam ao seu tipo de trabalho”. (Figley, 1995, p.2)

No que parece ser o seu primeiro trabalho onde ele empregou o novo termo, Figley (1995) tenta então distinguir a síndrome de *Burnout* do processo de traumatização secundária, que ela passa a chamar de Fadiga por Compaixão. Ele argumenta com base na literatura de *Burnout* que a Exaustão emocional parece ser o fator chave dentro dessa síndrome. E que isso fica claro quando analisamos os instrumentos, e os sintomas normalmente associados à síndrome de *Burnout*, uma vez que os sintomas em sua maioria referem-se à Exaustão Emocional. Além disso, a literatura diz que a síndrome de *Burnout* é um processo, que se desenvolve de uma forma gradual. Um processo que inclui a exposição gradual a estressores ocupacionais, a erosão do idealismo e a falta de sucesso no alcance dos objetivos (Figley, 1995).

---

<sup>14</sup> Figley(1995) deixa claro a influência de Kuhn no seu pensamento na página 6.

Citando vários autores Figley afirma:

“Partindo dessa revisão de literatura, parece-me que o fator mais importante associado aos sintomas de *Burnout*, inclui problemas com a clientela – cronicidade, acuidade, complexidade – que é percebido como estando além das capacidades do profissional.” (Figley, 1995, p.12).

Desta forma, Figley (1995) argumenta que enquanto a síndrome de *Burnout* emerge de forma gradual, como consequência de um processo constante de Exaustão Emocional, a Fadiga por Compaixão emerge de forma repentina, com poucos avisos ou sintomas. Complementa, dizendo que além de ter uma evolução mais rápida, a Fadiga por Compaixão normalmente vem acompanhada por um sentimento de desamparo, de confusão e de isolamento.

Na mesma linha Schwan (1998) afirma que Fadiga por Compaixão não é o mesmo que *Burnout*, uma vez que o *Burnout* está associado com o estresse diário e com as dificuldades na realização do trabalho. Há outros autores que também tentaram fazer a distinção entre os dois conceitos, porém sem nenhuma novidade importante, seguindo, de forma explícita ou implícita a estratégia de distinção já empregada por Figley. (Turpin & Farrell 2003; Baird & Jenkins,2002;Benson,2005; Collins&Long,2003a; Huggard,2003;Way,2004;Kraus,2005; Sexton,1999;Stebnick,2000).

Como já foi dito, há também aqueles que distinguem os conceitos, porém acreditam que eles estão intimamente relacionados. Gentry, Baranowsky & Dunning (2002) e Sabo (2006) afirmam que Fadiga por Compaixão é uma combinação de Traumatização Secundária com *Burnout*, e que ela é precipitada por trabalhos que colocam os profissionais em contato direto com pessoas traumatizadas.

Por fim, há aqueles que defendem que a Fadiga por Compaixão seria um preditor da síndrome de *Burnout*, ou seja, um quadro que se estabelece antes do profissional desenvolver a síndrome de *Burnout*. Dessa forma, defendem que o diagnóstico da Fadiga por Compaixão se faz importante uma vez que pode evitar o desenvolvimento de um quadro mais crônico, no caso, *Burnout*. Além disso, argumentam que como a remissão da Fadiga por Compaixão ocorre de forma mais rápida do que a do *Burnout*, tratar da Fadiga por Compaixão seria uma ação preventiva contra consequências mais graves. (Benson, 2005; Maytum & Garwick, 2004).

### 5.3.3.3- Traumatização Vicariante versus Fadiga por Compaixão

Como já exposto anteriormente, a Traumatização Vicariante é o processo em que transformações nos esquemas cognitivos e no sistema crenças do profissional ocorrem em decorrência do contato com as experiências traumáticas dos pacientes. (Bride et al, 2007). Para explicar os efeitos da Traumatização Vicariante nos profissionais McCann & Pearlman (1990) desenvolveram a Teoria construtivista do auto-desenvolvimento (Constructivist self-development theory).

Sendo assim, acreditamos ser evidente a raiz cognitivista inerente ao conceito de Traumatização Vicariante. Lembrando que o cognitivismo propõem uma forma distinta de se entender o homem, para os cognitivistas as nossas crenças guiam as nossas atitudes e comportamentos, crenças essas que interferem tanto na forma como percebemos o mundo, como na forma como interpretamos o mundo, e ,conseqüentemente na forma como agimos. Dentro desta concepção, nós somos como pequenos cientistas tentando entender a imensidão da realidade a nossa volta, e, para darmos conta disso, precisamos lançar mão de teorias (esquemas) para organizar as coisas que conhecemos.

Por exemplo, se na minha experiência eu tenho tido contato com vários atos de bondade, e com alguns atos de crueldade, eu formarei o esquema cognitivo “bondade humana”, onde os atos de crueldade serão classificados como exceções, como (des)humanidades, e os atos de bondade como regra, como símbolo de ‘humanidade’. Ou seja, na verdade eu não poderia acreditar que os homens são bons a não ser que eu pudesse conhecê-los em sua totalidade. Uma vez que isso é impossível, e eu preciso reagir diante de humanos, eu crio uma micro-teoria com base na minha experiência que prevê que normalmente os homens são bons, e assim eu posso reagir ao mundo. Enfim, a concepção cognitivista defende que é dessa forma que lidamos com todos os elementos da nossa realidade infinita, reduzindo a infinidade de informações a teorias.

Por isso, profissionais que lidam com pacientes traumatizados, ao entrarem em contato freqüente com relatos de dor, crueldade, sofrimento, acabam danificando esquemas importantes para a manutenção do seu bem-estar. Por exemplo, esquemas ligados a crença de que o mundo é um lugar relativamente justo, de que conseqüências ruins podem ser evitadas com comportamentos prudentes, de que as pessoas no geral não querem fazer mal uma as outras, etc. enfim, esquemas que possibilitam que o sujeito viva uma vida normal, como por exemplo: saia de casa à noite, deixe seus filhos irem à escola desacompanhados, confie em outras pessoas, enfim.

“O impacto mais devastador da Traumatização Vicariante está no âmbito da esperança e do significado, especificamente do cinismo e do pessimismo”. (Saakvitne, 2002, p.447).

Desta forma, o que distingue a Traumatização Vicariante dos outros conceitos é justamente a ênfase na mudança das crenças, dos significados, enfim nos esquemas daqueles que trabalham com pessoas traumatizadas. (Pearlman & Saakvitne, 1995; Jenkins & Baird, 2002; Turpin & Farrell, 2003). Por isso alguns autores apontam para a diferença entre a Traumatização Vicariante e a Fadiga por Compaixão (ou Transtorno de Estresse Traumático Secundário), defendendo que ao contrario da Traumatização Vicariante, os demais conceitos são baseados numa sintomatologia (uma clara herança do TEPT). (Arnold, 2005; Turpin & Farrell, 2003; Baird & Kracen, 2006; Schauben & Frazier, 2001; Little, 2002).

Já outros autores entendem que não há grandes diferenças entre a Traumatização Vicariante e os demais termos usados no estudo da traumatização secundária. (Byrne 2003; Baird & Jenkins, 2002). Acreditamos que os autores que não percebem uma diferenciação, não a percebem, pois estão atentos apenas à sintomatologia, que guarda muitas semelhanças. Por isso, Arnold (2005) argumenta que apesar de um quadro de Traumatização Vicariante muitas vezes apresentar alguns sintomas que são descritos no TEPT e na Fadiga por Compaixão, essa sintomatologia não é o que define o conceito. O que define o conceito são os danos aos esquemas cognitivos.

(...) “A conceituação da Traumatização Vicariante difere-se da Fadiga por Compaixão por não focar-se em sintomas observáveis. A Traumatização Vicariante não precisa incluir uma sintomatologia ou uma disfuncionalidade clara”. (Arnold, 2005, p.242).

#### **5.3.3.4- Traumatização Vicariante versus *Burnout***

Hesse (2002) diferencia a Traumatização Vicariante da síndrome de *Burnout* argumentando que apesar de trabalhadores envolvidos em traumatologia poderem até desenvolver *Burnout*, o que caracteriza a Traumatização Vicariante, e a diferencia do *Burnout*, é que a Traumatização Vicariante não é consequência apenas do contato com pessoas. Não é consequência apenas do trabalho com uma clientela, mas do contato com pessoas traumatizadas, com pessoas que estão sofrendo. Segundo Hesse (2002) essa diferença implica que, no caso da Traumatização Secundária, o profissional é exposto a relatos e imagens impactantes, coisa que não ocorre necessariamente o caso no *Burnout*.

Seguindo nessa mesma direção, Bell, Kulkarni, & Dalton (2003) argumentam que o conceito de Traumatização Vicariante ao contrário do conceito de *Burnout*, foi desenvolvido dentro do contexto da traumatologia, e, portanto está calcado nas teorias e nos estudos acerca de trauma psicológico. Por fim, corroborando com a idéia de que são conceitos diferentes, Baird & Jenkins (2002) atentam para o fato de que enquanto o *Burnout* está relacionado a certos tipos de problemas ligados as condições de trabalho, a Traumatização Vicariante não tem relação com essas questões.

#### **5.3.3.5- Traumatização Vicariante versus Contratransferência**

Apesar de todo o debate e discussão que existe em torno do próprio conceito de contratransferência, Turpin & Farrell (2003) tentam uma diferenciação afirmando que a maioria das definições de contratransferência refere-se à experiência de fortes respostas por parte do profissional dentro de uma relação psicoterapêutica com o cliente, que podem incluir tanto respostas emocionais quanto comportamentais (conscientes ou inconscientes) em relação ao paciente. Dito de outra forma, a contratransferência refere-se a experiências que ocorrem dentro da relação psicoterapêutica enquanto que a traumatização vicariante refere-se a mudanças que ocorrem na vida do terapeuta, uma vez que ela altera o seu sistema de crenças. (Turpin & Farrell, 2003).

Figley (1995) também tenta uma fazer uma diferenciação argumentando que a contratransferência refere-se a um tipo de distorção da parte do psicoterapeuta, que é resultado das experiências de vida do terapeuta e das suas reações inconscientes perante a transferência do cliente. Desta forma, ele defende que ETS pode incluir, porem não se limita ao fenômeno que alguns pesquisadores descrevem como sendo contratransferência, uma vez que ETS ou eventualmente TETS é uma consequência natural do ajudar e não necessariamente um problema.

#### **5.4- A FALTA DE CLAREZA CONCEITUAL REFLETINDO-SE NA CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS**

Como pudemos ver anteriormente, apesar da discussão acerca da traumatização secundária ser relativamente recente, já existe cinco instrumentos desenvolvidos especificamente para mensurarem desse fenômeno. Porém, sabemos também que a construção de instrumentos psicológicos não é uma tarefa fácil, nem de pouca complexidade. De forma geral, a construção de um instrumento psicológico deve envolver um bom conhecimento acerca do fenômeno que se quer capturar com o instrumento, conhecimentos acerca de como capturar fenômenos por meio de instrumentos, e de como analisar os dados desses instrumentos. Além disso, sabemos que se houve falhas em alguns dos processos, todo o resultado é seriamente comprometido.

Sendo assim, o primeiro passo na construção de um instrumento psicológico constitui-se na definição do fenômeno, definição que além de contar uma descrição detalhada do fenômeno, deve também dizer se ele é um fenômeno unidimensional, ou multidimensional. Se o fenômeno é definido como possuindo apenas uma dimensão, apenas um conjunto de questões deverá ser construído para tentar captar o fenômeno. Porém, se o fenômeno for multidimensional um conjunto de questões deverá ser construído para cada dimensão do fenômeno, e assim o instrumento será composto de vários conjuntos de questões, ou dito de outra forma, de várias sub-escalas. (Pasquali, 1999).

Analisado os cinco instrumentos existentes, podemos notar que todos eles foram construídos de forma multidimensional.

- Compassion Fatigue Self Test (Figley, 1995)  
Fadiga por Compaixão / *Burnout*
- Compassion Satisfaction and Fatigue Test (Figley & Stamm, 1996)  
Fadiga por Compaixão / Satisfação por Compaixão / *Burnout*
- Compassion Fatigue Scale (Gentry et al., 2002)  
Fadiga por Compaixão/*Burnout*
- Secondary Traumatic Stress Scale (Bride et al., 2004)  
Intrusão/Esquiva/Excitação Fisiológica
- Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2005)  
Fadiga por Compaixão / Satisfação por Compaixão / *Burnout*
- Compassion Fatigue – Short Scale (Adams et al., 2006)  
Trauma Secundário/*Burnout*

Assim, em todos os instrumentos os autores entenderam que o fenômeno a ser mensurado era composto por duas ou mais dimensões distintas. Além disso, podemos perceber que com exceção do *Secondary Traumatic Stress Scale*, que foca exclusivamente a sintomatologia de TEPT, todos os demais instrumentos possuem um conjunto de questões para mensurar *Burnout*. Sendo assim, podemos entender que os autores concordam que uma das dimensões do fenômeno da traumatização secundária é a síndrome de *Burnout*.

Porém, a síndrome de *Burnout*, apesar de ter sido mais amplamente estudada do que a traumatização secundária, também sofre de uma grande discussão e discordância em relação a sua definição. Como o próprio Figley (1995) notou, o instrumento mais utilizado para mensurar *Burnout* é o MBI (*Maslach Burnout Inventory*), que é um instrumento desenvolvido de acordo com definição de *Burnout* proposta por Maslach. Como já vimos, na proposta de Maslach essa síndrome seria um fenômeno multidimensional composto por Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização/Envolvimento pessoal no trabalho.

Sendo assim, a primeira questão que surge diante desses fatos, é: por qual razão todos os instrumentos representam *Burnout* como sendo um fenômeno unidimensional? Outra questão seria: essas escalas estão alinhadas com qual das concepções de *Burnout*? E por fim: qual a relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão?

Dos cinco instrumentos listados, obtivemos acesso a três deles: *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT), e a quarta versão do *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-IV). No caso do CFST e CSFT as escala de *Burnout* são praticamente idênticas, diferenciando-se apenas na construção sintática<sup>15</sup> de algumas questões ou na adição de novos termos as questões<sup>16</sup>. E apesar de a escala de *Burnout* do CSFT ter sido descrita como tendo 16 itens (Stamm, 2002; Figley, 2007) possui na verdade 17 itens tal qual a escala do CFST.

No caso do ProQol-IV, o quadro muda totalmente de figura. Com exceção de uma única questão, todas as demais são questões novas. Além disso, o número de questões é reduzido para dez. Ou seja, apesar de o ProQol-IV ser um desenvolvimento do CSFT a escala de *Burnout* foi praticamente refeita.

Procuramos na nossa revisão de literatura informações nos textos dos autores dos instrumentos que pudessem responder tais indagações, porém encontramos poucas respostas. Em Figley (1995) onde está publicado o CFST, logo antes de ser apresentado o instrumento, Figley faz a distinção entre *Burnout* e Estresse Traumático Secundário e diz que o CFST foi desenvolvido para ajudar os profissionais a diferenciarem *Burnout* de ETS. Ou seja, entendemos que com essa afirmação ele corrobora a distinção entre os dois fenômenos. Porém não há informações sobre o porquê do não uso de algum instrumento já desenvolvido para mensurar o *Burnout*, nem qual é a relação entre ETS e *Burnout*.

No texto de Stamm (2002) onde ele narra a história do desenvolvimento do CSFT e o publica de forma integral, encontramos mais algumas pistas. Em determinado trecho Stamm (2002) diz: “*Burnout*, que é caracterizado pela exaustão, parece (...)”. Ou seja, nesse trecho Stamm (2002) parece apontar que está considerando *Burnout* apenas enquanto Exaustão Emocional. E se ele o faz, pode ser que tenha sido o mesmo que Figley fez no CFST. Porém o trecho seguinte do texto é ainda mais esclarecedor. Nesse trecho Stamm (2002) lista uma série de questões que ainda precisam ser estudadas e esclarecidas a fim de atestar a qualidade do instrumento em mensurar a realidade. Dentre as questões que ele lista, uma delas é exatamente uma das nossas indagações. O quarto item da sua lista diz: “Como os constructos de Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão, e *Burnout* se relacionam?”

---

<sup>15</sup> P.ex: “I have wished that...” tornou-se “I wish I could....”)

<sup>16</sup> P.ex: “I feel I am working more for the money than for personal fulfillment” tornou-se “I feel I am working more for the money or prestige than for personal fulfillment”

Com base nessa indagação de Stamm (2005), parece que podemos entender que a relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão não estava estabelecida nem para Stamm nem para Figley, e que eles esperavam que o instrumento fosse dar alguma pista sobre a relação entre esses fenômenos. Consultando o manual do ProQol-IV (Stamm,2005) também não encontramos informações acerca do tipo de relação existente entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão, ou seja, apesar de estar clara a suposta correlação negativa entre Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão, parece não haver ainda uma hipótese acerca de qual a relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão.

Diante dessas informações, outras questões se formam: se havia a intenção de estabelecer-se a relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão por meio da mensuração dos fenômenos por instrumentos psicológicos, porque não lançar mão de instrumentos mais desenvolvidos, como no caso do MBI? Tal alternativa, no nosso entendimento, aumentaria as chances de se estar capturando de fato o fenômeno do *Burnout*, e assim facilitaria a sua comparação com a Fadiga por Compaixão. Além do mais, adotando tal estratégia, diminuir-se-ia o risco de erro na mensuração do “novo” fenômeno, pois, concentrando-se no desenvolvimento de um único grupo de questões capazes de captar o “novo” fenômeno, ao invés de tentar desenvolver dois grupos de questões que capturem dois fenômenos distintos, as chances de erro seriam menores.

## **5.5- VÍNCULO EMPÁTICO E COMPAIXÃO: COMO? POR QUÊ?**

Depois de visitarmos o nascimento do estudo do trauma psicológico, do seu desdobramento no estudo do trauma psicológico secundário, e de todos os conceitos e termos envolvidos no campo da traumatização secundária, acreditamos sermos capazes de afirmar que dois momentos importantes marcam a história desse novo campo.

Acreditamos que o primeiro momento seja marcado pela inserção do TEPT no DSM. Isso porque a inserção do TEPT possibilitou que o fenômeno passasse a ser reconhecido e estudado de forma científica. Já o segundo momento, acreditamos que seja caracterizado pela inserção da discussão acerca do processo empático dentro do campo da traumatização secundária, inserção essa que, como já vimos, tem como pioneiro Charles Figley. Isso porque com a inserção do processo empático dentro da discussão sobre a traumatização secundária, Figley chamou-nos a atenção sobre o que de fato está em jogo quando somos afetados pelas experiências dos outros. No entanto, apesar de acreditarmos que resida no processo empático a gênese da traumatização

secundária, acreditamos também que este mesmo processo ainda não foi exaustivamente estudado por aqueles envolvidos no estudo da traumatização secundária. E é isso que tentaremos discutir agora nessa sessão.

Na publicação que se tornou um marco da discussão sobre traumatização secundária, Figley (1995) argumenta que ironicamente é a mesma empatia - que é a melhor ferramenta que o profissional possui para ajudar as pessoas, uma vez que ela possibilita que o profissional acesse o problema vivido pelo paciente, e assim trace a estratégia mais adequada para o tratamento - também possibilita que esse mesmo profissional seja traumatizado, e eventualmente sofra.

No entanto, apesar da importância do processo empático no fenômeno da traumatização secundária, Figley (1995) faz uso apenas da definição do conceito de “compaixão” encontrado do dicionário Webster da língua Inglesa para definir e explicar como e porque o processo ocorre. Acreditamos que apesar de essa ser uma boa maneira de começar a entender um conceito, esta não é uma estratégia suficiente para compreendermos de forma profunda o conceito e o fenômeno que envolverá o cerne de um determinado estudo.

Em nossa revisão de literatura constatamos que a maioria dos autores se contentou com a definição de compaixão dada por Figley (1995), assim como a sua explicação acerca funcionamento do processo empático. Trataremos agora dos poucos autores que acrescentaram algo à compreensão desses fenômenos.

Em Salston & Figley (2003) encontramos uma definição mais elaborada de compaixão. Usando como base Koerner (1995), Salston & Figley (2003) afirmam que a compaixão iria além da empatia, ou seja, iria além da capacidade de perceber o sofrimento do outro. Pois a compaixão é baseada em uma conexão passional, passionalidade essa que por meio de emoções e sentimentos faz com que o sujeito se mova e aja no sentido de aliviar a dor do outro. Ou seja, enquanto a empatia possibilita a tomada de conhecimento acerca do sofrimento do outro, a compaixão nos impele a fazer algo para aliviar o sofrimento de outrem.

Abendroth (2005) foi outro autor que também se preocupou em discutir um pouco sobre empatia. Tendo como base Riggio & Taylor (2000), afirma que a empatia é um aspecto essencial no serviço de enfermagem, uma vez que ela se materializa sobre a forma de uma “preocupação empática”.

Collins & Long (2003a) acrescentam a clássica definição do dicionário Webster, uma discussão acerca do papel da religião na construção desse conceito. Citando Tummino (2000), eles chamam atenção para o fato de que praticamente todas as religiões endossam a virtude da compaixão.

No entanto, apenas em Sabo (2006) encontramos uma grande atenção aos conceitos de compaixão e empatia. Usando um grande número de autores Sabo (2006) dedica uma boa parte do seu texto para tratar dos dois conceitos antes de iniciar a tratar sobre a Fadiga por Compaixão.

Sabo (2006) define compaixão como sendo “a experiência de sentir conjuntamente com o outro e ao mesmo tempo ser capaz de reconhecer que aqueles sentimentos não são idênticos ao do outro”. Quanto às consequências da compaixão, afirma que ela promove a equidade entre as pessoas, uma vez que a compaixão faz com que tenhamos mais consideração e respeito pelo próximo.

Quanto à natureza do fenômeno, Sabo (2006) diz que a compaixão é normalmente entendida como sendo um tipo de emoção. Dentro dessa concepção, a compaixão, da mesma forma que as demais emoções, interfere nos nossos estados mentais, qualificando-os e dando a eles tons, e contrastes diferentes. Ou seja, deixando-nos mais permeáveis, mais atentos, mas suscetíveis a certos dados da realidade que normalmente passaríamos despercebidos.

Além disso, essa abordagem afirma que essa qualificação psíquica não só ocorre enquanto estamos diante do estímulo, mas que ela também se estende por um longo período de tempo. Ou seja, a compaixão não está presente apenas no momento da expressão de dor pelo outro, mas em todo o processo de remissão do sofrimento.

Sabo (2006) também aborda a questão moral ligada ao conceito de compaixão, lembrando que atos de preocupação com o bem estar do outro, atenção ao sofrimento alheio, e desejo de agir em prol do fim do sofrimento alheio, são geralmente considerados como símbolos de virtuosidade.

Quanto à empatia Sabo (2006) argumenta que o aspecto central no relacionamento entre indivíduos é a necessidade de entender e ser entendido. E que desta forma o que torna isso possível é o que chamamos de empatia, a mesma empatia que está presente numa relação de ajuda.

Em relação à natureza da empatia, Sabo (2006) relata que há certa dificuldade em defini-la, sendo difícil afirmar com segurança se ela é inata ou aprendida; um traço de personalidade ou algo passível de mudança por meio da experiência ou uma habilidade observável. E por isso afirma que a melhor estratégia seria considerá-la como

um constructo multidimensional ao invés de interpretá-la dentro de uma perspectiva unidimensional e estreita. Porém, ressalta que essa perspectiva multidimensional, onde vários elementos aparecem inter-relacionados, tem sido uma fonte de muita discórdia entre os teóricos.

Apesar de o trabalho de Sabo (2006) trazer várias informações importantes a cerca da natureza desses fenômenos, do porque eles ocorrerem, e de como eles funcionam, acreditamos que ainda não seja o suficiente para compreendermos em profundidade um fenômeno humano tão primordial e complexo.

## **5.6- CONCLUSÃO**

Com base nessa imersão na literatura podemos constatar que:

- a) Não fomos capazes de encontrar um número expressivo de trabalhos na literatura nacional que tratem dos fenômenos ligados a traumatização secundária. Portanto, ou a publicação dos mesmos ainda é incipiente, ou sofremos de uma grande carência no que tange o estudo do tema no nosso país.
- b) Apesar de já haver uma boa produção acerca do tema na literatura internacional, ainda há muito trabalho a ser feito, os conceitos ainda estão confusos e muitas vezes são mal compreendidos e empregados.

Desta forma, entendemos que ainda há uma grande necessidade de que esforços sejam concentrados para que alcancemos uma maior e melhor compreensão acerca dos conceitos e dos fenômenos envolvidos nessa área. E por essa razão, esperamos que esse trabalho contribua para trazer a discussão para o âmbito nacional, aumentando assim o número de esforços concentrados no estudo e na compreensão dos fenômenos relacionados a traumatização secundária.

## CAPÍTULO 6 - TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROQOL-IV

### 6.1-INTRODUÇÃO

Como já vimos a ciência, ou o método científico, constitui-se no conjunto de estratégias para uma obtenção criteriosa de conhecimento. Estratégias essas, que foram desenvolvidas no decorrer do tempo e são resultado de inúmeros erros e acertos. Vimos ainda, que a psicologia só começou a ganhar status de ciência quando começou a tentar empregar as estratégias desenvolvidas pela tradição das ciências naturais no estudo do seu objeto.

Podemos dizer também que uma das formas mais comuns que o homem desenvolveu para gerar conhecimento foi a técnica da medição, da mensuração das propriedades da realidade. Naturalmente esta mesma lógica acabou sendo transposta para a psicologia, à medida que ela tentou se adequar às estratégias científicas. Porém enquanto nas ciências naturais os objetos a serem mensurados pertenciam ao mundo da matéria, na psicologia o que se pretendia mensurar nem sempre está no âmbito do tangível.

Essa peculiaridade tornou a aplicação da técnica de mensuração em psicologia um processo ainda mais complicado do que ele costuma ser nas ciências naturais. Porém, ultimamente, com o avanço das técnicas de estatística e de ferramentas que auxiliam na realização das mesmas, tal tarefa têm se tornado cada vez mais factível nos estudos dos fenômenos psicológicos.

Entretanto, uma dificuldade ainda resiste a despeito de todo o ferramental matemático e estatístico incorporado a esta técnica: apesar de os instrumentos serem analisados em termos de códigos numéricos, portanto unívocos e precisos, eles ainda são respondidos pelos sujeitos com base em códigos semânticos, portanto, imprecisos e algumas vezes passíveis de interpretações equivocadas. Desta forma, sofremos um dilema: de nada adianta realizar uma análise primorosa de dados quando estes foram gerados por um instrumento onde os respondentes não tiveram uma compreensão razoável do que lhes era perguntado.

E se tal problema está presente na própria construção de um instrumento, ele também comparece na eventual tradução do mesmo. Sabemos que apesar de os sinais semânticos serem passíveis de uma tradução, a mesma nem sempre consegue manter o sentido original da proposição, ocasionando às vezes uma mudança na compreensão, e, portanto, na interpretação e resposta do sujeito.

Cientes de todas essas dificuldades, apresentaremos a seguir o processo de tradução e validação Semântica do ProQol-IV para o Brasil.

Antes devemos esclarecer que a escolha desse instrumento se deu por duas razões. A primeira razão é que o ProQol-IV é o desenvolvimento do *Compassion Satisfaction And Fatigue Test*, que foi o primeiro instrumento a contar com a contribuição do trabalho de Hudnall Stamm, que se destaca pela proposta da Satisfação por Compaixão como contraponto ao fenômeno da Fadiga por Compaixão. Ou seja, de acordo com essa proposta, enquanto a Fadiga por Compaixão seria o aspecto maléfico, a Satisfação por Compaixão seria o aspecto benéfico à saúde do trabalhador. Como concordamos quanto à existência da Satisfação por Compaixão enquanto contraponto da Fadiga por Compaixão ponderamos que seria apropriado usarmos um instrumento que se propusesse a mensurá-la também.

A segunda razão foi a disponibilidade, como já expomos no capítulo 5, não tivemos acesso a todos os instrumentos já desenvolvidos para o estudo da traumatização secundária, e o ProQol-IV foi dos instrumentos que tivemos acesso.

## **6.2 - TRADUÇÃO DO PROQOL-IV**

O processo de validação semântica do instrumento ProQOL-IV se deu primeiramente com a tradução do instrumento originalmente em inglês para o português. Essa tradução foi realizada pelo próprio autor que também contou com ajuda de colegas e de professores. A primeira versão do instrumento em português foi então submetida a uma tradução reversa. O responsável por essa parte do processo foi um professor do departamento de Letras da Universidade de Brasília – UnB, natural do país de Gales.

O processo de tradução reversa (back translation) resultou em 18 itens aprovados. Foram considerados aprovados aqueles itens em que considerou mantida a proposição existente no item original. Os demais itens, que não foram aprovados através do processo de tradução reversa, foram reavaliados resultando em novas propostas de tradução. Os itens reavaliados, somados aos itens aprovados no processo de tradução reversa, compuseram um instrumento de 30 itens, que foi então aplicado em profissionais de saúde.

### 6.2.1 - Método

Foram aplicados 37 questionários da versão em português do instrumento ProQOL-IV. Os sujeitos constituíram-se de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) do Hospital Regional do Guará e de profissionais de Enfermagem, de Assistência Social e Psicologia do HUB (Hospital Universitário de Brasília).

Dos 37 sujeitos que participaram da aplicação piloto, em quinze deles foram realizadas também entrevistas semi-estruturadas, logo após os mesmos terem respondido ao questionário. Na entrevista pediu-se aos sujeitos que reportassem se eles tinham encontrado alguma dificuldade de compreensão das instruções e dos itens do instrumento. Foi também pedido aos sujeitos que avaliassem a pertinência dos itens em relação a sua realidade e experiência enquanto profissionais de saúde.

### 6.2.2- Resultado da Tradução

Os dados provenientes das 15 entrevistas foram sumarizados em uma planilha, onde foram registrados os comentários dos sujeitos, e sobre qual aspecto do instrumento comentário referia-se (instrução, item, etc.).

Na tabela 2 temos os elementos que foram citados nas entrevistas, bem como a sua frequência, e a sua origem (itens aprovados ou não aprovados na tradução reversa).

**Tabela 2 – Frequência dos itens citados nas entrevistas.**

Questão	Freq.	%	Itens Reprovados	Itens Aprovados
28	5	17,8	x	
Ajudar	5	17,8		
1	3	10,7		x
Instrução	2	7,1		
9	2	7,1	x	
11	2	7,1		x
15	2	7,1		x
24	2	7,1		x
2	1	3,5	x	
4	1	3,5		x
10	1	3,5	x	
13	1	3,5		x
27	1	3,5	x	
Total	28	100%	5	6

Nas entrevistas 11 itens foram mencionados. Ou seja, durante as entrevistas um total de 11 itens foi citado pelos entrevistados como fonte de confusão, dificuldade de compreensão, ou inadequação ao contexto de trabalho. Dos 11 itens, apenas 2 foram mencionados com alguma frequência, sendo um deles mencionado 5 vezes e o outro 3 vezes. Em relação aos demais elementos do questionário o termo “ajudar” foi mencionado 5 vezes e a instrução do instrumento foi mencionada 2 vezes.

Interessante notar que um dos itens mencionados com frequência, o item 28, foi um dos itens reprovados na tradução reversa, e que, portanto, foi reformulado. Por outro lado, o segundo item mais mencionado, o item 1, foi um dos itens aprovados na tradução reversa, e não sofreu reformulação.

Outra análise foi realizada com os dados provenientes das respostas dos 37 sujeitos. Estes foram inseridos em um banco de dados SPSS onde foi analisada a curva normal das repostas e a correlação entre as dimensões do instrumento (Fadiga por Compaixão, *Burnout* e Satisfação por Compaixão).

Foram considerados distribuídos normalmente os itens que apresentaram valores padronizados de curtose e assimetria entre -3 e 3. (Tabachnick & Fidell, 1996). Sendo assim os itens que não apresentaram uma distribuição normal foram:

**Tabela 3- Assimetria e Curtose (Valores Padronizados)**

Item	Q6	Q10	Q14	Q16	Q18	Q20	Q25	Q30
Assimetria	-4,833	3,340	3,474	-4,050	-4,186	-4,528	4,151	-3,964
Curtose	5,639	1,256	1,202	4,476	3,457	6,687	3,372	2,612

Apesar de 8 itens terem apresentado problemas em relação a normalidade, não foi observada relação entre esses resultados e os resultados das entrevistas. Ou seja, pudemos observar que itens mencionados com frequência nas entrevistas não foram os itens que apresentaram problema quanto à normalidade. E mesmo quando consideramos a totalidade dos itens mencionados nas entrevistas, apenas o item 10 aparece nas duas análises.

Analisamos também a direção dos fatores por meio da correlação de Pearson. Nessa análise não pretendíamos medir a correlação entre os fatores ainda, uma vez que o “N” era muito pequeno. Com essa análise buscamos exclusivamente saber se os fatores haviam mantido a relação existente entre eles no instrumento original. Ou seja, se tal qual no instrumento original o fator *Burnout* e o fator Fadiga por Compaixão

estavam correlacionados positivamente e Satisfação por Compaixão correlacionado negativamente com os demais.

Como podemos ver na tabela 4 os dados mostraram que a versão em português do ProQol-IV manteve a mesma relação entre os fatores existentes no original.

**Tabela 4 - Correlação Fatores**

Correlação de Pearson	<i>Burnout</i>	Fadiga por Compaixão/ Trauma secundário	Satisfação por compaixão
<i>Burnout</i>	1	,620	-,523
Fadiga por Compaixão/	,620	1	-,382
Satisfação por compaixão	-,523	-,382	1

### 6.2.3- Discussão

Em relação aos dois elementos que foram frequentemente mencionados, instrução do instrumento, e o termo “ajudar”, adotaram-se os seguintes procedimentos.

No que tange à instrução do instrumento, a mesma foi modificada, atendendo às sugestões dos entrevistados. Porém quanto ao emprego do termo “ajudar”, julgamos que o melhor seria tentar adotar uma estratégia parcimoniosa.

A tradução dos termos em inglês ‘help, helper, helping’ recorrentes do ProQol-IV foi uma das maiores dificuldades enfrentadas durante a tradução desse instrumento, uma vez que em português a palavra ‘ajudar’ parece carregar um conceito que não está necessariamente ligado a uma atividade profissional. Ocorre que enquanto em inglês existem, por exemplo, profissionais denominados de ‘helpworkers’ ou ‘helpers’ o mesmo não ocorre na língua portuguesa, onde o sentido do termo “ajudar” é mais ampla, e normalmente ligado a comportamentos altruístas, não sendo usado para se referir a ofícios.

Este dado encontrou confirmação na fala dos sujeitos entrevistados, onde os mesmos mostraram-se incomodados com as várias definições que o termo “ajudar” pode ter na língua portuguesa. Os sujeitos argumentaram que ajudar não é necessariamente uma atividade desenvolvida por um profissional de saúde, podendo ser realizado por qualquer pessoa. Por outro lado, prestar assistência, ou atendimento é algo que apenas profissionais capacitados podem fazer.

Por essa razão, decidiu-se substituir o termo “ajudar” por “atender” nos itens onde se considerou possível a substituição. Ou seja, onde se julgou que a substituição do termo não acarretaria em prejuízo a compreensão da sentença.

Com as modificações descritas anteriormente, consideramos aprovada a tradução do instrumento ProQol-IV para o português. Tal avaliação baseou-se no julgamento de que os resultados não apontaram quaisquer problemas no processo de tradução, e que, portanto, alguns resultados podem ser decorrentes de prováveis problemas na construção do instrumento original e não do processo de adaptação para o português.

A nossa hipótese era de que problemas na tradução do instrumento acarretariam duas ocorrências: os itens seriam tanto mencionados nas entrevistas, quanto apresentariam problemas na distribuição normal das respostas. Acreditamos que a distribuição normal seria afetada, uma vez que interpretações muito distintas dos itens acarretariam uma maior dispersão. Ou seja, imaginamos que em caso de problemas de tradução, ocorreria uma correspondência entre os dados qualitativos e os quantitativos.

Além disso, também imaginamos que poderia haver relação entre os itens não aprovados na tradução reversa e os itens problemáticos. Porém, como vimos, essa relação não existiu. Dos itens mencionados nas entrevistas, um foi aprovado na tradução reversa e outro foi reformulado. Depois, vimos que mesmo levando-se em conta os itens pouco mencionados nas entrevistas, ou seja, somando um total de 6 itens, não houve correspondência entre estes e os itens nos quais verificou-se problemas relativos a normalidade.

Sendo assim, estabeleceu-se que o critério para reprovação da tradução dos itens seria de que os mesmos apresentassem problemas tanto na análise qualitativa (entrevistas) quanto na análise quantitativa (normalidade). Tal critério foi adotado, porque o nosso interesse, nesse processo, era capturar apenas os problemas de tradução e não de construção do instrumento. Ou seja, nesse momento o interesse era realizar um teste semântico para avaliar se a versão em português estava adequada contexto brasileiro em termos de interpretação semântica dos itens.

Observamos também que a versão em português manteve a relação que fatores tinham entre si no instrumento original, no qual Fadiga por Compaixão e *Burnout* correlacionam-se positivamente e Satisfação por Compaixão correlaciona-se negativamente com os demais.

Desta forma, acreditamos ter conseguido manter as mesmas propriedades semânticas existentes no instrumento original. Sendo assim, apresentaremos agora a análise das características psicométricas do instrumento em português aplicado em uma amostra maior de sujeitos.

### **6.3 - VALIDAÇÃO DO PROQOL-BR**

Para que pudéssemos testar as propriedades psicométricas da versão em português do ProQol-IV (ProQol-Br) precisávamos de uma população que se adequasse ao propósito do instrumento original. Das possibilidades de que dispúnhamos, a que mais nos ofereceu suporte e apoio foi a do SAMU-DF. Vale salientar que a coleta de dados junto aos trabalhadores do SAMU-DF, além de ter sido autorizada pelo diretor da organização, também foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O SAMU, Sistema de Atendimento Médico de Urgência, é um programa que visa atender às necessidades médico-emergenciais da população. O SAMU conta com o serviço de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem à população 24 horas por dia em qualquer tipo de situação de urgência de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental. O programa tem como principal objetivo reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce.

Desta forma os profissionais que atendem nesse programa, por se tratar de um serviço exclusivo de urgência, estão em contato constante com pacientes em situação de trauma, risco de vida e sofrimento. Esta exposição freqüente a eventos traumáticos pode, considerando-se os aspectos emocionais envolvidos, afetar a maneira como os trabalhadores se colocam diante de determinadas situações. Esse contexto nos pareceu ser muito semelhante ao contexto para o qual o ProQol-IV foi desenvolvido. Assim acreditamos que a população do SAMU configurar-se-ia como uma população adequada para se testar o ProQol-BR.

#### **6.3.1- Método**

A versão em português do ProQol-IV (Anexo I) resultante do processo de validação semântica foi então enviada a todos os funcionários do SAMU-DF (Serviço de Atendimento Médico de Urgência do Distrito Federal). Do total de 792 funcionários, 219 responderam à pesquisa, resultando em uma taxa de resposta de 27%.

Além dos 30 itens do ProQol-Br, o formulário enviado continha também a versão do MBI (Maslach *Burnout* Inventory) traduzida por Tamayo (1997) adaptada e validada por Codo et al. (1998). Também enviamos o MBI para que futuramente pudéssemos fazer análises comparativas entre os dois instrumentos, uma vez que, como já vimos, há na literatura uma discussão acerca de que tipos de relações existem entre o fenômeno da Fadiga por Compaixão e o *Burnout*. Além disso, o ProQol-IV possui uma escala própria de *Burnout*, o que nos permitirá futuramente analisar as diferenças e a semelhanças entre o *Burnout* mensurado pelo MBI e pelo ProQol-IV. Importante ressaltar, que os dados provenientes da aplicação do MBI não serão objeto do presente trabalho.

Os formulários foram respondidos em um período de dois meses (entre novembro e dezembro de 2006), para que houvesse tempo de os envelopes serem distribuídos e devolvidos ao núcleo central.

Os 219 questionários foram digitados, e um banco de dados SPSS foi criado, sendo que após análise dos *outliers* restaram 203 sujeitos.

Nesse banco de dados, realizou-se a análise de componentes principais, análise fatorial e testes de confiabilidade.

### 6.3.2- Sujeitos

A amostra foi composta quase igualmente por ambos os sexos, sendo 51,5% do sexo masculino, e 48,5% do sexo feminino. Pudemos observar que a maioria dos sujeitos é casada e que 77% deles têm filhos. Quanto aos cargos, maior parte dos participantes do estudo pertencia ao cargo de Auxiliar de Enfermagem (43%).

Quanto à escolaridade, mais de 48% da população analisada se encontram entre o segundo grau finalizado e o nível superior incompleto e 45% possuem curso superior.

Em relação à renda, observamos que os sujeitos concentraram-se na faixa de renda que vai de seis salários mínimos a nove salários <sup>17</sup> (34%). Seguindo isso, a renda familiar de mais de 50% dos participantes ultrapassa 12 salários mínimos (R\$ 4201).

---

<sup>17</sup> R\$ 2100 a R\$ 3150. Salário mínimo = R\$350,00

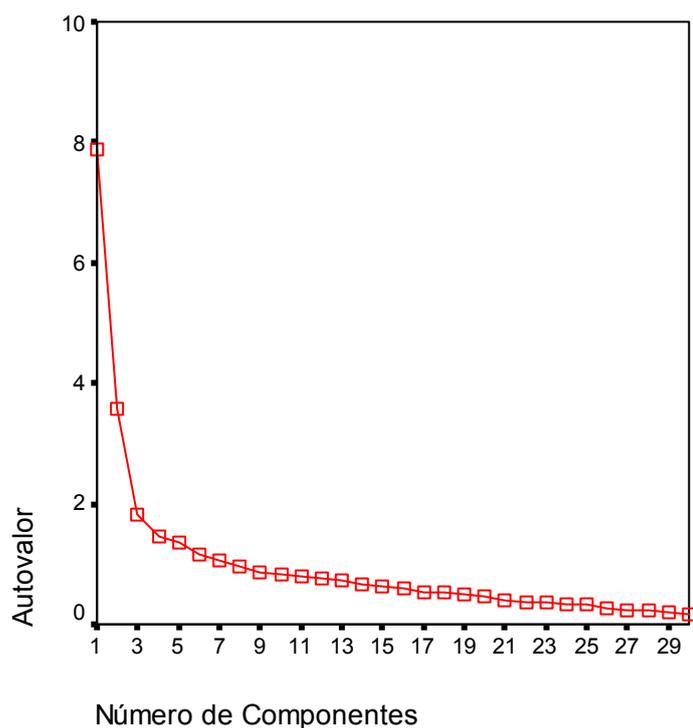
**Tabela 5 - Dados demográficos**

	<b>Frequência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	101	51,5
	Feminino	95	48,5
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	44	22,6
	Casado	125	64,1
	Separado/Divorciado	25	12,8
	Viúvo	1	0,5
<b>Tem filhos?</b>	Sim	148	76,7
	Não	45	23,3
<b>Grau de Escolaridade</b>	1º Grau Incompleto	2	1,1
	1º Grau Completo	5	2,7
	2º Grau Incompleto	7	3,7
	2º Grau Completo	55	29,3
	Nível Superior Incompleto	35	18,6
	Nível Superior Completo	84	44,7
<b>Faixa Salarial</b>	De R\$ 701 a R\$ 1400	3	1,6
	De R\$ 1401 a R\$ 2100	18	9,8
	De R\$ 2101 a R\$ 3150	63	34,2
	De R\$ 3151 a R\$ 4200	42	22,8
	De R\$ 4201 a R\$ 5600	20	10,9
	Acima de R\$ 5600	38	20,7
<b>Renda Familiar</b>	De R\$ 350 a R\$ 700	2	1,1
	De R\$ 701 a R\$ 1400	1	0,5
	De R\$ 1401 a R\$ 2100	12	6,4
	De R\$ 2101 a R\$ 3150	40	21,4
	De R\$ 3151 a R\$ 4200	35	18,7
	De R\$ 4201 a R\$ 5600	37	19,8
	Acima de R\$ 5600	60	32,1
<b>Cargo</b>	Condutor	43	22,3
	Auxiliar de Enfermagem	80	41,5
	Enfermeiro	30	15,5
	Médico	34	17,6

### 6.3.3- Resultado

A análise dos componentes principais apontou um KMO 0,861, que segundo Pasquali (2005) configura-se como um valor meritório, indicando que a matriz de covariâncias atinge índices suficientes de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações (vide anexo) apresentou o valor de 8,834E-07, e o teste *scree* de Cattell, apontou a possibilidade de extração de até 4 fatores.

**Figura 4 - Teste Scree**



Diante desses resultados, julgou-se que a matriz de correlações era fatorizável. Para a extração dos fatores foi realizada uma análise fatorial de eixos principais com rotação oblíqua (*Direct Oblimin*). Tendo em vista que o instrumento original continha 3 fatores, uma solução com 3 fatores foi forçada.

Os resultados mostraram que os três fatores extraídos explicam 45,5% da variância dos 28 itens observados (dois a menos que no instrumento original). Quanto à carga fatorial dos itens que compõem os fatores, o primeiro fator apresentou cargas variando entre 0,32 e 0,77, o segundo cargas entre 0,43 e 0,69, e o terceiro fator cargas que variam entre - 0,6 e - 0,65. Segundo Pasquali (2005) cargas de  $\pm 0,30$  normalmente são aceitas como sendo um índice não desprezível de validade do item. Desta forma, considerou-se que todos os itens que compuseram os fatores permaneceram dentro dos padrões de validade.

A análise de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach apresentou índices de 0,81 para o primeiro fator, 0,83 para o segundo fator e 0,76 para o terceiro fator.

**Tabela 6 – Cargas Fatoriais**

Itens	Cargas Fatoriais			Comunalidades
	fator 1	fator 2	fator 3	
q1	0,459			0,533
q2	0,534			0,401
q3	0,771			0,589
q4	0,435			0,314
q6	0,67			0,546
q12	0,726			0,623
q15	0,325			0,209
q16	0,485			0,472
q17	0,446			0,465
q18	0,523			0,654
q20	0,618			0,609
q22	0,766			0,672
q24	0,767			0,646
q27	0,653			0,494
q30	0,637			0,615
q5		0,544		0,387
q7		0,486		0,5
q8		0,692		0,478
q9		0,669		0,512
q10		0,572		0,509
q11		0,465		0,6
q13		0,497		0,622
q14		0,575		0,322
q23		0,435		0,359
q25		0,508		0,595
q19			-0,655	0,61
q21			-0,604	0,552
q26			-0,6	0,472
Número de itens	15	10	3	
Autovalores	8,1	3,7	1,7	
% Variância	27,2	12,5	5,7	
$\alpha$	0,8115	0,8381	0,7693	
Total variância Explicada (%)	45,5			

Diante desses resultados, podemos considerar que o primeiro e o segundo fator alcançaram bons índices de consistência, enquanto o terceiro fator alcançou índices apenas satisfatórios. (Pasquali,2005).

No entanto, o índice de consistência alcançado por esse fator pode ser considerado bom, tendo em vista a pequena quantidade de itens. A tabela abaixo mostra que todos os fatores mantêm alguma relação, sendo que os fatores 2 e 3 possuem uma relação forte, e os demais possuem uma relação mais fraca. Desta forma, verifica-se que estes três fatores não são independentes entre si.

**Tabela 7- Correlação entre fatores**

**Correlações entre os fatores**

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	1	-,279**	-,315**
Fator 2	-,279**	1	,540**
Fator 3	-,315**	,540**	1

\*\* . A correlação é significantes ao nível de 0.01

### 6.3.3.1 - Interpretação dos Fatores

Na análise fatorial não basta que alcancemos uma distribuição dos itens em fatores de forma válida e consistente. Validade e consistência no nosso caso não se restringem a adequação a parâmetros estatísticos. Queremos também que esse agrupamento faça algum sentido, que os itens que foram agrupados de forma matemática também guardem alguma coerência semântica.

Desta forma, como aponta Pasquali (2005), para o pesquisador em psicologia, se um fator não permitir uma interpretação do seu conteúdo semântico, tal fator não terá qualquer utilidade.

#### *Fator 1*

Segundo Pasquali (2005), na interpretação dos fatores devemos dar especial atenção aos itens com as maiores cargas. Desta forma, seguem abaixo os itens do fator 1 por ordem de importância de sua carga fatorial .

Podemos notar que os cinco primeiros itens falam dos benefícios do trabalho ligado a ajuda. Eles falam do orgulho, do sentimento de “poder fazer a diferença”, do entusiasmo e da satisfação produzida por essa atividade. Os demais itens, por sua vez,

também se referem a fatores positivos ligados ao trabalho de ajuda. Mencionam desde o julgamento do profissional acerca do seu desempenho, até o seu julgamento acerca de coisas mais amplas, como a sua felicidade.

**Tabela 8 – Itens Fator 1**

<p>Fator1  <math>\alpha =</math>  0,8115</p>	<p>q3 – Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar as pessoas  q24 - Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.  q22 – Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho  q12 – Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas  q6 - Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo  q27 – Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.  q30 – Estou feliz por ter escolhido este trabalho  q20 - Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação à aqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.  q2 – Tenho preocupações com mais de uma pessoa em estou ajudando  q18 - Sinto-me satisfeito (a) com o meu trabalho.  q16 - Sinto-me satisfeito (a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.  q1 – Sinto-me feliz  q17 – Sou a pessoa que sempre desejei ser  q4 – Sinto-me ligado aos outros  q15 – Tenho crenças que me sustentam</p>
--	---

Entendemos então, que o conteúdo desse fator representa claramente o que Stamm (2005) chamou de Satisfação por Compaixão (SC). Ou seja, o prazer proveniente do sentir-se capaz de desempenhar bem o seu trabalho, a satisfação causada pelo sentir-se capaz de ajudar as pessoas.

*Fator 2*

No segundo fator podemos perceber que os três primeiros itens referem-se a um estado de tensão, de estresse, uma situação que chega a invadir a vida privada do profissional. Os três itens seguintes dizem respeito a fatores negativos relacionados à atividade profissional. Já os demais itens abordam questões ligadas ao “contágio emocional” relacionadas ao trabalho com pessoas em sofrimento. Abaixo, podemos ver os itens do fator 2 por ordem de importância de sua carga fatorial .

**Tabela 9 – Itens Fator 2**

Fator2 $\alpha =$ 0,8381	q5 – Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos q7 - Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional q8 - Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo q9 – Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo. q10 – Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros q11 – Por causa do meu trabalho me sinto tenso em relação a várias coisas q13 - Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho q14 – Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi q23 – Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo q25 – Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.
--------------------------------	---

Desta forma, acreditamos que esse fator represente o que Figley (1995) e Stamm (2005) definiram como sendo o fenômeno da Fadiga por Compaixão (FC). Ou seja, os efeitos nocivos da exposição secundária a eventos altamente estressantes.

#### *Fator 3*

O fator 3 refere-se aos aspectos ligados a exaustão emocional. Ou seja, um sentimento de falta de energia, de desânimo. Uma sensação que faz com que as atividades figurem ser tão grandes e tão difíceis que parecem soterrar o indivíduo.

**Tabela 10 – Itens Fator 3**

Fator3 $\alpha =$ 0,7693	q19 – Sinto-me exausto (a) com o meu trabalho q21 – Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender q26 – Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.
--------------------------------	--

Esse fator parece representar a interpretação que Figley (1995) e outros tiveram acerca da síndrome de *Burnout* (como já discutido no Capítulo 5).

#### **6.3.4 Discussão**

Quando realizamos a análise fatorial, nosso intuito era o de realizar o mesmo processo que Stamm (2005) teria realizado na sua análise. No entanto, não conseguimos obter informações detalhadas acerca de como foram tratadas as questões na análise fatorial realizada por ele. No manual do ProQol-IV está claro que as questões 1,4,15,17,29 (todas da escala de *Burnout*) são invertidas, mas não fica claro se essa inversão também ocorreu quando Stamm inseriu essas questões na sua análise fatorial.

Sendo assim, tivemos o cuidado de enviar uma correspondência eletrônica para o endereço indicado no manual do ProQol-IV no dia 26 de abril de 2007 pedindo esclarecimentos acerca dos procedimentos adotados. Não obtivemos respostas, e re-

encaminhamos a correspondência no dia 9 de maio de 2007. Depois de aguardamos a resposta por cerca de um mês, decidimos continuar com o processo.

Decidimos que, na ausência dessa informação, adotaríamos a estratégia mais ortodoxa, ou seja, as questões seriam inseridas da análise fatorial sem nenhuma alteração quanto a sua direção.

Vimos que o resultado desta análise fatorial resultou em três fatores com boas cargas fatoriais e com bons índices de consistência, e que, além disso, os três fatores permitiram a interpretação de seu conteúdo semântico, e que este conteúdo manteve-se coerente com o conteúdo do instrumento original, ou seja, os fatores puderam ser entendidos em termos de Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão, e *Burnout*.

No entanto, apesar da nossa análise ter resultado na mesma quantidade de fatores, e na mesma interpretação dos fatores do instrumento original, a nossa solução resultou em uma disposição diferente dos itens. No instrumento original os três fatores eram compostos por 10 itens cada, na nossa solução, o primeiro fator compôs-se de 15 itens, o segundo de 10 itens e o terceiro de apenas 3 itens, totalizando 28 itens. Ou seja, na nossa solução 2 itens foram excluídos durante o processo de extração de fatores.

Os itens excluídos foram os itens 28 “*Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma*” e 29 “*Sou uma pessoa muito sensível*”. No instrumento original, o item 28 pertencia ao fator Fadiga por Compaixão, e o item 29 ao fator *Burnout*. Vale lembrar, que o item 28 já havia apresentado problemas na etapa de validação semântica, tendo sido citado com frequência nas entrevistas com os profissionais.

Na nossa análise da distribuição dos itens no instrumento original, acreditamos que tal qual o alfa de cronbach aponta, há problemas na composição do fator *Burnout*. Como podemos ver na tabela abaixo, na solução original adotada por Stamm (2005) esse fator parece misturar, por exemplo, questões referentes à felicidade do sujeito (q1) a sintomas de traumatização secundária (q8), enquanto que na solução obtida por nós, o fator compôs-se apenas de itens referentes à exaustão. E mesmo contando com apenas três itens, apresentou um alfa bastante superior ao da solução original<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Na versão original em inglês Stamm (2005) reporta uma alfa de 0,72 para esse fator.

**Tabela 11 – Fator *Burnout***

BURNOUT $\alpha = 0,625$	q1 – Sinto-me feliz q4 – Sinto-me ligado aos outros q8 – Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo q10 – Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros q15 – Tenho crenças que me sustentam q17 – Sou a pessoa que sempre desejei ser q19 – Sinto-me exausto (a) com o meu trabalho q21 – Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender q26 – Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo. q29 – Sou uma pessoa muito sensível
-----------------------------	--

Importante ressaltar que o mesmo ocorreu com outro fator. No fator ‘Fadiga por Compaixão’ (FC), quando se adota a solução original, encontramos também um alfa menor do que o encontrado pela solução obtida na nossa análise fatorial. Na nossa solução, esse fator alcançou um alfa de 0,83, enquanto que fazendo uso da solução original o alfa do mesmo fator caiu para 0,75<sup>19</sup>.

**Tabela 12 – Fator *Fadiga por Compaixão***

FC $\alpha = 0,7587$	q2 – Tenho preocupações com mais de uma pessoa em estou ajudando q5 – Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos q7 – Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional q9 – Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo q11 – Por causa do meu trabalho me sinto tenso em relação a várias coisas q13 – Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho q14 – Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi. q23 – Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo. q25 – Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores. q28 – Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma
-------------------------	---

No fator Satisfação por Compaixão (SC), o inverso ocorre. Ao adotarmos a solução original alcançamos um alfa de 0,87, enquanto que a nossa solução fatorial alcançou um alfa de 0,81<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Na versão original em inglês Stamm (2005) reporta um alfa de 0,80 para esse fator.

<sup>20</sup> Na versão original em inglês Stamm (2005) reporta um alfa de 0,87 para esse fator.

**Tabela 13 – Fator Satisfação por Compaixão**

SC $\alpha=0,8723$	q3 – Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar as pessoas q6 - Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo q12 – Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas q16 - Sinto-me satisfeito (a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento. q18 - Sinto-me satisfeito (a) com o meu trabalho. q20 - Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los. q22 – Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho
-----------------------	---

No entanto se considerarmos o instrumento como um todo, e assim tirarmos a média dos alfas de todos os fatores, podemos constatar que na solução fatorial original da versão em inglês de Stamm (2005), o instrumento alcançou uma média de 0,79, enquanto que a versão em português adotando a solução fatorial original alcança uma média de 0,74. Já a versão em português adotando a nossa solução fatorial alcança uma média de 0,80. Ou seja, acreditamos que a nossa solução fatorial da versão em português não só resultou em um instrumento mais consistente, como superou a consistência do instrumento original em inglês. Vale a pena ressaltar também, que na nossa solução o instrumento conta 28 questões, contra 30 da solução original. Por essa razão, acreditamos que a solução obtida por nós alcançou uma consistência maior com menor número de itens. Além disso, acreditamos que quando se leva em conta a interpretação do conteúdo dos fatores, a nossa solução parece apresentar uma maior clareza e coerência conceitual. Como vimos, o fator *Burnout* da solução original parece provocar uma mistura de conteúdos distintos.

Outro aspecto importante no que tange a compreensão dos itens é a expulsão de dois itens em nossa solução fatorial. Na nossa avaliação, a questão 29 não parece guardar relação alguma com a síndrome de *Burnout*, muito menos com os demais fenômenos que o instrumento pretende mensurar. E a questão 28 pode evocar uma idéia ligada à competência profissional e não à traumatização secundária.

Portanto, acreditamos que na nossa solução fatorial não só mantivemos as propriedades essenciais do instrumento original, como também melhoramos as propriedades psicométricas do mesmo. É claro que para que possamos falar com mais propriedade acerca dessas conclusões, precisamos de outras aplicações do instrumento em outras amostras de sujeito a fim de averiguar a consistência desses resultados. No entanto, diante dos dados que nós temos, não podemos nos furtar de tais conclusões.

### 6.3.5- Parâmetros

No manual do ProQol-IV, Stamm (2005) apresenta parâmetros para a qualificação de níveis normais e níveis que seriam indicativos de problemas. O método utilizado para tal procedimento foi o emprego da técnica do quartil. Sendo assim, no primeiro quartil temos o valor alcançado por 25% da amostra, no segundo o valor alcançado por 50% da amostra e no terceiro o valor alcançado por 75% da amostra.

Desta forma, para estabelecer os parâmetros do ProQol-IV, Stamm(2005) produziu um escore para cada fator. Para isso, somou os escores de cada um dos itens que compõem os três fatores. Os escores totais dos fatores foram então analisados quanto a sua distribuição na sua população (n=463).

Desta forma, Stamm (2005) relata que na escala de Satisfação por Compaixão, a o escore médio ficou em 37, com desvio padrão de 7. Sendo que 25% da população (Quartil3) alcançou um escore maior que 42, e os outros 25% (Quartil 1) abaixo de 33. Com base nesses resultados, Stamm(2005) então define que aqueles que pontuam acima de 42 são provavelmente aqueles que tem uma boa relação com o seu trabalho e possuem bons índices de satisfação. Por outro lado, aqueles que alcançam escores abaixo de 33, são provavelmente aqueles que estão enfrentando problemas no seu trabalho.

Na escala de Fadiga por Compaixão, Stamm (2005) relata que o escore médio da população é 13, com desvio padrão de 6. Sendo que 25% da população alcançou escores acima de 17, e os outros 25% escores abaixo de 7. Com base nesses resultados, Stamm (2005) define que pontuações acima de 17 pontos são provavelmente indicativa de problemas relativos à Fadiga por Compaixão.

Por fim, na escala de *Burnout*, Stamm(2005) relata um escore médio de 22, com desvio padrão de 6. Nessa escala, 25% da população alcançou escores acima de 27 e os outros 25% escores abaixo de 18. Com base nesses resultados, Stamm(2005) define que aqueles que alcançam escores abaixo de 18 são provavelmente aqueles que possuem bons sentimentos em relação a sua habilidade de realizar o seu trabalho. Por outro lado, aqueles que alcançaram escores acima de 27 provavelmente possuem um sentimento de que não estão desempenhando adequadamente as suas atividades.

Stamm(2005) parece fazer uma ressalva ao final da sessão onde discute os pontos de corte. Ele afirma que o melhor emprego do instrumento se dá por meio da análise dos dados de forma contínua, mas que, muitas vezes, as pessoas preferem ter pontos de corte como indicativos de problemas, e que, portanto, para definir os pontos de corte anteriormente mencionados, ele fez uso do “conservador método do quartil”.

Outra ressalva feita por Stamm(2005) diz quanto ao emprego do instrumento. Ele recomenda que o instrumento seja utilizado apenas com o propósito exploratório, e que, portanto, não seja utilizado como instrumento de mensuração de qualquer um dos fenômenos relacionados ao instrumento.

Stamm (2005) parece estar ciente dos problemas ligados ao estabelecimento de pontos de corte. No entanto, tendo em vista a carência por critérios práticos de interpretação de resultados de instrumentos de mensuração, ele parece se render a essa demanda e acaba por disponibilizar parâmetros para a interpretação dos dados gerados pelo seu instrumento.

Sabemos que o estabelecimento de parâmetros para a qualificação dos resultados de instrumentos de mensuração é uma tarefa bastante complexa. Isso porque, para que o mesmo possa ser realizado de forma válida, faz-se necessária uma normatização que leve em conta todos os estratos, todas as características de uma determinada população. Ou seja, se pretendo criar parâmetros para qualificação de um determinado fenômeno na população brasileira, preciso ter uma amostra, estatisticamente representativa dessa população. (Anastasi, 1977).

Stamm (2005) com 463 sujeitos, e nós com 203 sujeitos, temos uma amostra que está muito longe de ser representativa de nossas populações, de forma que a tentativa de criar qualquer tipo de parâmetro para qualificação desses dados produz no mínimo, uma Falácia de Composição, ou seja, concluir que uma propriedade das partes deve ser aplicada ao todo.

Por essa razão, ao contrário de Stamm (2005), não definiremos qualquer parâmetro de interpretação dos dados do ProQol-BR, por estarmos cientes de que não possuímos um “n” suficiente para o estabelecimento de tais critérios de qualificação. Além disso, entendemos que a divulgação de critérios, mesmo acompanhados de ressalvas, estimula aqueles que são pouco íntimos dos procedimentos psicrométricos, a fazerem o uso dos mesmos, na análise dos seus dados.

Entretanto, isso não significa que nada possa ser feito com esse instrumento. Entendemos que os resultados ProQol-BR podem ser usados sem que seja necessário o estabelecimento de parâmetros. Uma forma de usar esses dados seria comparando-os com os resultados de outra amostra, de outra categoria profissional, de outro setor, etc.

Por exemplo, ao aplicar o ProQol-BR em um hospital eu posso comparar os escores de médicos e enfermeiros. Ou então, de profissionais de saúde (médico, enfermeiros, etc.) com não-profissionais de saúde (vigia faxineira, etc.). Ou mesmo, comparar os resultados do Hospital A com os resultados do Hospital B. Desta forma, acreditamos que o instrumento seja capaz de produzir alguns dados muito valiosos sem que necessitemos incorrer no risco de tirarmos conclusões equivocadas.

Outro aspecto importante, que merece ressalvas, refere-se à estrutura conceitual subjacente ao ProQol-IV. Já vimos que existem alguns problemas na definição e conseqüentemente na operacionalização do fenômeno da Fadiga por Compaixão. No entanto, acreditamos que na ausência de um instrumento que esteja imune aos problemas decorrentes da literatura dessa área, o ProQol-IV figura-se como o melhor instrumento disponível para o estudo da Fadiga por Compaixão.

## **CAPÍTULO 7 - FADIGA E SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO: UMA NOVA CONCEPÇÃO.**

### **7.1 - INTRODUÇÃO**

Nesta última etapa do nosso estudo acerca da Fadiga por Compaixão, podemos dizer que estamos convictos de que: a) o fenômeno realmente existe, e pode acometer todos os profissionais que lidam com o sofrimento alheio; b) a literatura existente sobre o assunto é frágil, e contém uma grande quantidade de confusões e imprecisões; c) há a necessidade de uma redefinição do fenômeno da Fadiga por Compaixão, uma vez que a definição existente, por não levar em conta a dualidade do fenômeno, falha na tentativa de descrevê-lo e mensurá-lo.

Portanto, nesse capítulo, tentaremos propor uma nova definição do fenômeno da Fadiga por Compaixão, bem como uma nova distinção entre a Fadiga por Compaixão e os demais fenômenos normalmente associados a ela.

### **7.2- FADIGA E SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO: A DUALIDADE**

Aprendemos que nosso processo empático é composto por duas dimensões: uma dimensão animal, biológica, e outra simbólica, humana. Portanto, a compaixão que advém da nossa capacidade de perceber e sentir as emoções alheias também acaba carregando essa dualidade, que na verdade é a dualidade da natureza humana.

Por essa razão, se por um lado nos sentimos impactados ao presenciarmos ou escutarmos um relato de dor e sofrimento e isso nos impele a intervirmos nessa fonte de tensão, por outro lado podemos, por meio de um processo cognitivo, dar outros significados a esse desconforto: amplificando-o, amenizando-o, ignorando-o. Podemos amplificá-lo quando a intervenção, além de causar um alívio de tensão, também acarretará aprovação social. Podemos amenizá-lo quando avaliarmos que a vítima é responsável pelo seu infortúnio. E podemos ignorá-lo quando acreditarmos que outras pessoas já estão intervindo na situação.

Analogamente, eu posso sentir uma dor de barriga e acreditar que comi algo estragado, ou que estou nervoso, ou que estou apaixonado, ou que determinado cheiro me deixa enjoado. A mesma reação fisiológica (dor de barriga) pode ser interpretada de várias maneiras, e essa interpretação guiará os meus comportamentos, e não a dor de barriga em si. Se eu interpreto que aquela dor de barriga é em decorrência de algo que comi, provavelmente traçarei estratégias para evitar um novo contato com o alimento

que supostamente me fez mal. Se interpreto que a dor de barriga é em decorrência do meu nervosismo, posso ficar de fato nervoso; se interpreto que é em decorrência da atração por outra pessoa, começo a agir de forma a tentar conquistá-la; se interpreto que foi em decorrência de certo odor, passo a evitá-lo.

O mesmo ocorre na compaixão e, portanto, na Fadiga e na Satisfação por Compaixão. Apesar de em ambos os fenômenos às reações fisiológicas cumprirem um papel importante na vivência dessas experiências, não podemos negligenciar que a interpretação que o sujeito dá a essas informações fisiológicas também cumpre um papel essencial na maneira como essas informações fisiológicas impactarão o sujeito. E, portanto, o âmbito simbólico/cognitivo também cumpre um papel muito importante no processo empático humano.

Dito de outra forma, nós estamos mais uma vez defendendo uma perspectiva dual. Tanto a Fadiga quanto a Satisfação por Compaixão possuem os seus componentes fisiológicos, biológicos, quanto cognitivos e simbólicos. E por isso acreditamos que tentar entender esses fenômenos por meio de apenas uma das perspectivas produz uma compreensão míope do funcionamento dos mesmos.

### **7.2.1- A necessidade de uma perspectiva dualista**

Se a dualidade é a característica basilar da humanidade, e se a mesma dualidade está presente na empatia humana e na compaixão, qualquer teoria que se proponha a explicar fenômenos que estejam ligados ao processo empático e à compaixão deve ser capaz de captar essa dualidade, sob a pena de entender e descrever o fenômeno de forma incompleta.

Tendo em vista tudo o que já vimos até aqui, podemos analisar agora se as teorias e os conceitos existentes na área da traumatização secundária são capazes de capturar a dualidade desse fenômeno.

### **7.2.2- Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT & Transtorno de Estresse Traumático Secundário- TETS.**

Vimos no Capítulo 5 que os conceitos de Estresse Traumático Secundário (ETS) e Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS) estão intimamente ligados ao entendimento de que na descrição do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) do DSM-III, admite-se uma condição na qual o simples conhecimento da exposição de alguém a um evento traumático pode ser suficiente para eliciar um quadro de TEPT.

Desta forma, podemos entender que ETS seria correlato do Estresse Pós-Traumático (EPT), e TETS de TEPT, sendo que ETS e TETS se refeririam exclusivamente às essas situações onde o estímulo ocorre de forma secundária.

Talvez por essa razão, a definição, e a sintomatologia de TETS é basicamente a mesma da TEPT, como podemos ver na comparação feita por Figley (1995, p.8).

**Tabela 14 - TEPT & TETS**

Transtorno de Estresse Traumático	
Primário (TEPT)	Secundário (TETS)
<b>A - Estressor:</b> vivenciar um acontecimento estranho às experiências cotidianas de um ser humano, acontecimento este que é notoriamente gerador de grande estresse para qualquer indivíduo. Por exemplo: 1. sérias ameaças do eu; 2. destruição inesperada do ambiente do indivíduo.	<b>A- Estressor:</b> vivenciar um acontecimento estranho às experiências cotidianas de um ser humano, acontecimento este que é notoriamente gerador de grande estresse para qualquer indivíduo. Por exemplo: 1. sérias ameaças à pessoas traumatizadas. 2. destruição inesperada do ambiente de uma pessoa traumatizada.
<b>B - Revivência do Evento Traumático:</b> 1. recordações ligadas ao evento. 2. sonhos ligados ao evento. 3. Relembanças intrusivas do evento. 4. a experiência de estresse ao lembrar do evento.	<b>B - Revivência do Evento Traumático:</b> 1. recordações ligadas ao evento ocorrido com a pessoa traumatizada. 2. sonhos ligados ao ocorrido com a pessoa traumatizada. 3. relembanças intrusivas do ocorrido com a pessoa traumatizada. 4. lembrar os eventos ocorridos com a pessoa traumatizada é estressor.
<b>C - Esquiva/Entorpecimento de estímulos recordadores:</b> 1. esforço para evitar pensamentos/sentimentos. 2. esforço para evitar atividades/situações. 3. amnésia. psicogênica. 4. Rebaixamento do interesse pelas atividades. 5. Desapego. 6. Rebaixamento do afeto. 7. Sentimento de futuro abreviado (falta de perspectiva).	<b>C - Esquiva/Entorpecimento de estímulos recordadores:</b> 1. esforço para evitar pensamentos/sentimentos. 2. esforço para evitar atividades/situações. 3. amnésia psicogênica. 4. Rebaixamento do interesse pelas atividades. 5. Desapego. 6. Rebaixamento do afeto. 7. Sentimento de futuro abreviado (falta de perspectiva)
<b>D-Excitação Persistente :</b> 1. dificuldade em dormir/permanecer dormindo. 2. Irritabilidade e acessos de raiva. 3. dificuldade de concentração. 4. hipervigilância do eu. 5. respostas de susto exageradas. 6. reatividade fisiológica sugestiva.	<b>D-Excitação Persistente :</b> 1. dificuldade em dormir/permanecer dormindo. 2. Irritabilidade e acessos de raiva. 3. dificuldade de concentração. 4. hipervigilância do eu. 5. respostas de susto exageradas. 6. reatividade fisiológica sugestiva.

Podemos constatar que tanto TEPT quanto TETS são definidas por uma sintomatologia que tem como evento eliciador a vivência de um acontecimento incomum, acontecimento este que é notoriamente gerador de grande estresse para qualquer pessoa. Ou seja, tanto TEPT quanto TETS estão falando apenas acerca da dimensão biológica da nossa experiência, acerca dos efeitos decorrentes de contextos onde não conseguimos nos adaptar a eventos que nos causam grande mobilização. Dito de outra forma, tanto TEPT quanto TETS estão intimamente ligadas às nossas respostas básicas diante de eventos mobilizadores/estressores. No caso de TEPT as nossas respostas básicas diante da exposição primária, e no caso de TETS as nossas respostas básicas diante de uma exposição secundária.

Como já vimos, Harris (1995) descreve o processo que leva à vivência de um evento estressor secundário capaz de causar TETS que, dito de forma simplória, é o resultado de o indivíduo conseguir ou não adaptar-se adequadamente aos estímulos. Quando conseguimos nos adaptar, na ausência do estímulo retornamos ao estado em que estávamos antes da exposição ao evento traumático, se não, desenvolvemos TEPT ou TETS.

Há outros dados que também podem ser considerados como indicadores de como essa abordagem está comprometida apenas com a dimensão biológica da nossa experiência. Vários estudos envolvendo o tratamento farmacológico do TEPT, como mostra Friedman (1999), têm apontado que diversos fármacos estão sendo testados no tratamento do TEPT e que dentre eles os SSRI (inibidores seletivos da recaptação da serotonina) têm se mostrado bastante eficazes na remissão de grande parte dos sintomas do TEPT.

Importante notar que nesses casos, “tratamento” e “remissão de sintomas” são sinônimos. Ou seja, em tais casos, o objetivo do tratamento não é “elaborar”, “entender” o trauma, dar suporte a pessoa traumatizada, ou coisas dessa ordem. O que se procura com essas medicações é a remissão dos sintomas descritos no quadro acima. Dito de outra forma, nesses casos objetiva-se exclusivamente a suspensão dos sintomas normalmente relacionados à TEPT e TETS. Porém, como nessas perspectivas os sintomas são a patologia, o fim do sintoma significa o fim do adoecimento.

Por exemplo, dentro dessa perspectiva, em um caso hipotético, se nós conseguíssemos por meio de intervenção farmacológica extinguir a maioria dos sintomas de estresse de um indivíduo, mesmo que ele permanecesse em um contexto objetivamente estressante, poderíamos afirmar que o mesmo estava curado. Ou seja, ao

fazer com que o indivíduo não reaja mais de determinada forma aos estímulos estressantes, poderíamos afirmar que o mesmo não está mais estressado.

Essa estratégia é questionável, uma vez que extinguir a resposta do organismo de forma artificial, sem entender apropriadamente como aquela resposta foi eliciada e sem procurar uma estratégia que favoreça o próprio organismo a retornar ao seu estado normal, parece ser tratar da consequência sem entender ainda da causa.

Sendo assim, entendemos que TEPT refere-se às respostas fisiológicas decorrentes da exposição primária a um evento estressor, sendo que na mesma definição está aberta também a possibilidade de exposição secundária. Já o TETS refere-se exclusivamente às respostas fisiológicas decorrentes da exposição secundária a um evento estressor. Porém, apesar de o TETS dar uma boa descrição dos sintomas fisiológicos normalmente associados à Fadiga por Compaixão, essa concepção não aborda os efeitos na dimensão simbólica/cognitiva dessas experiências no indivíduo.

Outro ponto importante que merece ser frisado refere-se ao fato de que não há na definição do TEPT e nem na definição de TETS referência ao processo empático, que, como já vimos, é um processo primordial para a existência de uma experiência secundária. Como abordaremos mais adiante, foi justamente essa deficiência que o trabalho Figley parece ter tentado suprir.

### **7.2.3 A Fadiga por Compaixão definida por Figley**

Ainda com base na condição de exposição secundária existente na definição da TEPT, Figley (1995) propõem a substituição do uso do termo TETS por Fadiga por Compaixão. Segundo a sua proposta, tal substituição teria o objetivo tanto de adotar um termo menos patologizante, como de chamar atenção para os processos que subjazem esse fenômeno, no caso, a empatia, e a compaixão.

Tendo em vista esse posicionamento de Figley, entendemos que o autor, apesar de aparentemente ter percebido que a experiência secundária só era possível através de um processo empático, não foi capaz de desprender-se totalmente do conceito de TEPT, ficando ainda preso a uma definição que é basicamente sintomatológica e organicista e que não contém no seu âmago a idéia de empatia e de compaixão.

Entendemos que o trabalho de Figley (1995) acerca da Fadiga por Compaixão, apesar de ter essas limitações, ainda assim é de grande importância, pois ele leva adiante a compreensão de fenômenos até então ligados basicamente a TEPT e a TETS. E isso ocorre basicamente pela inserção da “compaixão” e da “empatia” na discussão desses

fenômenos. Por outro lado, Figley (1995) ao igualar a Fadiga por Compaixão ao TETS, e tratar os dois conceitos como sinônimos, continuou a olhar para o homem como sendo um ser apenas biológico, que se adapta ou não a estímulos tidos como traumáticos, tornando a inclusão da empatia e da compaixão, na discussão, algo quase ornamental. Ou seja, apesar de Figley (1995) ter chamado a atenção para o cerne do problema, parece que ele não foi capaz de realizar toda a mudança na compreensão do fenômeno que a inserção da empatia e compaixão demandava.

Além desses problemas, a equiparação feita por Figley (1995) entre Fadiga por Compaixão, e TEPT e TETS também gerou outros complicadores. Isso porque tanto TEPT quanto TETS estão falando acerca das conseqüências da vivência de um “trauma”. Ou seja, das conseqüências da experiência de um evento agudo, que ocorre de forma súbita e intensa. Por outro lado, entendemos que a Fadiga por Compaixão, assim como o *Burnout*, não está relacionado às conseqüências da vivência de um trauma, mas à fadiga, à exaustão. Por isso, *Burnout* e Fadiga por Compaixão não são o resultado da vivência de um evento agudo, mas da vivência de um evento crônico, decorrente de uma longa exposição a determinados estímulos. Entendemos assim, que tanto no *Burnout* quanto na Fadiga por Compaixão, nós estamos falando acerca de eventos que ocorrem de forma progressiva e gradual e por isso causam efeitos mais amplos e prolongados.

Outra distinção que se faz importante, e que está diretamente ligada às diferenças entre a vivência de um trauma e vivência de uma fadiga, é a diferença da conseqüência de ambas. No caso da vivência de um trauma o que pode ocorrer são transtornos, como a própria nomenclatura de TEPT e TETS deixa claro. Importante destacar que mesmo assim, Figley (1995), ao realizar a equiparação entre Fadiga por Compaixão e TETS, afirma que a primeira é uma síndrome. Na página 16 da introdução ele diz:

“Parece que o estresse traumático secundário – ou, como nós preferimos fadiga por compaixão – é uma síndrome que põe a maioria dos terapeutas em risco”. (Figley, 1995, p.15)

Ao contrário de Figley, entendemos que tanto TEPT quanto TETS dizem a respeito a transtornos, ou seja, a desarranjos, desordens de caráter passageiro e ligeiras perturbações da saúde decorrentes da exposição a um evento traumático. Portanto, entendemos que quando falamos acerca de transtornos, estamos nos referindo a um número menor, a uma menor variedade, e, portanto, a uma quantidade finita de

sintomas. E por isso entendemos que justamente por ser uma quantidade finita de sintomas, esta pode ser esquematizada como no quadro apresentado anteriormente.

Por outro lado, a vivência de uma fadiga, de um esgotamento decorrente da exposição contínua a um determinado estímulo, tem normalmente como resultado uma síndrome. Ou seja, tem como resultado um conjunto de sinais e sintomas, que podem ser produzidos por mais de uma causa. Sendo assim, quando nos referimos a uma síndrome, estamos nos referindo a um grande número, a uma maior variedade de sinais e sintomas, ou mesmo a uma quantidade infinita dos mesmos.

Para termos uma noção mais clara dessas diferenças, basta pensarmos nos exemplos clássicos de TEPT. No caso do TEPT temos veteranos de guerra, vítimas de acidente automotivo, vítimas de catástrofes naturais, etc. Ou seja, situações onde o sujeito é atingido de forma súbita por informações ambientais intensas e bruscas. Ou, dito de outra forma, quando o sujeito é arrebatado por contextos com os quais ele não está preparado para lidar.

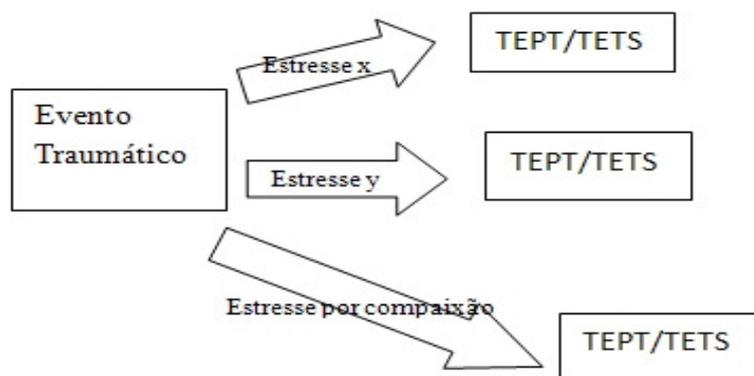
No entanto, a confusão entre trauma e fadiga, e, portanto, entre transtorno e síndrome, começa a ocorrer no caso do emprego do TETS. Na literatura, temos o termo TETS sendo usado tanto para se referir aos casos que envolvem profissionais ligados ao resgate de vítimas, ou seja, casos onde temos provavelmente um quadro de trauma (Collins & Long, 2003b; Wilson & Gielissen, 2004; Murphy, Jonhson & Beaton, 2004), como nós temos também o TETS sendo usado para se referir aos casos de familiares, amigos, e profissionais de ajuda envolvidos no tratamento de veteranos de guerra, vítimas de acidente automotivo, vítimas de catástrofes naturais, e etc.(Figley, 1995; Baird & Jenkins, 2002; Salston & Figley, 2003), casos esses, onde provavelmente o que ocorreu foi uma fadiga, uma exaustão decorrente do constante contato com as vítimas.

Entendemos que no caso de TETS envolvendo profissionais de resgate, estamos falando da possibilidade de um trauma, uma vez que os indivíduos podem ser surpreendidos por um evento agudo, pontual, súbito e intenso e com o qual eles não estavam preparados para lidar. Desta forma, entendemos que quando nos referimos a esses eventos por meio do termo TETS, estamos na verdade usando essa nomenclatura para nos referirmos aos casos que se enquadram em uma condição especial de TEPT, a de exposição secundária.

Importante frisar que mesmo no caso de TETS, o fato de se tratar da vivência de um trauma não exclui a possibilidade que o mesmo contenha elementos empáticos, uma vez que esse trauma tem um caráter secundário. Ou seja, no caso de TETS podemos ter sim eventualmente a ocorrência de um “trauma empático”. No caso dos profissionais de resgate, a empatia e a compaixão também podem estar presentes, no entanto, o ponto crucial é que ela não é necessária para que algum trauma ocorra, e que, portanto, algum transtorno se desenvolva em sua decorrência.

Na Figura 5 podemos ver uma representação gráfica do que estamos afirmando.

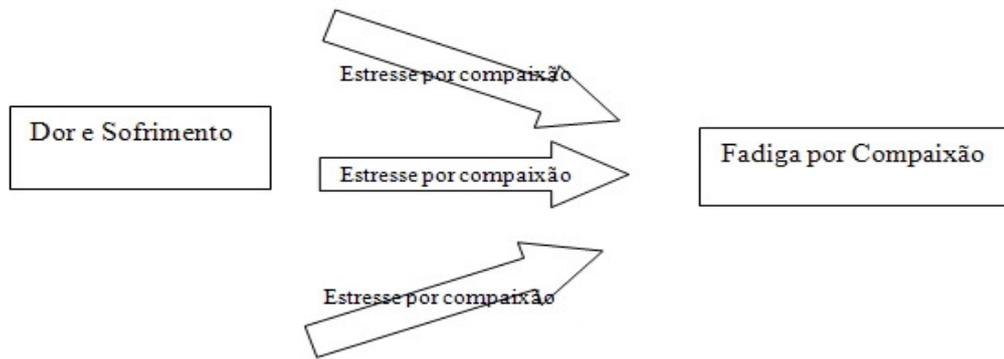
**Figura 5 – TEPT/TETS**



Na experiência de um evento traumático (evento súbito, intenso, para qual o indivíduo não está preparado) uma reação de estresse é eliciada. Dentre as modalidades de estresses possíveis há possibilidade de que o indivíduo vivencie o Estresse por Compaixão. Como já visto, se após o quadro de estresse ocorrer uma adaptação, o indivíduo retorna ao seu estado normal, se não, o mesmo desenvolve algum Transtorno Pós-Traumático (TEPT/TETS).

Por outro lado, quando falamos de Fadiga por Compaixão, a empatia e a compaixão são elementos necessários e essenciais para o desenvolvimento de um quadro de exaustão e fadiga. Além disso, não estamos falando da exposição a um evento traumático, mas da exposição crônica à dor e ao sofrimento, e da experiência recorrente de episódios de Estresse por Compaixão.

**Figura 6 – Fadiga por Compaixão**



Com a recorrência de episódios de Estresse por Compaixão, o indivíduo começa a ter seus recursos exauridos, e então começa a empregar as mais diversas estratégias na tentativa de se proteger ou do estresse por compaixão, ou da dor e do sofrimento dos pacientes.

Por isso acreditamos que em muitos casos descritos na literatura como sendo casos de TETS envolvendo familiares, amigos e profissionais de ajuda, o que há de fato é um quadro de Fadiga por Compaixão, uma vez que nesses casos o que ocorre é uma condição que é resultante do contínuo contato com as vítimas, e não do contato imediato, ou do primeiro contato com a mesma.

Dito de outra forma, no caso de familiares, amigos, e de muitos profissionais de ajuda, não acreditamos ser correto empregarmos o termo TETS para descrever o que ocorre com eles. Porque o que está em jogo nesses casos é a compaixão, e não vivência de um evento pontual, de um acontecimento impactante, do choque ao presenciarmos ou sermos informados acerca do ocorrido com a vítima, que é o que caracteriza traumas e transtornos.

Porém, há também os casos em que os dois fenômenos podem ocorrer concomitantemente. Por exemplo, no caso dos paramédicos que vão ao local do acidente, fazem o resgate e depois continuam o tratamento da vítima até que a mesma seja encaminhada ao um hospital. Ou então, no caso dos profissionais de saúde que trabalham em pronto-socorros e estão sujeitos a deparar-se com algumas ocorrências que podem causar algum impacto. Nesses dois casos, os profissionais podem ser traumatizados pelo impacto dessa experiência nova e depois vir a ficar fadigados durante o período em que o paciente ficar internado e sob seus cuidados.

Nos dois casos, tanto um quadro de TETS pode se instalar, em decorrência do impacto causado ao entrar contato com esse novo estímulo, quanto à síndrome da Fadiga por Compaixão pode se desenvolver em decorrência da energia gasta no tratamento dessas ou de outras vítimas.

#### **7.2.4- Contratransferência & Traumatização Vicariante**

Se por um lado TETS e a Fadiga por Compaixão tal qual definida por Figley (1995; 2002), reduzem o fenômeno da traumatização secundária à dimensão biológica do ser humano, a Contratransferência leva em conta apenas a dimensão simbólica, o humano do homem, negligenciando o fato que por baixo de toda a nossa humanidade, há uma organicidade, uma animalidade da qual nós não estamos livres. De forma geral, a Contratransferência refere-se à troca simbólica entre vítima e terapeuta (ou ajudador), troca esta que dentro de um quadro de dor e sofrimento significa também a transmissão de dor e sofrimento para o terapeuta que escuta o relato da vítima. Como já discutimos, a nossa inserção no mundo da linguagem, do simbólico, ampliou a nossa capacidade de participar da experiência do outro, possibilitando que nós, mediante o simples relato dos fatos, nos transportemos para o contexto da vítima, permitindo-nos sentir grande parte do que a vítima sente ou sentiu em decorrência da sua experiência traumática.

Porém, se a Contratransferência se destaca por dar ênfase ao âmbito simbólico do nosso processo empático, ela por outro lado negligencia as respostas fisiológicas decorrentes desse processo de “transferência emotiva”, deixando de fora aspectos importantes ligados aos efeitos que essa experiência tem sobre o nosso organismo. Ou seja, negligencia a existência de uma grande variedade de sintomas de estresse ligados a essas experiências.

Dentro desse contexto monocórdico, a Traumatização Vicariante à primeira vista parece apresentar uma possível saída, propondo uma abordagem integrada, procurando uma perspectiva mais ampla para entender o fenômeno, uma forma mais completa e complexa de considerar a traumatização secundária. Apesar de supostamente fazer uso de construtos vindos de várias teorias, os autores da Traumatização Vicariante acabam se caracterizando pela ênfase nas crenças e nos esquemas. Sendo assim, o fenômeno da Traumatização Vicariante é geralmente descrita da seguinte forma: diante da ocorrência da exposição do ajudador a estímulos traumáticos secundários, esses estímulos podem causar desorganizações nos esquemas desse indivíduo, esquema que ele tem sobre si mesmo, sobre os outros, sobre o mundo, fazendo com que este comece a manifestar os

mesmos sintomas dos pacientes traumatizados, pacientes que tiveram seus esquemas alterados pela experiência traumática primária. Desta forma, o ajudador pode desenvolver sintomas semelhantes ao das vítimas, tais como pesadelos, pensamentos intrusivos, hipervigilância, irritabilidade e desconfiança em relação às pessoas.

Por todo o exposto, entendemos que os estudiosos da Traumatização Vicariante até tentam olhar todas as dimensões do humano, mas sem ter uma consciência clara da dualidade subjacente, não alcançam grande sucesso.

### **7.3- A CAUSA DA DIVERSIDADE CONCEITUAL**

Depois de tudo que aprendemos acerca dos fenômenos relacionados à Traumatização Secundária, do fenômeno da empatia humana, e da compaixão, devemos tentar analisar a causa dessa enorme diversidade de termos, conceito, definições que encontramos dentro do campo da Traumatização Secundária.

E depois de tudo que discutimos, entendemos que a mencionada diversidade se deva ao fato de que nenhuma das alternativas concebe o ser humano enquanto um ser dual. Um ser constituído de uma parte animal, biológica, orgânica, e de outra parte humana, abstrata, simbólica, cognitiva. E entendemos que essa conjectura encontra suporte em uma asserção bastante comum nos trabalhos que tratam desses conceitos: a de que existe uma grande intersecção entre todos os conceitos. (Figley, 1995; Sexton, 1999; Abendroth, 2005; Jenkins & Baird, 2002; Hafkenschied, 2005; Hesse, 2002; Jandle, 2004; Keidel, 2002; Sabo, 2006; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Steed & Bicknell, 2001).

“Há uma intersecção considerável entre esses construtos teóricos, assim como há também diferenças que ainda devem ser integradas<sup>21</sup>”. (Sexton, 1999, p.394).

Diferentemente desses autores, entendemos que esta intersecção não esteja propriamente nos conceitos e nas definições. Entendemos que essa intersecção é na verdade o reflexo da intersecção das duas dimensões constituintes do homem e conseqüentemente constituintes do processo empático que subjaz os fenômenos abordados por todos esses conceitos, ou seja, a intersecção entre simbólico/cognitivo X biológico/animal. Assim, acreditamos que a tão comum constatação de que há uma intersecção (overlap) entre esses conceitos, seja reflexo da intersecção entre a dimensão humana e dimensão biológica no processo empático humano.

---

<sup>21</sup> “There is considerable overlap among these theoretical constructs, there are also differences which have yet to be integrated.”

Julgamos que toda vez que tentamos olhar apenas para parte animal, temos a impressão que algo fica de fora, que algo escapa a nossa explicação. Da mesma forma, quando tentamos apenas olhar para parte humana, também não conseguimos entender alguns aspectos desses fenômenos. Além disso, quando olhamos apenas para essa parte temos dificuldade em precisar onde ela termina e então começa a parte biológica, animal. Isso ocorre justamente porque uma interseção é definida como sendo a área que pertence a dois conjuntos simultaneamente.

Por isso, TEPT, TETS, e a Fadiga por Compaixão definida por Figley (1995), falham ao tentar explicar o fenômeno da compaixão por meio de uma sintomatologia, pois, as formas de somatização diante de um evento empaticamente estressante são quase infinitas. Em alguns casos há ocorrência de sonhos, em outros de problemas gástricos, em outros de cefaléias e assim por diante. Tentar definir a Fadiga por Compaixão, por meio de uma sintomatologia é incorrer no mesmo erro de tentar-se definir uma patologia exclusivamente pelos seus sintomas. A medicina há algum tempo já sabe, por exemplo, que cefaléia, febre e náuseas, podem ser sintomas de uma infinidade de patologias e por isso, apenas com a realização de exames que apontem a etiologia da patologia, pode-se fechar um diagnóstico.

Se o diagnóstico de patologias normalmente tidas como orgânicas, não usam como critério apenas os sintomas, a situação fica ainda mais difícil quanto tentamos usar sintomas para fazer o diagnóstico de uma patologia que é claramente psico-orgânica. Desta forma, TEPT, TETS e a Fadiga por Compaixão tal qual definida por Figley (1995), acabam caindo no mesmo problema que temos hoje com o diagnóstico de Estresse, quando Estresse se tornou um conceito ônibus, onde tudo e nada podem ser e não ser ao mesmo tempo. Onde tudo que sabemos e não sabemos pode ser explicado pelo mesmo rótulo.

Por outro lado, tanto Contratransferência, quanto Traumatização Vicariante negligenciam o fato de que mesmo que essa experiência seja repleta de crenças e símbolos, ela tem como suporte um corpo que reage da forma como os corpos de outros animais reagem a qualquer espécie de evento estressor. Ou seja, através do dispêndio de uma grande quantidade de energia na tentativa de se adaptar ao estímulo novo. Esse grande gasto de energia tem um custo para o sistema, custo que é maximizado na medida em que esse gasto de energia é realizado por mais tempo. Portanto, atentar-se apenas para as mudanças que ocorrem no âmbito simbólico/cognitivo daqueles que lidam constantemente com o sofrimento alheio, negligencia tudo aquilo que ocorre nos corpos destes que têm essa difícil tarefa, negligência esta que pode comprometer o tratamento dos mesmos.

#### **7.4- POR QUE *BURNOUT* NÃO É FADIGA POR COMPAIXÃO?**

Se a relação entre os vários conceitos que envolvem o campo da traumatização secundária é amplamente reconhecida, a relação do *Burnout* com a Fadiga por Compaixão é sem dúvida a mais anunciada e reconhecida. Como já vimos, essa relação é tão íntima ao ponto de vários instrumentos desenvolvidos para a mensuração da traumatização secundária conter na sua composição escalas de *Burnout*.

Partindo do aspecto mais singelo da relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão, vimos que ela teve início no cunho do próprio termo “Fadiga por Compaixão”. Uma vez que o uso do mesmo se deu pela primeira vez em um trabalho sobre *Burnout*. Mas a questão não reside especificamente nesse ponto; as relações entre esses dois conceitos guardam aspectos ainda mais imbricados.

Se olharmos para a história do *Burnout* (vide Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) veremos que o fato de o termo Fadiga por Compaixão ter sido usado em um trabalho sobre *Burnout* em enfermeiras não foi mera coincidência. Veremos também que o início do estudo do *Burnout* se deu justamente com os profissionais de saúde, em especial com as enfermeiras. E aqui cabe uma pergunta: por que será que *Burnout* nasceu justamente na tentativa de entender o adoecimento dos profissionais de saúde<sup>22</sup>?

Ainda olhando para a história do *Burnout*, perceberemos que algum tempo depois de o conceito ter sido formulado, ele começou a ser aplicado também na tentativa de se entender o adoecimento de outros tipos de trabalhadores, deixando de ser

---

<sup>22</sup> Importante ressaltar que quando me refiro aos profissionais de saúde, não me refiro apenas a médicos e enfermeiros, mas a todos os ajudadores. Ou seja, psicólogos, assistentes sociais, etc. Todas as atividades que americanos classificam como “Human services”.

tido como uma síndrome que acometia apenas os profissionais de saúde, fato esse, que inclusive, fez necessárias adaptações no instrumento original. Tais adaptações, que vale a pena ressaltar, constaram basicamente da mera mudança da denominação da clientela, sendo muito pequenas as alterações feitas na estrutura semântica do mesmo. Por exemplo, na versão para Professores (MBI-ES), alterou-se o termo que se referia a clientela para “alunos”.

Assim, o *Burnout* nasceu da necessidade de se entender um fenômeno que acometia principalmente profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, e depois passou a ser usado para entender o adoecimento de outros profissionais que lidavam com alguma clientela. Tal constatação nos leva a dois questionamentos: será que os profissionais de saúde são uma categoria muito distinta das outras, em decorrência do tipo de atividade que eles realizam, ou será que as especificidades do trabalho em saúde são pequenas em relação a demais categorias que lidam também com uma clientela?

Acreditamos que o trabalho de Joinson (1992) indica respostas para essas duas questões. Primeiro, o *Burnout* nasceu na tentativa de se entender o adoecimento de profissionais de saúde, pois essa é uma categoria profissional que é reconhecidamente de alto risco de adoecimento mental. Como por exemplo, apontam alguns estudos que indicam incidências de problemas ligados à saúde física e mental nessa categoria bem acima da média da população. (Meleiro, 1998; Nogueira - Martins, 2002; Sobrinho et al.2006). A dimensão deste problema é tão grande, que este tema de publicação recente do Conselho Federal de Medicina. No livro intitulado de “A Saúde dos Médicos no Brasil” estão o resultado de uma pesquisa realizada com 7,7 mil profissionais, que trazem dados alarmantes quanto à situação de saúde mental dos mesmos.

Segundo, os profissionais de saúde são uma categoria distinta das outras, pois é a única categoria que tem como ofício lidar com a vida, com a morte, com o sofrimento e com a dor. Dito de outra forma, é essa demanda exclusiva que faz dos profissionais de saúde uma categoria singular.

Outro ponto importante que o trabalho de Joinson (1992) parece apontar é que provavelmente em decorrência da prematura extensão do *Burnout* as demais categorias profissionais, antes mesmo que o fenômeno fosse suficientemente compreendido e estudado nos profissionais de saúde onde a demanda teve seu início, isso teria feito com que a conceituação do *Burnout* se desvirtuasse da sua origem, que era o de entender o adoecimento dos profissionais de ajuda. Fato que acreditamos ter sido o responsável por Joinson (1992) ter tido a necessidade de adotar um adjetivo na tentativa de explicar o que acometia as suas enfermeiras por meio do conceito de *Burnout*.

Como já argumentamos, acreditamos que se o conceito de *Burnout*, desse conta de explicar suficientemente o que acometia as enfermeiras descritas pro Joinson (1992), esta não teria sentido a necessidade de qualificar o *Burnout* que percebera. No entanto, apesar de Joinson (1992) ter tentado chamar o que viu de *Burnout*, ela percebeu que o que estava em jogo era a compaixão, compaixão esta que não faz parte do conceito de *Burnout*, mas que estava lá quando na tentativa de entender o que acometia os profissionais de saúde os primeiros estudiosos adotaram o nome de *Burnout* para caracterizar a fadiga dos ajudadores.

Como já estavam lá todos os elementos que o conceito de *Burnout* tentou abarcar, e que causavam o adoecimento daqueles profissionais, de fato, o conceito de *Burnout* carrega alguns elementos que podem também estar presentes em um quadro de Fadiga por Compaixão. Mais especificamente, duas estratégias comuns de enfrentamento (despersonalização e a diminuição da realização profissional), e uma das conseqüências do desgaste físico e emocional decorrentes do constante contato com o sofrimento e a dor (exaustão emocional).

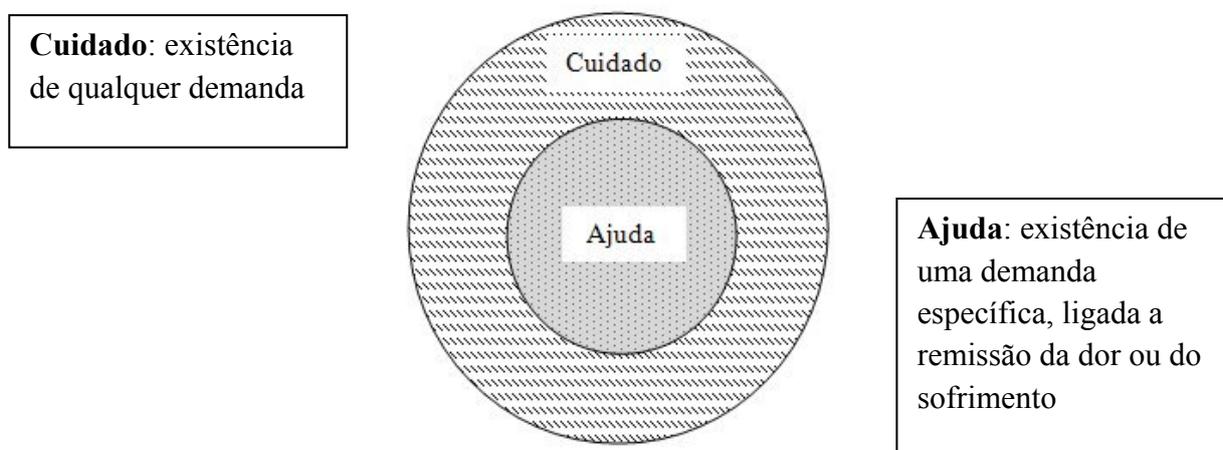
Porém, apesar de carregar alguns elementos que compõem o adoecimento do profissional de saúde, o *Burnout* (talvez na ânsia de abarcar outras categorias profissionais) deixou de fora os aspectos primordiais do trabalho dos profissionais de ajuda, ou seja, o processo empático, a compaixão, a onipotência, a impotência, o papel social que cumprem essas atividades, enfim, uma miríade de elementos que nós já analisamos. E por ter deixado, tantas coisas de fora, entendemos que o *Burnout* não é capaz de explicar apropriadamente o que acontece com os profissionais de ajuda, e por isso Joinson (1992) primeiramente, e posteriormente tantos outros, começaram a procurar por outros conceitos que explicassem de forma mais plena a situação dessa categoria.

Por isso, as diferenças e as semelhanças entre o *Burnout* e Fadiga por Compaixão podem ser entendidas como uma diferença de foco. O *Burnout* trata de uma síndrome que afeta aqueles trabalhadores que lidam com alguma clientela. O *Burnout* trata da dinâmica do trabalho dos “cuidadores”, ou seja, toda e qualquer atividade que está ligada à prestação de algum serviço. Atividades estas que englobam desde a atividade de um recepcionista até a do professor. Já a Fadiga por Compaixão refere-se a uma síndrome que atinge aqueles trabalhadores que lidam, não com qualquer clientela, mas com uma clientela que sofre, e que precisa de ajuda. A Fadiga por Compaixão trata da dinâmica do trabalho dos “ajudadores”, que engloba toda e qualquer atividade ligada à prestação de serviços de ajuda.

Sendo assim, enquanto o *Burnout* refere-se às profissões ligadas ao cuidado, a Fadiga por Compaixão trata de um tipo especial de cuidado, a ajuda. Se nós podemos dizer que o *Burnout* trata da fadiga do cuidador, dizemos que a Fadiga por Compaixão refere-se à fadiga do ajudador. Portanto, enquanto o *Burnout* aplica-se a um contexto mais amplo de prestação de serviço, a Fadiga por Compaixão aplica-se a um contexto bastante circunscrito: os contextos onde o processo empático e a compaixão são condição necessária para realização da atividade profissional.

Tendo em vista tudo o que foi dito, podemos imaginar a relação entre cuidado e ajuda da seguinte maneira:

**Figura 7 – Relação entre cuidado e ajuda.**



Por isso, dissemos que alguns dos elementos do *Burnout* também aparecem na Fadiga por Compaixão. O profissional que desenvolve a Fadiga por Compaixão, apesar de tê-la desenvolvido por razões diferentes daquelas encontradas nos profissionais que desenvolvem *Burnout*, muitas vezes adota estratégias de enfrentamento semelhantes a dos sujeitos que desenvolvem *Burnout*. E isto não está ligado ao fato de que os dois fenômenos sejam fenomenologicamente semelhantes, mas sim ao fato de que as nossas estratégias para lidar com condições desgastantes são semelhantes, independente do “o que” e do “como”.

Então, como já discutimos anteriormente, entendemos que da mesma forma como diante de uma variedade de motivos podemos sentir dor de cabeça, assim também, diante de uma variedade de contextos desgastantes envolvendo o atendimento de algum público, podemos despersonalizar, rebaixar a nossa realização profissional, e nos sentir exaustos física e emocionalmente.

Por isso, pela mesma razão que entendemos que uma dor de cabeça não seja um bom critério para se fechar um diagnóstico, nós consideramos que despersonalização não seja um bom critério para distinguir uma patologia, ou uma síndrome de outra. Sendo assim, o que difere a Fadiga por Compaixão do *Burnout*, é que a Fadiga por Compaixão ocorre nas atividades onde a compaixão é necessária para o desenvolvimento das mesmas, compaixão que, por sua vez, é o que pode causar o adoecimento do profissional de ajuda.

Sendo assim, a síndrome de *Burnout* refere-se ao custo do cuidar (sentido amplo), já a síndrome da Fadiga por Compaixão refere-se ao custo do ajudar (atividade que envolve necessariamente lidar com dor e sofrimento).

## **7.5 - FADIGA & SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO: UMA NOVA CONCEPÇÃO**

Vários animais possuem uma experiência empática. Vimos que alguns possuem uma experiência mais primitiva, e que outros possuem uma experiência empática mais elaborada, com algumas espécies chegando a vivenciar uma experiência empática bastante semelhante à nossa. Por outro lado, vimos que a compaixão parece ser um fenômeno exclusivamente humano.

A compaixão caracteriza-se por uma preocupação empática, ou seja, a partir de um processo empático que possibilita ao observador, perceber, entender, e sentir a situação na qual vítima se encontra, o observador sente-se impelido a interferir, a interromper o sofrimento da vítima. Portanto, a compaixão vai além do compartilhamento afetivo, do sentir, do entender a dor da vítima. A compaixão está ligada à vontade, ao ímpeto de ajudar.

Como todo fenômeno humano, a compaixão tem duas dimensões. Na sua dimensão biológica encontram-se alguns dos processos empáticos básicos, como já descrito no Capítulo 2. Na sua dimensão humana, encontram-se todos os processos simbólicos e cognitivos, que vão desde a tomada de perspectiva até a vontade de ajudar.

Se compadecer-se é querer ajudar, é querer cessar a dor e o sofrimento de outrem, a Satisfação por Compaixão caracteriza-se pela condição na qual o sujeito compadecido percebe-se enquanto tendo sido responsável pela remissão da dor alheia. Por outro lado, a Fadiga por Compaixão estabelece-se quando o sujeito compadecido tem seus recursos exauridos na tentativa, ou nas sucessivas tentativas de intervir na dor alheia, ou quando o sujeito se vê impedido ou sucessivamente impossibilitado de ajudar.

Enquanto a Satisfação por Compaixão é capaz de proporcionar ao indivíduo uma dos maiores regozijos que o ser humano pode encontrar no desempenho de uma atividade profissional, por outro lado a Fadiga por Compaixão esgota, fulmina, embota o indivíduo fatigado, pois ela compromete, prejudica, diminui a capacidade empática do sujeito, capacidade esta que, além de ser essencial no desempenho de suas atividades profissionais, também é essencial no convívio social. Por isso, a Fadiga por Compaixão, além de afetar na qualidade dos serviços prestados por esse profissional, afetar a saúde física e mental do mesmo, também afeta todo o círculo afetivo do profissional fatigado.

Mas como esse quadro de extremos é possível? Porque ele ocorre? Vimos que somos fundamentalmente capazes de estabelecer um processo empático, pois nossa espécie é dotada de uma arquitetura neurológica que, por meio da mimetização de padrões de comportamento, faz com que sejamos capazes de perceber e sentir os estados emocionais de outrem. Nesse nível, quando dizemos que “sentimos” as emoções dos outros, estamos nos referindo ao sentido literal da palavra. Nossos corpos simulam as emoções, os sentimentos que percebemos no outro, de forma que “sentimos” as emoções do outro, por meio de nossos próprios corpos, não se tratando, portanto, de um mero processo figurativo.

Mas em nós, o processo empático não se resume a esse processo básico de “compartilhamento afetivo”. Nós possuímos um auto-conceito, e isso nos torna capazes de pensar acerca de nós mesmos. Isso faz com sejamos capazes de distinguir o “eu” do “outro”. Faz com que sejamos capazes de discriminar quando a fonte de certos sentimentos e emoções é externa ou interna. Somos capazes de distinguir entre as nossas emoções e as emoções do outro.

Além da capacidade de identificar a fonte dos sentimentos, possuímos também à capacidade cognitiva de nos colocarmos na perspectiva do outro. De assumirmos por meio da imaginação a posição do outro. Assim somos capazes “ver” através dos olhos dos outro, alcançando uma precisão ainda maior no entendimento da situação em que o outro se encontra, dando a nós mesmos uma capacidade ainda maior de intervir de forma eficaz na dor do outro. O resultado dessa capacidade empática super desenvolvida, muitas vezes é o ímpeto, a vontade de intervir no sofrimento alheio, o que conhecemos pelo nome de compaixão.

No entanto, tudo que traz benefícios tem custos. E tudo que tem grandes benefícios tem grandes custos. Se no nível elementar do contágio emocional tal tarefa já é onerosa para o observador, uma vez que faz com que esse observador fique em um estado de tensão, de estresse, levando-o a buscar formas de diminuir tal incômodo, no nível mais avançado, tal processo cobra ainda mais alto pelo seu funcionamento.

Isso porque no nível mais avançado, onde a presença da vítima não é mais condição necessária para criar um estado de tensão no observador (ou no ouvinte), onde participar de um contexto de sofrimento e dor (primariamente ou secundariamente) não se resume apenas a vivenciar um estado momentâneo de tensão e estresse, e onde tal experiência tornou-se para alguns um ofício e portanto um dever, o fenômeno da empatia e da compaixão ganha novas cores, novos elementos que não estão presentes em níveis mais básicos.

Nos seres humanos, quando um indivíduo é exposto a um contexto de sofrimento e de dor (por meio da observação direta ou por meio de um relato) toda a parafernália neurológica entra em ação, fazendo com que esse indivíduo participe também da dor, e de toda a tensão e estresse que a vítima também vivencia. O que isso, por sua vez, faz com que todo o seu organismo se mobilize e se prepare para ação, resultando em desgaste momentâneo do sistema.

No entanto, o homem também é capaz de detectar que apesar de tudo aquilo estar acontecendo no seu corpo, a causa, a fonte de todas aquelas sensações é externa, de forma que alguma distância, serenidade, indiferença, pode ser estabelecida em prol de uma atitude menos afobada, mais precisa, mais eficiente.

Mas a mera percepção da dor não é suficiente para uma boa intervenção. Para que se possa intervir na fonte de dor e de sofrimento de forma eficaz, toda sorte de informação é necessária, informação esta que em grande parte é acessível apenas para a vítima. Nesse caso, entra em cena a capacidade cognitiva humana, que com base nas próprias experiências (ou seja, nas experiências em primeira pessoa), e na descrição da vítima ou de outras pessoas, emula, cria, simula, o contexto da vítima. Por meio dessa estratégia, o observador consegue ter uma noção mais acurada da situação e então, consegue escolher de forma mais precisa a melhor forma de intervenção.

Em conseqüência da capacidade de distinguir o “eu” do “outro”, e de simular a situação, o contexto que a vítima se encontra, acabamos também sendo capazes de pensar sobre a nossa própria condição. De como estamos sujeitos a passar pelas mesmas experiências que o outro está passando, e tendo uma amostra de como é desagradável aquela experiência, passamos a temer por tal experiência. Sendo capazes de distinguir a origem da fonte de sofrimento, somos capazes de comparar nosso atual estado ao estado da vítima, e avaliar como é melhor permanecer no estado que estamos.

Em conseqüência da nossa capacidade de simularmos o contexto da vítima, acabamos vivenciando de certa maneira todo o drama da mesma. Não só sentimos a dor que ela experimenta, como a preocupação dos familiares, a dor dos entes queridos, enfim, toda a gama de elementos que geralmente fazem parte de um contexto de dor e sofrimento. E como essa capacidade de simulação é baseada nas nossas experiências, acabamos tendo que imaginar como nossos familiares, nossos entes queridos se sentiriam se nós estivéssemos na mesma situação. Ou então, como sentiríamos se um ente querido estivesse naquela situação.

Por isso afirmamos que a Fadiga por Compaixão também possui duas dimensões. Uma das dimensões está ligada aos desgastes que o organismo sofre ao ser estimulado pela exposição ao sofrimento, ou dito de outra forma, ao Estresse por Compaixão que o indivíduo sofre ao perceber e sentir o sofrimento do outro. A outra dimensão ligada às regras sociais, aos esquemas sobre bondade, justiça, caridade, etc. E nos casos dos profissionais de saúde o dever da profissão.

Sendo assim, acreditamos que a Fadiga por Compaixão também se refere a mudanças que ocorrem no mundo simbólico, na parte humana do homem. Para o ser humano, estar presente em um contexto de sofrimento não se resume a sentir-se estimulado, estressado, em decorrência do compartilhamento de emoções com a vítima. Para o ser humano essa experiência também o coloca diante do seu maior medo, a morte. Faz com que ele pense acerca da sua vida, da sua existência, da fragilidade da sua vida e dos seus entes queridos, acerca da violência, etc. Além disso, estamos envoltos em um conjunto de regras morais, que estabelecem uma série de deveres em relação à dor do próximo. Estamos envoltos em um conjunto de crenças religiosas acerca da bondade, do altruísmo, do auto-sacrifício. E se não bastasse, às vezes também nos encontramos envoltos em um conjunto de deveres provenientes do nosso ofício.

Portanto, Fadiga por Compaixão não se resume a fadiga fisiológica decorrente do constante estado de tensão resultante de ser exposto ao sofrimento alheio. Por outro lado, Fadiga por Compaixão também não se refere apenas às mudanças cognitivas e simbólicas decorrentes da exposição à dor e ao sofrimento. Ela é as duas coisas, juntas, integradas, e muitas vezes contraditórias.

Por exemplo: um sujeito pode acreditar que é bom, que é correto sermos sensíveis às dores dos outros, que é correto nos sacrificarmos em prol do bem estar alheio, e que ajudar alguém em sofrimento é algo nobre. No entanto, por mais que essa sensibilidade, esse sacrifício seja visto como algo bom, ela será instanciada por um corpo que sofre e se desgasta a cada experiência dessa ordem. Um corpo que está programado para encarar essa experiência de forma desagradável. E, como vimos, nós precisamos dar sentido, explicar as informações sensoriais e fisiológicas que recebemos. Portanto, o indivíduo pode acabar adotando várias explicações para a contradição entre a sua experiência humana e a sua experiência animal, fisiológica, explicações estas que em maior ou menor grau podem amenizar, aumentar, ou mesmo transmutar tanto a experiência humana quanto a biológica.

Por isso, acreditamos que falar em Fadiga por Compaixão, significa falarmos tanto em sintomas físicos muito semelhantes ao de quadros de trauma (Transtorno de Estresse Pós-Traumático-TEPT, Transtorno de Estresse Traumático Secundário-TETS) quanto falarmos de mudanças de atitudes muito semelhantes ao da síndrome de *Burnout*, e assim como falarmos de mudanças cognitivas e simbólicas muito semelhantes a das descritas na Traumatização Vicariante e na Contratransferência.

Por esse motivo, acreditamos que tentar diferenciar, identificar, ou assemelhar todos esses conceitos (ou fenômenos) por meio de uma estratégia sintomática (física, ou cognitiva) é uma estratégia fadada ao fracasso, pois no âmbito sintomático, os sintomas da Fadiga por Compaixão são muito semelhantes, idênticos, ou diferentes dos sintomas de uma infinidade de patológicas psíquicas ou físicas. Se quisermos diferenciar, identificar, ou assemelhar, nós temos que adotar uma estratégia etiológica.

Como já dissemos, a empatia humana e a compaixão que decorre da mesma são fenômenos muito humanos, e que estão enraizados em camadas muito profundas da nossa existência. E por essa razão, a Fadiga por Compaixão tem sido um fenômeno tão difícil de ser circunscrito, uma vez que ela abrange e se relaciona com uma grande parte da nossa existência, da nossa experiência cotidiana.

De forma sintética, podemos resumir tudo o que vimos da seguinte maneira: a compaixão é um fenômeno humano; o incômodo causado por presenciar alguém sofrendo é um fenômeno biológico. O alívio de não presenciar o sofrimento alheio é o que sentem os animais, já a satisfação de ajudar alguém que está sofrendo, só pode ser sentido por um humano.

## **CAPÍTULO 8 - A FADIGA POR COMPAIXÃO ILUSTRADA**

### **8.1 – INTRODUÇÃO**

Ao longo desse trabalho, fizemos uso de informações provenientes de teorias, de dados comportamentais, fisiológicos e neurológicos, com o objetivo de compreender melhor a Fadiga por Compaixão. Agora, faz-se necessário voltar para onde as coisas acontecem, voltar para onde tudo isso se iniciou: os profissionais de ajuda. Nessas entrevistas veremos como alguns aspectos dessa síndrome comparecem no cotidiano desses profissionais. Constataremos também, como algum dos elementos da Fadiga por Compaixão, que como já argumentamos, não são contemplados pelas atuais concepções, fazem parte desse fenômeno.

#### **8.1.2- O perfil dos entrevistados**

Foram entrevistados 3 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem, e 2 condutores. Todos os profissionais pertenciam ao núcleo central, e trabalhavam a mais de 1 ano no SAMU-DF (Sistema de Atendimento Médico de Urgência). Dos 10 profissionais entrevistados, 5 eram do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idade variando entre 26 anos e 57 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 7 possuíam o terceiro grau e 3 o segundo grau completo. Já em relação ao estado civil, 9 eram casados e 1 era solteiro.

### **8.2 - O MÉTODO**

Todos os trabalhadores presentes nas quatro ocasiões em que o Núcleo Central do SAMU-DF foi visitado pelo pesquisador foram convidados a participar de uma entrevista com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca da dinâmica do trabalho realizado no SAMU-DF. Os trabalhadores que tiveram a disponibilidade e aceitaram o convite foram levados para uma sala reservada, onde assinaram um termo de consentimento, que assegurava que os entrevistados participaram das entrevistas de livre e espontânea vontade. Foi-lhes assegurado, ainda, a garantia do sigilo e da não identificação dos sujeitos (Anexo II).

Todas as entrevistas foram gravadas, uma vez que nenhum dos entrevistados demonstrou incomodo ao ser questionado quanto à possibilidade de gravação. Estas foram posteriormente transcritas, e é do conteúdo delas que se constitui o objeto de análise desse capítulo.

As entrevistas foram semi-estruturadas e seguiram de forma pouco rígida alguns tópicos. A pergunta inicial era sempre um pedido para que o entrevistado falasse sobre o seu trabalho, sobre quais eram as suas atividades, e o seu papel dentro da equipe da ambulância. As demais perguntas eram introduzidas de acordo com a ordem do discurso de cada um dos entrevistados. A introdução de outros tópicos foi permitida, caso os mesmos emergissem do discurso do entrevistado. Os tópicos abordados em todas as entrevistas, apesar das variações na ordem foram os seguintes:

**Tabela 15 – Tópicos para a entrevista**

1 – Uma descrição do trabalho realizado.
2 - O relacionamento com os demais membros da equipe.
3 - O que os levam trabalhar no SAMU.
4 – As dificuldades enfrentadas na realização do trabalho.
5 – A diferença entre o trabalho realizado no SAMU e o realizado nas Unidades de Saúde.
6 – O paradoxo vincular-se/não vincular-se emocionalmente.
7 – As conseqüências do lidar com o sofrimento e a dor.

As entrevistas tiveram o tempo de duração variando entre 30 minutos e 3 horas. O tempo de entrevista teve como principal variável a disponibilidade dos entrevistados em manter a conversa. Desta forma, os entrevistados não foram constrangidos ou coagidos a continuarem a entrevista quando estes demonstraram estarem preocupados com os seus afazeres, ou incomodados com a duração da entrevista.

## 8.3 - ENTREVISTAS

### 8.3.1 - Onipotência/ Impotência

O nascimento e a morte constituem os momentos mais traumáticos da vida de qualquer sujeito. Pelo nascimento somos jogados no mundo, pela morte somos arrancados dele. Ambos os episódios são violentos e agressivos. Além disso, cabe ao nascimento e à morte delimitar, restringir o intervalo de tempo em que se realizará a vida do sujeito.

Como vimos, no Capítulo 3, não devemos esquecer que foi apenas com o desenvolvimento do capitalismo, no fim do século XVIII, e com a subsequente secularização do estado, que o cuidado aos doentes gradativamente passou a se constituir como profissão, como ofício e não como caridade, desvinculando o caráter religioso das atividades ligadas com o sofrimento e a morte.

Porém, apesar de a profissionalização da Saúde ter proporcionado grandes avanços científicos e tecnológicos, uma vez que com a gradativa rejeição das explicações metafísicas para os eventos houve a necessidade de se produzirem explicações físicas, essa profissionalização da Saúde deixou aqueles que lidam com ela, de certa forma, desamparados simbolicamente diante de um evento tão crucial.

Além disso, antes as pessoas que lidavam com os doentes estavam fazendo caridade, e, portanto não tinham uma obrigação, ou o dever de evitar o inevitável. Se um doente escapava da morte, era porque assim era para ser, não devido ao fato de “alguém ter-lhe salvo” a vida, afinal tal poder só podia ser exercido pela divindade, a quem cabia dar e retirar a vida.

Com a secularização do cuidado à saúde, transferiu-se para esses profissionais essa característica antes restrita à divindade: o poder sobre a vida e a morte dos sujeitos.

*Outro dia a gente fez um atendimento, a gente foi atender uma parada cardíaca lá em V\*\*\*. Era uma senhorinha de 78 anos, obesa, cardiopata que estava em parada cardíaca...a gente não conseguiu reverter (.....) tem coisas que é da vida mesmo...você fala : “não, mesmo que eu conseguisse reverter , daqui um mês ela ia parar de novo” então a gente tenta ...as vezes chegou a horas para alguns, não adianta você querer dar uma de Deus ou de super herói e querer segurar , que você não vai segurar.. né?(Enfermeiro).*

O significado divino, ou super-humano que o suposto poder sobre a vida e a morte dos outros traz para o imaginário da categoria, é claramente visto como perigoso pelos próprios profissionais, que freqüentemente fazem questão de fazer ressalvas no sentido de não assumirem esse papel, visto que ele impõe deveres impossíveis de ser cumpridos.

*Eu posso pelo menos fazer um pouquinho diferente...eu não estou falando que eu sou a super-mulher, mas pelo menos eu consigo estar lá, eu consigo enxergar...(Téc.Enfermagem)*

No entanto, apesar de nos relatos, estar clara a não assunção dessa onipotência divino/heróica, esta questão parece não estar totalmente resolvida, uma vez que, diante da morte, estes se sentem impotentes, frustrados, como se em algum lugar, eles ainda guardassem uma esperança, uma crença velada de que fosse realmente possível para eles “salvar a vida” de alguém, evitar a inevitabilidade da morte.

*E quando eu não consigo eu fico triste ...*

**E - É?**

*Fico, eu fico triste.....eu fico arrasada na verdade (risos) eu não fico triste..(Enfermeiro)*

E quando, no decorrer do discurso, esses profissionais são confrontados com a contradição de suas falas, que oscilam entre onipotência/Impotência, a contradição aparece ainda de forma mais clara.

*Eu tenho que ir lá e tentar salvar, e tentar devolver ... eu sei que tem questões que vão além de mim...além do tempo de resposta , por exemplo, se a minha viatura chega,além da questão da distância,onde caí, que nem essa situação..a gente estava aqui no cruzeiro , era lá no V\*\*\*, e a entrada era por T\*\*\*\*..então a gente andou , andou, mas a gente não conseguiu chegar...Então assim,eu fico triste por não ter conseguido mudar aquela situação, embora como eu falei, não dependa só de mim , depende de uma série de situações (...)(Enfermeiro).*

Ou seja, eu fico triste por não ter conseguido salvar a vida de alguém, mas por outro lado eu não devo ficar triste porque não depende só de mim manter ou interromper uma vida. Ora, se de fato a diferença entre um sujeito morrer ou sobreviver depende muito mais de fatores que vão além das minhas capacidades, não haveria razão real para se sentir tão triste, tão frustrado.

*É dicotômico, eu não consigo vencer todas. E eu tenho que lidar com isso. Porque se todas as vezes que eu viesse para o plantão eu perdesse, provavelmente eu não estaria mais aqui. (Téc. Enfermagem)*

Na realidade, os profissionais de saúde, ao invés de aceitarem a morte, ou, de assumirem a onipotência explicitamente, acabam se esforçando para manter a fantasia de que no geral são vitoriosos contra a morte, tentando por outro lado evitar que isso os leve a uma postura onipotente, que também seria dolorosa de ser mantida, tendo em vista a inevitabilidade da morte.

*É ...mas na maioria das vezes a gente ganha.(Téc.Enfermagem)*

Isso, de certa forma alimenta uma sensação velada de onipotência, sensação esta que não pode ser mantida de forma explícita também, uma vez que se assim fosse, as “perdas” ocasionariam um sofrimento maior ainda no profissional, que teria a sua crença frontalmente ameaçada. Desta forma, os profissionais preferem manter uma posição dúbia, oscilando entre onipotência e impotência, dependendo do contexto.

Outro aspecto revelador da postura de onipotência é assunção de um dever, de uma missão, que é impossível de ser realizada. No caso, impedir a morte dos outros.

*Você está trabalhando no sentido de salvar a vida dos outros ... para tentar impedir a morte dos outros...né?... Essa é a minha profissão. (Enfermeiro)*

As conseqüências do paradoxo onipotência/impotência já estão presentes também na literatura que trata da reação dos profissionais de saúde frente à morte. Quando o óbito ocorre, e a experiência da Impotência atinge os profissionais, parece ocorrer algo muito parecido com o que Junior & Ésther (2001) relatam:

“Os trabalhadores de saúde são preparados para manter e recuperar a vida e, quando percebem que não conseguem preservá-la, sentem-se desiludidos e deprimidos, requerendo, em alguns casos, apoio psicológico, por não suportarem a perda de pacientes (...).” (Junior & Ésther, 2001, p.28).

Quando o óbito não ocorre, e os trabalhadores percebem o resultado do seu trabalho árduo, um sentimento de Onipotência, decorrente do “vencer a morte”, produz uma imensa sensação de satisfação e prazer.

“Por outro lado, trabalhar arduamente e pacientemente para tirar alguém de um coma profundo, obter sucesso nas manobras de ressuscitação em uma parada cardíaca ou reverter um choque anafilático é considerado algo maravilhoso, extraordinário e incrível, constituindo motivo de regozijo, prazer e realização no trabalho.” (Junior & Ésther, 2001, p.27).

### 8.3.2 - Empatia

Uma das condições básicas para a nossa convivência em sociedade é a nossa capacidade de identificar e reconhecer os estados emocionais de outrem. Isso porque a nossa teoria da mente, ou a nossa *folk psychology* nos diz que os estados emocionais predizem com certa segurança os comportamentos dos seres humanos.

Dito de outra forma, é necessário que eu seja capaz de perceber os estados emocionais de outrem, uma vez que essa informação será de grande utilidade na escolha do comportamento mais adequado ao estado emocional do ser com o qual eu interajo. Desta forma, agir de forma coerente com o estado emocional do outro é à base da convivência em sociedade.

Nos profissionais de saúde, esse aspecto não é diferente. A questão é que devido à especificidade do seu trabalho, que os coloca freqüentemente em contato com a dor e o sofrimento humano, essa capacidade se torna ainda mais essencial, uma vez que é ela que possibilita ao profissional entender o sofrimento alheio, e assim ter mais informações para poder intervir no mesmo.

No entanto, a mesma porta que abre a possibilidade de se conhecer, de se ter acesso a algo totalmente subjetivo, que é a dor, também abre a possibilidade do contágio, a possibilidade de se acabar sentindo a dor do outro, sem que uma distinção clara entre a fonte de sofrimento seja estabelecida.

*Por exemplo, atender um cara que teve um acidente que decepou uma perna. Então, a gente também é humano, né?! Então a gente sente também, né?! (Téc. Enfermagem)*

.....

*E-Então você acha que o digamos assim, que esse é o ônus, que o ônus dessa profissão é ter que sentir essas coisas?*

*Tem que sofrer um pouco também... por que se não você não é gente. Não é gente cuidando de gente (Enfermeiro)*

.....

*É... e aí eu acho que é o 'X' da questão é sentir sem sofrer...*

*E - Como sentir sem sofrer?*

*É impossível, impossível! Não dá, se pudesse... mas não dá....não tem jeito...te afeta..(Téc.Enfermagem)*

Dessa forma, normalmente estabelece-se um paradoxo, sentir/não sentir. Enquanto o não sentir fecha a possibilidade de ter acesso às informações essenciais para o atendimento do paciente, o sentir abre a porta para a possibilidade de que o profissional sofra devido ao contato com emoções que não são originalmente suas.

*E-E como é que faz? Se você não pode se envolver demais, se não você não é profissional, e se você se envolve pouco você também não é, e aí?*

*Você tem que encontrar o equilíbrio em cada situação.*

*E - Mas como é que você consegue se envolver, mas não se envolver tanto?*

*(risos) Não é se envolver pela metade...é se envolver de uma forma diferente, é se envolver de uma forma profissional. Eu entendo assim.  
(Enfermeiro)*

Filizola & Ferreira (1997) citando Travelbee (1979) enfatizam que o profissional de saúde necessita se envolver emocionalmente, se deseja estabelecer uma relação com o paciente ou com qualquer outro ser humano. E complementam citando Stefanelli (1982) que afirma que o envolvimento emocional é um aspecto vital na relação terapêutica com o paciente.

### **8.3.3 - Contágio Emocional**

Vimos que o processo de compartilhamento afetivo, da mesma forma que possibilita um acesso a informações importantes para a ação do profissional de saúde, abre também a possibilidade de um contágio emocional. No contágio emocional, ocorre uma fusão entre as emoções do paciente e as do profissional de saúde, de forma que o estado emocional desse profissional passa a se igualar ao estado emocional do paciente. Desta forma, enquanto a Empatia é almejada e essencial para o processo, o contágio emocional é tido como prejudicial tanto para o desenvolvimento do serviço de saúde, quanto para o profissional de saúde, que passa a sofrer da dor da qual ele deveria tratar.

*Ela (a vítima) não tem sofrimento físico, mas ela tem um sofrimento psíquico imenso, que eu acho que até contagia todo mundo (...)*

*E - Porque contagia todo mundo?*

*Justamente por causa daquele fato, pelo fato de sermos seres que se compadecem... eu acho..(Téc.Enfermagem)*

No Capítulo 2 constatamos que em todos nós está presente um sistema capaz de mimetizar os estados emocionais alheios. E que esse sistema possibilita que tanto nós, quanto outros animais, possamos acessar os estados emocionais de outros indivíduos. Porém, vimos também que, para que o simples contágio emocional não ocorra, outros processos são necessários. No nosso caso, a existência de um auto-conceito que possibilita uma diferenciação *eu – outro* é capaz de evitar com que haja uma confusão entre as emoções provenientes de primeira e terceira pessoa.

No entanto, devemos ter claro, que mesmo quando uma diferenciação *eu - outro* ocorre, mesmo quando o sujeito consegue evitar o contágio emocional e é capaz de distinguir os seus sentimentos do sentimento alheio, ainda sim, devido ao processo de compartilhamento afetivo, ele sente a dor do outro, uma vez que como já vimos, o seu corpo mimetiza fisiologicamente o sofrimento daquele que ele assiste, no intuito de acessar uma experiência que é totalmente privada.

*E - Por que te incomodava ver as mães sofrendo? Se elas não estavam sentindo dor nenhuma?*

*Porque não é agradável você ver alguém sofrendo (...). (Téc. Enfermagem)*

---

*(...) Mas eu acho que eliminar, erradicar, não. Mas diminuir bastante, infelizmente sim.....mas eu falo por mim... eu não consigo..eu chego em casa, eu penso, eu choro, é complicado.. (Téc. Enfermagem)*

Portanto, apesar de a experiência empática humana ir além do simples compartilhamento afetivo, ela ainda não está livre desse processo, uma vez que é essa mimetização emocional que possibilita que percebamos e entendamos os sentimentos vivenciados por outrem. Desta forma, o contágio emocional é sempre uma ameaça que está presente no processo empático.

### 8.3.4 - Processos Cognitivos

No Capítulo 2 vimos que o processo empático humano é constituído de três estágios. O ultimo estágio, o da Flexibilidade mental - que nos faz capazes de adotar uma perspectiva subjetiva do outro - apesar de nos proporcionar uma experiência empática mais rica de informações e detalhes, também produz alguns efeitos colaterais.

Como essa capacidade de simulação é baseada nas nossas próprias experiências, acabamos tendo que imaginar como nossos familiares, nossos entes queridos se sentiriam se nós estivéssemos na mesma situação. E diante de contexto trágico, o profissional de saúde muitas vezes passa a imaginar como seria se aquilo estivesse acontecendo com ele.

*E eu sempre me pergunto, assim, me questiono se aquele era um pai de família, entendeu? Então era o filho de alguém, que saiu para trabalhar..ou para resolver alguma coisa e não voltou..então sabe , isso mexe comigo, mexe com meu interior..mexe de eu saber que eu posso sair de casa e de repente não voltar..o que o meu marido vai sentir? E se fosse o meu pai? Como seria pra nós?(Enfermeiro)*

Dessa forma, dependendo dos conteúdos e dos símbolos que cada profissional carrega (conteúdos esses que são provenientes da sua estória pessoal), certas experiências podem acabar tendo um maior ou menor impacto no estado emocional e no conjunto de crenças do trabalhador de ajuda.

*Então quando a gente vê ali aquelas crianças a gente desestrutura por que... a gente não sabe também nem como é que lida com isso. Pelo fato também de eu ser mãe, a gente fica imaginando os filhos da gente e... Quer dizer, dá um impacto maior do que se fosse um adulto. (Téc. Enfermagem)*

Por essa razão, se não houver um cuidado, um acompanhamento de como essas experiências estão ecoando no conjunto de crenças dos profissionais de ajuda, uma série de transtornos ligados a mudanças cognitivas podem afetar esses profissionais. Como vimos, nesse contexto os profissionais podem tanto, num extremo, adotar uma postura cínica, um distanciamento, uma frieza diante dessas experiências, quanto, no outro extremo, adotar uma postura fóbica, passando a temer de forma excessiva os riscos da vida cotidiana.

### 8.3.5- Satisfação por Compaixão

Ajudar é uma tarefa extremamente prazerosa. E é prazerosa por várias razões. No âmbito social, o ato de ajudar é extremamente incentivado, uma vez que ele está na base da vida em sociedade. Desta forma, todos nós, desde cedo, somos educados para emitirmos comportamentos de ajuda, tanto com os nossos familiares quanto com estranhos.

No âmbito biológico, vimos que o ato de ajudar proporciona alívio, uma vez que presenciar o sofrimento alheio nos causa tensão e estresse. Sendo assim, no contexto biológico ajudar a alguém é ajudar a si próprio. No âmbito religioso, o ajudar está intimamente ligado a divindade, a bondade. Portanto, o ato de ajudar é algo que permeia todas as religiões, e está fortemente enraizado como um dos símbolos mais claros de que uma pessoa possui uma “boa alma”. Finalmente, no âmbito profissional, ajudar é um dever, uma missão daqueles que se comprometerão a fazerem todo o esforço possível para ajudar as pessoas que estão em sofrimento.

Em outras palavras, na Satisfação por Compaixão, todos aqueles elementos que nós analisamos, na tentativa de entender a Fadiga por Compaixão, comparecem. Porém, produzem como resultado o outro lado da moeda: o da empatia e da compaixão. Sendo assim, da mesma forma que no fenômeno da Fadiga por Compaixão, aspectos biológicos, históricos, sociais, trabalhistas e cognitivos estão envolvidos na Satisfação.

*E - E qual a sensação de quando você consegue?*

*É uma sensação excelente, uma sensação muito boa...Uma sensação de que você fez o trabalho que você deveria ter feito...uma sensação de dever cumprido. (Téc. Enfermagem)*

Na mesma medida que a frustração que o profissional de ajuda sente quando não consegue evitar a morte de alguém ou aliviar a dor de alguém, é de grandes proporções, assim também, no sentido inverso, a satisfação que esses profissionais experimentam quando alcançam seus objetivos também é de amplas proporções. Isso porque, em ambas as experiências, tanto a Fadiga quanto a Satisfação por Compaixão, estão intimamente ligadas a fenômenos que remetem à nossa natureza, à nossa humanidade, à nossa hominização.

### 8.3.6 - Fadiga por Compaixão.

Ajudar tem um custo. Quando somos colocados diante de alguém que sofre, e, portanto, necessita de ajuda, todo o nosso organismo é mobilizado, ficamos tensos, alertas, e nossos corpos assumem um estado semelhante ao daquele que está sofrendo. Para o corpo, todas essas mudanças são altamente exigentes, e requerem, portanto, um alto nível esforço de todo o sistema.

Porém, não somos apenas corpos, estamos envoltos em um conjunto de crenças, de regras e papéis sociais. E para o profissional de ajuda, além do peso do desgaste físico que ser exposto ao sofrimento alheio causa, ainda pesam o dever de ajudar, de salvar a vida, um regulamento que diz que não se deve emocionar, uma vez que emoção não combina com razão, e a obrigação de tratar a todos de forma empática.

*Você está ali exatamente para diminuir um pouco desse sofrimento...e é complicadíssimo isso... eu acho que a gente precisa ter um auto-controle muito grande...que a gente não tem. E muitas vezes esse autocontrole que as pessoa procuram, acaba fazendo elas levarem as coisas de uma forma fria, entendeu? (Téc. Enfermagem)*

O principal dilema com o profissional de ajuda parece se confrontar, ao iniciar na sua profissional, é sentir versus não-sentir. Ele precisa ser sensível para poder atender de forma “humanizada” o paciente, mas por outro lado tem que ser “frio” o suficiente para dar conta de presenciar dezenas de tragédias diariamente e não se deixar abater por conta disso, e, portanto atender a todos de uma forma “profissional”.

*Porque eu acho muito difícil essa questão de extremos, né? Ou você é muito sensível, que aí você está fora do perfil, ou você é insensível totalmente. É isso que acontece com quem trabalha na saúde. Eu acho que isso é o maior complicador. (Téc. Enfermagem)*

Além de ser jogado num complexo dilema emocional, esse profissional parece receber muito pouco suporte durante a sua formação profissional para lidarem com essas questões emocionais. E dessa forma, sem ferramentas para lidarem com essa peculiaridade do seu ofício, eles se formam, e sem um suporte para lidarem com esse dilema no exercício da sua profissão, continuam a exercer suas profissões.

*(...) Sentimos uma carência muito grande de um apoio psicológico, entendeu? Porque a gente lida com várias situações. Então lidando com várias situações, a gente vai perdendo a sensibilidade, né?! Eu trabalho em UTI, também, em terapia intensiva, então a gente vai perdendo aquela sensibilidade que eu tinha quando eu entrei há dez anos atrás quando eu entrei pela primeira vez na UTI. Então hoje a gente vai diminuindo essa sensibilidade até o ponto que você fica assim (...)* (Téc. Enfermagem)

A falta de um preparo durante a formação, e de um acompanhamento psicológico durante o exercício de sua profissão resulta em diversos problemas para o trabalhador de ajuda. É claro que há uma infinidade de estratégias que ele acaba adotando para lidar com esse sofrimento. Cada um a sua maneira, cada um com as armas e recursos que dispõe, tenta se adequar a essa situação desfavorável. Como já vimos, uma das estratégias que infelizmente é bastante comum, é a adoção de um distanciamento, de uma despersonalização, uma espécie de autismo em relação ao pacientes. Tal estratégia ameniza o impacto das experiências, mas deteriora a capacidade de atuação de profissional, uma vez que ele acaba perdendo uma das ferramentas mais essenciais no processo de ajuda, o vínculo empático.

No entanto, parece que nenhuma estratégia é suficiente para combater de forma eficaz e saudável todas as consequências dessa situação desfavorável na qual esses profissionais são jogados.

*Eu já acordo cansada, parece que eu tive um plantão noturno! (risos) Sonhos, lembranças, às vezes você não dorme pensando...você se preocupa(...).* (Téc. Enfermagem)

Vimos no Capítulo 5 que já existem dados que apontam que os efeitos da Fadiga por Compaixão e não se restringem ao âmbito profissional. Que o profissional que tem seus recursos exauridos devido à constante e intensa exposição à dor, e o ao sofrimento alheio sem um acompanhamento psicológico, acabam desenvolvendo problemas em outros âmbitos da sua vida afetiva.

*(suspiro) É....muitas vezes você até, até prejudica o seu ambiente, a sua família.. Você chega nervoso...você briga e você acaba usando as pessoas como uma válvula de escape.. Porque você se doa para aquele...e quanto você esta se doando? Entendeu? É complicado...* (Téc. Enfermagem)

Se não tomarmos o cuidado de oferecer a essas profissionais condições para que eles possam atuar dentro dessa condição tão complicada, que é o de lidar com a dor e o sofrimento, continuaremos a comprometer tanto a saúde mental e física desse profissional como daqueles que ele atende.

Não podemos exigir que esses profissionais adotem uma postura meta-humana e não sejam afetados pela dor e sofrimento, e ao mesmo tempo sejam sensíveis, “humanos”. Eles devem aprender a ser afetados de uma forma mais saudável. Eles devem ser capazes de ter compaixão sem terem que pagar um preço tão alto por isso.

*Muitas vezes quando eu vejo ... um acidente, um corpo estendido, eu fico pensando naquilo durante o dia todo .... (Enfermeiro)*

#### **8.4 DISCUSSÃO**

Todo trabalho possui além da sua realidade material, uma realidade simbólica e como pudemos ver, o trabalho do profissional de saúde guarda nesses dois âmbitos as suas especificidades. Os profissionais de saúde estão em contato constante com a morte, a vida, o sofrimento humano, aspectos estes, que são extremamente densos e carregados simbolicamente, assim como geradores de tensão para o organismo.

Entendemos também que, o fato de termos conseguido tantos conteúdos relacionados à Fadiga por Compaixão com a realização de apenas 10 entrevistas, é um forte indício de como tal fenômeno está muito presente na dinâmica de trabalho dos profissionais de ajuda e de como a realidade simbólica do mesmo carrega algumas especificidades em decorrência do constante contato com o sofrimento e a morte.

Como vimos, à dualidade onipotência-impotência, decorrente da tradicional ligação entre saúde e religiosidade, ainda está muito presente no imaginário dos profissionais de saúde, e evidentemente isso dificilmente poderia ser diferente. Afinal, estamos imersos em uma cultura judaico-cristã, em um país predominantemente católico. Além do mais, antes de serem profissionais de ajuda, esses indivíduos foram enculturados por um longo período em uma cultura que ainda vê a questão religiosa muito ligada às questões de saúde e doença. E para tal constatação, nem precisamos ir muito longe, basta que liguemos a televisão.

Portanto, não podemos esquecer-nos que todo indivíduo surge dentro de uma cultura, absorve valores e crenças antes mesmo de poder questioná-las, e isso sempre influenciará a forma como ele interpreta a sua realidade. Sendo assim, não podemos omitir o fato de que mesmo após passarem por uma formação científica esses profissionais ainda guardem, em maior ou menor grau, crenças mítico-religiosas em relação à saúde e doença. E mesmo que não as guardasse, esses profissionais estão em contato constante com uma clientela que tem fortes crenças mítico-religiosas em relação à saúde e a morte, e por isso projetam essas crenças no profissional de ajuda, esperando do mesmo uma capacidade divina.

Como já argumentamos, essa dimensão da Fadiga por Compaixão tem sido negligenciada pelas atuais concepções do fenômeno e o conteúdo dessas entrevistas só reforçam a nossa crença de que essa dimensão é essencial para que possamos compreender melhor tal fenômeno.

Vimos também nas entrevistas a confirmação do que já havíamos discutido em relação à empatia:

- a) no processo empático sempre está presente o risco de contágio emocional
- b) o envolvimento emocional é essencial na realização nos trabalhos que envolvem ajuda. No entanto, o mesmo envolvimento emocional que proporciona o ajudar, abre também as portas para o adoecimento.

Constatamos também, como o contágio emocional acontece, e como o mesmo pode ser freqüente quando estes profissionais não são preparados para lidar com essas questões e não possuem um acompanhamento psicoterapêutico.

Pudemos ver também como os processos cognitivos cumprem um papel importante no desenvolvimento ou no não desenvolvimento da Fadiga por Compaixão, uma vez que os mesmos qualificam as experiências dos profissionais. Por fim, vimos alguns exemplos de Fadiga e Satisfação por Compaixão, evidenciando como os mesmos parecem estar muito presentes no cotidiano desses profissionais.

## 8.5 – CONCLUSÃO

O trabalho do profissional de saúde traz a necessidade do vínculo empático, uma vez que sendo a dor uma experiência essencialmente subjetiva, apenas através de uma abertura afetiva o profissional de saúde consegue perceber, entender e atuar sobre ela. Abertura afetiva que por sua vez possibilita a ocorrência de um contágio emocional, que causa sofrimento no profissional de saúde, interferindo inclusive na qualidade dos seus serviços.

Esses e outros aspectos do trabalho do profissional de saúde, não deixam dúvidas quanto à necessidade de que esses trabalhadores disponham de um acompanhamento psicológico que os ajude a lidar de forma saudável com todas as questões ligadas ao viver e ao morrer. Negar a dificuldade que a nossa cultura tem de lidar com a morte é pressupor que a mera capacitação dos profissionais de saúde no lidar com corpo do paciente capacite-os também para lidar com o sofrimento e a morte.

Esquecer que os profissionais de saúde, antes de serem profissionais, são sujeitos, inseridos numa sociedade, e que, portanto, comungam da maioria dos valores, e dos símbolos dessa sociedade, é negar a esses profissionais a possibilidade de lidarem com as contradições, com as dualidades, com os valores da nossa sociedade de forma saudável. Precisamos cuidar de quem cuida, afinal quem cuida também necessita de cuidado.

Acreditamos que apesar desse trabalho contribuir nesse processo, muito ainda há de ser feito. Apesar de com esse trabalho termos avançado na compreensão do fenômeno, ainda há a necessidade de que mais entrevistas sejam feitas, que um estudo mais profundo acerca das condições de trabalho de todos os profissionais de ajuda seja realizado, que estudemos em maior profundidade os processos fisiológicos, que um instrumento que capte todas as dimensões do fenômeno seja desenvolvido, enfim, muito trabalho foi feito, mas há muito trabalho a ser feito.

## 9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abendroth, M. (2005). *Predicting the risk of compassion fatigue: an empirical study of hospice nurses*. Tese de mestrado não publicada, School of Nursing, The Florida State University, Tallahassee, Flórida, Estados Unidos da América.
- Aldwin, C.M. (1993). Coping with traumatic stress. *Post Traumatic Stress Disorder Research Quarterly*, 4 (3), 1-8.
- Allen, C. & Bekoff, M. (2005). Animal Play and the Evolution of Morality: An Ethological Approach. *Topoi*, 24, 125-135.
- Allgood, M.R. & May, B.A. (2000). A Nursing Theory of Personal System Empathy: Interpreting a Conceptualization of Empathy in King's Interacting Systems. *Nursing Science Quarterly*, 13 (3), 243-247.
- Amato, P.R. (1990). Personality and social network involvement as predictors of helping behavior in everyday life. *Social Psychology Quarterly*, 53 (1): 31-43.
- American psychiatric association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed.). Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos*. São Paulo: EPU.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Arnold, D., CALHOUN, L.G., TEDESCHI, R., CANN, A. (2005). Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239-263.
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2002). *Psicologia Social*. Rio de Janeiro: LTC editora.
- Arruda, M.N. (1999). A importância da função de continência no atendimento de pacientes de quadros graves. *Revista Mudanças, Universidade Metodista de São Paulo*, 7 (12): 13-28.
- Arthur, N. (1998). Providers of Support to Survivors of Torture: Final Report for the Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration. *PCERII Funded Research*, s/n, 1-24.
- Arvey, M.J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *Journal for the advancement of Counselling*, 23, 283-293.
- Baird, K. & Kracen, A.C. (2006). Vicarious Traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (2), 181-188.
- Baird, S. & Jenkins, S.R. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432.
- Ballone, G.J. (2005). Estresse. Psiqweb: Portal da Psiquiatria. Recuperado em 16 de maio de 2006, de <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=304&sec=27>
- Batista, R.S. (2003). *Deuses e Homens: Mito, Filosofia e Medicina na Grécia Antiga*. São Paulo: Ed. Landy.
- Beaton, R.D. & Murphy, S.A. (1995). Working with People in Crisis: Research Implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 51-81). New York: Brunner/Mazel.
- Becker, E. (2007). *A Negação da Morte*. São Paulo: Record.
- Bell, H., Kulkarni, S. & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Social Worker Burnout Studied*, 84 (4), 463.
- Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benson, J. & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and *Burnout*: the role of baling groups. *Australian Family Physician*, 34 (5), 497-498.

- Bischof-Köhler, D. (1991). The Development of Empathy in Infants. In M. E. Lamb & H. Keller (Eds.), *Infant Development: Perspectives from German Speaking Countries*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Boesch, C. (2002). Cooperative Hunting Roles Among Taï Chimpanzees. *Human Nature*, 13 (1), 27- 46.
- Brady, J.V. (1970). *Úlceras em macacos “Executivos”*. In J.L.McGaugh., N.M.Weinberger.,R.E.Whalen (Eds.),*Psicobiologia : As Bases Biológicas do Comportamento* (pp. 204-209).Scientific American. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Bride, B.E., Radey, M., Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163.
- Broom, D.M. (2006).The Evolution of Morality. *Applied Animal Behavior Science*, 100, 20-28.
- Brosnan, S.F. (2006). Nonhuman Species Reaction to Inequity and Their Implication for Fairness. *Social Justice Research*, 19(2), 153-185.
- Busse, C.D. (1978). Do Chimpanzees Hunt Cooperatively? *The American Naturalist*, 112 (986), 767-770.
- Callero, P.L., Howard, J.A., & Pilliavin, J.A. (1987). Helping behavior as a role behavior: disclosing social structure and history in the analysis of prosocial action. *Social Psychology Quarterly*, 50 (3), 247-256.
- Campos, E.P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Capra, F.(2002). *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cutrix.
- Carr, B.D. (1991). Compassion Fatigue: caring for self, body and soul. Adapted from an article by Judy Cassidy in *Health Progress*, January, 1991.
- Carr, L. Et al. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences*.(s/n)
- Cerney, M.S. (1995). Treating the “Heroic Treaters”. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 131–148). New York: Brunner/Mazel.
- Codo, W & Lago, K. (2006). Sobre o Verbo, o trabalho e a loucura – abordando a saúde mental por meio do trabalho. In Codo, W. (Ed.), *Por uma Psicologia do Trabalho* (pp.255-264). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Codo, W. (1999). *Educação: Carinho & Trabalho*. (W.Codo, Ed.). Petrópolis: Vozes.
- Codo, W. (2002). Identidade e Economia: Espelhamento, Pertencimento, individualidade. Reflexão e Critica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12(3), 297-304.
- Codo, W; Vasques-Menezes, I. (2002). Educar, educador. Em: Codo, W. (Ed.) *Educação: Carinho e Trabalho*. (p.37-47), Petrópolis: Vozes.
- Collins, S. & Long, A. (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17-27.
- Collins, S. & Long, A. (2003b). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.
- Compassion. (n.d.) In Oxford University Press Dictionary online. Obtido em 20 junho, 2007, de [http://www.oup.com/oald-bin/web\\_getald7index1a.pl](http://www.oup.com/oald-bin/web_getald7index1a.pl)
- Compaixão. (n.d.) In Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis.

- Costa, J.C & Lima, R.A.G. (2005) Luto da Equipe: Revelações dos Profissionais de Enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de Morte e Morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157.
- Costa, J.R.A., Lima, J.V. & Almeida, P.C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 37 (3), 63-71.
- Cukier, R. (1999). *Fadiga do Psicoterapeuta*. Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama. Recuperado em 25 de agosto de 2006, de <http://www.abps.com.br/artigo12.rtf>
- Cunningham, M. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16 (4), 277-290.
- Decety, J. & Jackson, P.L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.
- Decety, J. & Jackson, P.L. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Association for Psychological Science*, 15(2), 54-58
- Do nascimento, C.A.D., Silva, A. De Brito., Da Silva, M.C., & Pereira, M.H. DE Miranda. (2006). A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 7 (1).
- Dunkley, J. & Whelan, T.A. (2006). Vicarious Traumatization: current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counseling*, 34 (1), 107-116.
- Dutton, M.A. & Rubinstein, F.L. (1995). Working with People in Crisis: Research Implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 82–100). New York: Brunner/Mazel.
- Edwards, R. (2002). *Compassion fatigue: when listening hurts*. American Psychological Association, PsychNET. Recuperado em 4 de julho de 2007, de <http://www.apa.org>
- Eizirik, M. Schestatsky, S. Knijnik, L. Terra, L. Ceitlin, L.H.F. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 28(3), 314-320.
- Elias, N. (2001). *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Engels, F. (1876). *Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem*. Publicado pela primeira vez em 1896 em *Neue Zeit*. Retirado em 10/12/2005 <http://www.marxists.org/portugues/marx/1876/otrabalhonatransformacaodomacacoemhomem.htm>
- Fantucci, I (2001). Contribuição do alerta, da atenção e da expectativa temporal para o desempenho de humanos em tarefas de tempo de reação. Tese de doutoramento não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Ferreira, N.M.L.A. & HISAMITSU, C. (1993). O enfermeiro frente às manifestações emocionais do paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 6 (1/4), 16-23.
- Figley C.R. (1995) Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R Figley (Ed.) *Compassion Fatigue* (pp. 1–20). New York: Brunnar/Mazel.
- Figley, C.R. & STAMM, B.H. (1996). Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test. In B.H. Stamm (Ed), *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Recuperado em 17 de agosto de 2006 de <http://www.sidran.org/digicart/products/stms.html>
- Figley, C.R. (2002). *Compassion Fatigue: An introduction*. In The Green Cross Foundation. Recuperado 5 de abril de 2007, de [http://www.greencross.org/\\_Research/CompassionFatigue.asp](http://www.greencross.org/_Research/CompassionFatigue.asp)
- Figley, C.R. (2002a). Introduction. In C.R Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp.1-14). New York-London: Brunner-Routledge.

- Figley, C.R. (2002b). Epilogue. In C.R Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp.213-218). New York-London: Brunner-Routledge.
- Figueira, I. & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-16.
- Filizola, C.L.A. & Ferreira, M.N.L.(1997). O Envolvimento Emocional para a Equipe de Enfermagem: Realidade ou Mito? *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 5 (número especial) , 9-17.
- Finke, L. (2006). The bond and burden of caring. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19 (1): editorial.
- Friedman, M.J. (1999). Tratamiento farmacológico, presente y future para el paciente con trastorno por estrés postraumático.*Revista de Toxicomanías*,18,5-14.
- Gallup, G. JR. (1998). Can Animals Empathize? Yes. *Scientific American*, 9(4), 66-71.
- Gentry, J.E., Baranowsky, A.B., Dunning, K. (2002) The Accelerated Recovery Program (ARP) for Compassion Fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 123–137). New York: Brunner/Mazel.
- Gil, A., Johnson, M.B. & Johnson, I. (2006). Secondary trauma associated with the state executions: testimony regarding execution procedures. *The Journal of Psychiatry and Law*, 34, 25-35.
- Hafkenscheid, A. (2005). Event countertransference and vicarious traumatization: theoretically valid and clinically useful concepts? *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 7 (3), 159-168.
- Hare, B., CALL, J., & TOMASELLO, M. (2001). Do chimpanzees know what conspecifics know? *Animal Behavior*, 31,139-151.
- Hare, B., CALL, J., AGNETTA, B., & TOMASELLO, M. (2000).Chimpazees know what conspecifics do and do not see. *Animal Behavior*, 59, 771-785.
- Harris, C. J. (1995). Sensory-Based Therapy for Crisis Counselors. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 101–130). New York: Brunner/Mazel.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Hesse, A.R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30 (3), 293-309.
- Hirchzon, C.L.M. & Ditolvo, H.H.S. (2004). Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 8 (15), 387-392.
- Huggard, P. (2003). Compassion Fatigue: How much can I give? *Medical education*, 37,163-164.
- Jackson, S.H. (1999). The role of stress in anesthetist's health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand*, 43, 583-602.
- Jenkins, S.R. & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 423-432.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue, *Nursing*, 22(4), 116-122.
- Junior, J.H.V.L. & Ésther, A.B. (2001). Transições, Prazer e Dor no trabalho de Enfermagem. *RAE*, 41 (3), 20-30.
- Kaji-Markenfeldt, A, R. (2006). “A transformação do macaco em homem”: O processo de hominização através da linguagem e do trabalho. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Kantorski, L.P., Pinho, L.B., Saeki, T. & Souza, M.C.B.M. (2005). Relacionamento e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem*, 39, 317-324.

- Karlson, I. & Christianson, S.A. (2005). Police officers involved in a manhunt of a mass murder: Memories and psychological responses. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 29 (3), 524-540.
- Keidel, G.C. (2002). *Burnout* and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of hospice & Palliative Care*, 19 (3), 200-205.
- Klain, E & Paviae, L. (1999). Countertransference and Empathic Problems in Therapists/Helpers Working with Psychotraumatized Persons. *Croatian Medical Journal*, 40, 455-472b.
- Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2), 389-411.
- Kraus, V.I. (2005). Relationship between self-care and compassion satisfaction, compassion fatigue, and *Burnout* among mental health professionals working with adolescent sex offenders. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2 (1), 81-88.
- Kuhn, T. (2006). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Kunyk, D & Olson, J.K. (2001). Clarification of Conceptualizations of Empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.
- Langford, D.J., Crager, S.E., Shehzad, Z., Smith, S.B., Sotocinal, S.G., Levenstadt, J.S., et al. (2006). Social modulation of pain as evidence for empathy in mice. *Science*, 312, 1967-1970.
- Leitão, L.G. (2003). Contratransferência: uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica*, 2, 175-183.
- Lerias, D. & BYRNE, M.K. (2003). Vicarious Traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19, 129-138.
- Lima, R.C.D., OLIVEIRA, E.R.A., CADE, N.V., RABELLO, M.L. & SANTANA, L.G. (2005). O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 63-67.
- Little, S. (2002). Vicarious Traumatization. *Emergency Nurse*, 10 (6), 27-30.
- Loo, R. (2004). A typology of *Burnout* types among police managers. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 27 (2), 156-165.
- Machado, C. (2004). Intervenção psicológica com vítimas de crimes: dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 399-411.
- Mariguela, M. (1995) *Epistemologia da Psicologia*. Piracicaba: Editora Unimep.
- Martin, P.D. (2006). An Investigation into the Effects of Vicarious Trauma Experienced by Health Care Workers. Dissertação de Mestrado, Universidade da África do Sul, África do Sul.
- Martins e Silva, J. (2004). Asclepius e o “culto da serpente”. *Boletim da SPHM*, 19 (4).
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job *Burnout*. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.
- Maytum, J.C., Heiman, M.B. & Garwick A.W. (2004). Compassion fatigue and *Burnout* in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171-179.
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of *Burnout*. *Tavistock Institute of Human Relations*, 36 (10), 899-910.
- Meleiro, A.M.A.S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica do Brasil*, 44(2), 135-140.
- Meyer, D. & Ponton, R. (2006). The healthy tree: a metaphorical perspective of counselor well-being. *Journal of Mental Health Counseling*, 28 (3), 189-201.
- Morse, J.M., Mitchan, C., Van Der Stenn, W.J. (1998). Compathy or Physical Empathy: Implications for the Caregiver Relationship. *Journal of Medical Humanities*, 19 (1), 51-65.
- Morse, J.M., Anderson, G., Bottorf, J.L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S.M., et al. (1992). Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Journal of Nursing Scholarship*, 24 (4), 273-280.

- Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rappaport, K. & Zimering, R. (1995). Preventing Compassion Fatigue: A Team Treatment Model. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 209–231). New York: Brunner/Mazel.
- Murphy, S.A., Johnson, L.C. & Beaton, R.D. (2004). Fire fighters cognitive appraisals of job concerns, threats to well-being, and social support before and after the terrorist attacks on September 11, 2001. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 269-283.
- Nogueira-Martins, L.A. (2002). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In BOTEGA, N.J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. (pp.130-144) Porto Alegre, Artmed Editora.
- Omdahl, B.L. & O'donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1351-1359.
- Packer, C. & Ruttan, L. (1988). The Evolution of Cooperative Hunting. *The American Naturalist*, 132(2), 159-198.
- Parr, L.A. & Hopkins, W.D. (2000). Brain temperature asymmetries and emotional perception in chimpanzees, Pan Troglodytes. *Physiology & Behavior*, 71, 363-371.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração*. (L.Pasquali, Ed). Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM).
- Pasquali, L. (2005) *Análise Fatorial para Pesquisadores*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM).
- Passons, W. (1967). Predictive validities of the ACT, SAT, and high school grades for first semester GPA and freshman courses. *Educational and Psychological Measurement*, 27, 1143-1144.
- Patella, L. (2004). *Contratransferência da análise de crianças e adolescentes*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Pearlman, L.A & Saakvitne, K.W. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 150–177). New York: Brunner/Mazel.
- Pitta, A. (1999). *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Povinelli, D.J. (1998). Can Animals Empathize? Maybe Not. *Scientific American*, 9, 67-75.
- Preston, S.D & De waal, F.B.M. (2002). Empathy: It's ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Science*, 25, 1-72.
- Queiroz, M. DE SOUZA. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, 20(4), 309-17.
- Racker, H. (1982). Os significados e usos da contratransferência. In: Racker, H., (Ed.) *Estudos sobre técnica psicanalítica*. (pp.120-157). Porto Alegre: Artmed.
- Reynolds, W., Scott, P.A. & Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 235-242.
- Reynolds, W.J. & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of the Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.
- Rodrigues, J. C. (2006) *Tabu da Morte*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rogers, C.R. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Rudolph, J.M., Stamm B.H.H., & Stamm, H.E. (1997). Compassion Fatigue: a concern for mental health policy, Providers, and administration. *Poster at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Montreal, Canada.
- Saakvitne, K.W. (2002). Shared trauma: the therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (3), 443-449.

- Saakvitne, K.W., Tennen, H. & Affleck, G. (1998). Exploring thriving in the context of clinical trauma theory: Constructivist Self Development Theory. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 279-299.
- Sabin-Farrell, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious Traumatization: implications for the mental health of mental workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Sabo, B.M. (2006). Compassion Fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.
- Salston, M. & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (2), 167-174.
- Schaller, G.B. & Lowter, G.R. (1969). The Relevance of Carnivores Behavior to the Study of Early Hominids. *Southwestern Journal of Anthropology*, 25(4), 307-341.
- Schauben, L.J. & Frazier, P.A. (1995). Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49-64.
- Schaufeli, W.B. & Buunk, B. P. (2003). *Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing*. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L.Cooper, *The Handbook of Work and Health Psychology*. (pp.383-425). Indiana: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L.H., Abreu, P.B. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11.
- Schwam, K. (1998). The phenomenon of compassion fatigue in perioperative nursing. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 68 (4), 642-648.
- Schwan, K. (1998).The Phenomenon of Compassion Fatigue in Perioperative Nursing.*AORN Journal*, 68(4), 642-648.
- Schwartz, M.C. (1978). Helping the worker with countertransference. *National Association of Social Workers*, May, 204-209.
- Schwartz, S. & David, A.B. (1976). Responsibility and helping in an emergency: effects of blame, ability and denial of responsibility. *Sociometry*, 39 (4), 406-415.
- Schwartz, S.H. & Fleishman, J.A. (1978). Personal norms and the mediation of legitimacy effects on helping. *Social Psychology*, 41 (4), 306-315.
- Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27 (3), 393-403.
- Silverstein, C.M. (2006). Therapeutic interpersonal interactions: The sacrificial lamb?
- Singer, T., Seymour, B., O'doherty, J., Kaube, H., Dolan, R.J. & Frith, C.D. (2004). Empathy for pain involves affective but not sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1162.
- Siqueira - Batista, R. (2004). Eutanásia e Compaixão. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50(4), 334-340.
- Sobrinho, C.L.N. Carvalho, F.M. Bonfim, T.A.S. Cirino, C.A.S. & Ferreira, I.S. (2006). Condições de trabalho e saúde dos médicos em salvador, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(2), 97-102.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., & Warg, L.E. (1995). *Burnout in social work*. *Journal of the National Association of Social Workers*, 40 (5), 638-646.
- Somer,E.,Bunchdinder,E.,Peled-avram,M.& Ben-yizchack,Y.(2004).The Stress and Coping of Israeli Emergency Room Social Workers Following Terrorist Attacks.*Qualitative Health Research*, 14, 1077-1093.
- Stamm, B.H (2005) *The ProQOL Manual*. Institute of Rural Health, Idaho State University. Recuperado em 5 de maio de 2006 de <http://www.isu.edu/~bhstamm/>
- Stamm, B.H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, 8 (2), 1-8.
- Stamm, B.H., Varra, E.M., Pearlman, L.A. & Giller, E. (2002). *The helper's power to heal and to be hurt – or helped – by trying*. The National Register of Health Service Providers in Psychology. Recuperado em 9 de setembro de 2006, de <http://www.sidran.org>

- Stebnicki, M.A., (2000). Stress and grief reactions among rehabilitation professionals: Dealing effectively with empathy fatigue. *Journal of Rehabilitation*, Jan-Feb-May, 23-29.
- Steed, L. & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: the experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1.
- Stephan, W.G. & Finlay, K. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55 (4), 729-743.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Tamayo, M. R. (1997). Relações entre a síndrome de *Burnout* e os valores organizacionais em dois hospitais públicos. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. UnB.
- Tauber, Y. & Van Der Hal, E. (1998). Countertransference and life-and-death issues in group psychotherapy with child holocaust survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 52 (3), 301-312.
- Thompson, R. (2003). Compassion Fatigue: the professional liability for caring too much. *The human side of school crises – A public entity risk institute symposium*, USA, pp. 1-11.
- Trippany, R.L., Kress, V.E.W. & Wilcoxon, S.A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 84, 31-37.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and Treatment of Helper Stresses, Traumas, and Illnesses. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. (pp. 17–37). New York: Brunner/Mazel.
- Vandenbergh, L. (2004). Relatar emoções transforma as emoções relatadas? Um questionamento do paradigma de Pennebaker com implicações para a prevenção de transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VI (1), 39-48.
- Vasques-Menezes, I. (2005) A contribuição da psicologia clínica na compreensão de *Burnout*: um estudo com professores. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Brasília.
- Vicário.(n.d.) In Oxford University Press Dictionary online.Obtido em 20 junho,2007,de [http://www.oup.com/oald-bin/web\\_getald7index1a.pl](http://www.oup.com/oald-bin/web_getald7index1a.pl)
- Vicarious. (n.d.) In Dicionario da Língua Portuguesa Aurélio Buarque de Holanda.
- Vieira, M.J. (1999). A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (5), 25-31.
- Walker, K.M. & Alligood, M.R. (2001). Empathy From a Nursing Perspective:Moving Beyond Borrowed Theory. *Archives of Psychiatric Nursing*,15 (3), 140-147.
- Wasco, S.M. & Campbell, R. (2002). Emotional reactions of rape victim advocates: a multiple case study of anger and fear. *Psychology of Women Quarterly*, 26,120-130.
- Way,I.,Vandeusen,K.M.,Martin,G.,Applegate,B.,Jandle,D.(2004).Vicarious Trauma:A Comparison of Clinicians Who Treat Survivors of Sexual Abuse and Sexual Offenders.*Journal of interpersonal Violence*, 19 (1), 49 -71.
- Wee, D.F. & Myers, D. (2002).Stress Responses of Mental Health Workers Following Disaster: The Oklahoma City Bombing. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 57–83). New York: Brunner/Mazel.
- White, G.D. (2001). Near ground zero: Compassion fatigue in the aftermath of September 11. *Traumatology*, 7 (4), 151-154.
- Wildman,D.E.,Uddin,M.,Liu,G.,Grossman,L.I.,& Goodman,M.(2003). Implications of natural selection in shaping 99.4% nonsynonymous DNA identity between humans and chimpanzees: Enlarging genus Homo. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 100, 7181–7188.
- Wilson, J. P. & Gielissen, H. (2004). Managing secondary PTSD among personnel deployed in post-conflict countries. *Disaster prevention and management*, 13 (3), 199-207.

Yassen, J. (1995). Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 178–208). New York: Brunner/Mazel.

## ANEXO I

<b>Idade:</b> (número)	<b>Sexo:</b> ① Masculino ② Feminino	<b>Estado Civil:</b> ① Solteiro ② Casado ③ Separado/Divorciado ④ Viúvo	<b>Tem filhos:</b> ① Sim ② Não	<b>Há quantos anos você trabalha na área de saúde?</b> (número)	<b>Tem outro emprego:</b> ① Sim ② Não
<b>Escolaridade:</b> ① 1º grau incompleto ③ 2º grau incompleto ⑤ Nível superior incompleto ② 1º grau completo ④ 2º grau completo ⑥ Nível superior completo					
<b>Salário:</b> ① Até R\$ 350,00 ④ De R\$ 1401,00 a R\$ 2100,00 ⑦ De R\$ 4201,00 a R\$ 5600,00 ② De R\$ 351,00 a R\$ 700,00 ⑤ De R\$ 2101,00 a R\$ 3150,00 ⑧ Mais de 5600,00 ③ De R\$ 701,00 a R\$ 1400,00 ⑥ De R\$ 3151,00 a R\$ 4200,00					
<b>Renda Familiar:</b> ① Até R\$ 350,00 ④ De R\$ 1401,00 a R\$ 2100,00 ⑦ De R\$ 4201,00 a R\$ 5600,00 ② De R\$ 351,00 a R\$ 700,00 ⑤ De R\$ 2101,00 a R\$ 3150,00 ⑧ Mais de 5600,00 ③ De R\$ 701,00 a R\$ 1400,00 ⑥ De R\$ 3151,00 a R\$ 4200,00					
<b>Trabalha na ambulância:</b> ① Sim ② Não		<b>Carga Horária Semanal SAMU</b> [          hrs] <b>Carga Horária Semanal no Outro Emprego</b> [          hrs]			
<b>Cargo que ocupa no Samu:</b> ① Condutor ④ Aux. Enfermagem ② Telefonista (central de regulação) ⑤ Enfermeiro ③ Téc. Administrativo ⑥ Médico					

Leia cada uma das frases e escolha entre as alternativas ①②③④⑤⑥ o valor que lhe parecer mais apropriado, o ① significa "discordo totalmente" ou "não se aplica a mim" e, aumentando o grau de concordância, o ⑥ significa "concordo totalmente" ou "se aplica perfeitamente a mim".

Não existem respostas certas ou erradas. Sua resposta deve ser marcada com um X na opção que melhor corresponde a sua realidade. É importante que todas as questões sejam respondidas. **Considere a sua experiência enquanto trabalhador do SAMU.**

1. Eu me sinto muito cheio de energia	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3. Sinto que a minha clientela me culpa por alguns dos seus problemas.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com a minha clientela.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
5. Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
7. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
8. Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
9. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
10. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
11. Posso criar facilmente um ambiente tranqüilo com a minha clientela.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. Sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. Sinto que trato algumas pessoas da minha clientela como se fossem objetos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. Trato de forma adequada os problemas da minha clientela	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
18. Posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. Acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. Acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. Não me importo realmente com algumas pessoas da minha clientela.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. Tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Ajudar as pessoas lhe põe em contato direto com a vida dessas pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão por aqueles que você ajuda tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Considere cada uma das seguintes questões sobre você e sua situação atual. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).**

Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
0	1	2	3	4	5

a) Você atende pessoas que estão em sofrimento?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) Você atende pessoas em risco de vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
c) Você atende pessoas que passaram por algum evento traumático (ex: abuso sexual, assalto, agressão)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
d) Alguns casos que você atende te deixam impressionado?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

1. Sinto-me feliz.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar as pessoas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Sinto-me ligado aos outros.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Creio que posso ter sido "infectado" pelo estresse traumático daqueles que atendo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
10. Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
12. Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
13. Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15. Tenho crenças que me sustentam.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
16. Sinto-me satisfeito (a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
17. Sou a pessoa que sempre desejei ser.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
18. Sinto-me satisfeito (a) com meu trabalho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
19. Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
20. Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
21. Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
22. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
23. Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
24. Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
25. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
26. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
27. Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
28. Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
29. Sou uma pessoa muito sensível.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
30. Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Muito Obrigado!

## ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Estudo: “Bem-Estar e Trabalho junto aos trabalhadores do SAMU/DF”**

**Coordenação Geral: Wanderley Codo, Dr.**

Você é convidado a participar deste estudo, que tem como finalidade conhecer a organização do seu trabalho e assim propor formas de contribuir para o seu Bem-Estar no Trabalho. A pesquisa será realizada pela equipe de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (LPT) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Sua contribuição se dará através da participação nas entrevistas individuais e se necessário entrevistas de grupo, ou respondendo a inventários. Ao participar deste estudo você deve permitir ser entrevistado (a) pelos pesquisadores responsáveis. Tal (is) entrevista(s) tem a intenção de conhecer sua opinião sobre um determinado tema que será apresentado pelo pesquisador responsável.

Sua participação é voluntária. Apesar de ser de suma importância os dados fornecidos, você tem a liberdade de não responder a todas as questões perguntadas, assim como de recusar a participar ou ainda, em qualquer fase da pesquisa, pode se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para você.

Os encontros e as entrevistas poderão ser gravados, e nesses casos o entrevistado será informado acerca de tal procedimento. Os dados serão utilizados para fins de análise e posterior relatórios de pesquisa, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente sigilosas, de forma que a sua identidade será preservada. Os relatos da entrevista serão identificados por código ou nomes fictícios, de forma que você não possa ser identificado/a.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa através do e-mail: [lpt@psicologiadotrabalho.com.br](mailto:lpt@psicologiadotrabalho.com.br) no telefone (61) 3307 3253, ou para o Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Secretaria de Estado e Saúde do DF no telefone (61) 3325-4955.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa. Endereço: Fundação Universidade de Brasília-UNB Bloco ICC – Laboratorio de Psicologia do Trabalho-sala A1 025-Cep: 70910-900

\_\_\_\_\_  
Sua assinatura

\_\_\_\_\_  
Seu Nome por extenso

  
**Pesquisador Responsável**

**Local e Data**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Estudo: “Bem-Estar e Trabalho junto aos trabalhadores do SAMU/DF”**

**Coordenação Geral: Wanderley Codo, Dr.**

Você é convidado a participar deste estudo, que tem como finalidade conhecer a organização do seu trabalho e assim propor formas de contribuir para o seu Bem-Estar no Trabalho. A pesquisa será realizada pela equipe de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (LPT) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Sua contribuição se dará através da participação nas entrevistas individuais e se necessário entrevistas de grupo, ou respondendo a inventários. Ao participar deste estudo você deve permitir ser entrevistado (a) pelos pesquisadores responsáveis. Tal (is) entrevista(s) tem a intenção de conhecer sua opinião sobre um determinado tema que será apresentado pelo pesquisador responsável.

Sua participação é voluntária. Apesar de ser de suma importância os dados fornecidos, você tem a liberdade de não responder a todas as questões perguntadas, assim como de recusar a participar ou ainda, em qualquer fase da pesquisa, pode se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para você.

Os encontros e as entrevistas poderão ser gravados, e nesses casos o entrevistado será informado acerca de tal procedimento. Os dados serão utilizados para fins de análise e posterior relatórios de pesquisa, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente sigilosas, de forma que a sua identidade será preservada. Os relatos da entrevista serão identificados por código ou nomes fictícios, de forma que você não possa ser identificado/a.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa através do e-mail: [lpt@psicologiadotrabalho.com.br](mailto:lpt@psicologiadotrabalho.com.br) no telefone (61) 3307 3253, ou para o Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Secretaria de Estado e Saúde do DF no telefone (61) 3325-4955.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa. Endereço: Fundação Universidade de Brasília-UNB Bloco ICC – Laboratorio de Psicologia do Trabalho-sala A1 025-Cep: 70910-900

\_\_\_\_\_  
Sua Assinatura

\_\_\_\_\_  
Seu Nome por extenso

  
**Pesquisador Responsável**

**Local e Data**