

Francisca Redinha Tavares



**Fadiga por Compaixão e o Autocuidado: um estudo exploratório
em psicólogos portugueses**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2023

Francisca Redinha Tavares



**Fadiga por Compaixão e o Autocuidado: um estudo exploratório
em psicólogos portugueses**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2023

Francisca Redinha Tavares

**Fadiga por Compaixão e o Autocuidado: um estudo exploratório
em psicólogos portugueses**

Francisca Redinha Tavares

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte.

Resumo

Na prática da psicologia emerge cada vez mais a necessidade de olhar para o bem-estar psicológico e físico dos psicólogos como uma prioridade, uma vez que para um bom desempenho profissional é necessário colocar em prática estratégias de autocuidado que diminuam o stress e promovam o seu funcionamento pessoal e profissional, de forma a antever questões como a fadiga por compaixão. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação existente entre fadiga por compaixão e autocuidado numa amostra nacional de 106 participantes, constituída por psicólogos estagiários, psicólogos juniores e membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses com idades compreendidas 22 e 61 anos Média= 31,11, $DP= 8,12$). A recolha de dados foi efetuada com recurso a um questionário sociodemográfico, à Escala de Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão (ProQOL5) e à Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP). Os resultados deste estudo sugerem que os participantes apresentam elevados níveis de satisfação por compaixão, apoio profissional e desenvolvimento profissional. Verificam-se também baixos níveis de burnout, stress traumático secundário, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário. Evidenciou-se ainda que quanto mais elevados forem os níveis de satisfação por compaixão, maiores são os níveis de apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário. Contudo, participantes os mais novos experienciam menos apoio profissional e desenvolvimento profissional, bem como, participantes com menos anos de experiência têm mais apoio profissional. Comprovou-se ainda, que sujeitos que recorrem a supervisão e intervisão, como estratégias de autocuidado apresentam níveis mais elevados de satisfação por compaixão.

Desta forma, os resultados obtidos revelam-se importantes face à compreensão dos conceitos de fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, bem como, demonstram a eficácia da intervisão e supervisão como estratégias de autocuidado.

Palavras Chave: Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão, Autocuidado, Psicólogos Portugueses

Abstract

In the practice of psychology, the need to look at the psychological and physical well-being of psychologists as a priority is increasingly emerging, since for a good professional performance it is necessary to put into practice self-care strategies that reduce stress and promote their personal and professional functioning, in order to anticipate issues such as compassion fatigue. In this sense, the present study aims to analyse the relationship between compassion fatigue and self-care in a national sample of 106 participants, consisting of trainee psychologists, junior psychologists and full members of the Portuguese Psychologists Association (Ordem dos Psicólogos Portugueses) aged 22 to 61 years (mean= 31.11, SD= 8.12). Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue (ProQOL5) and the Self-Care Assessment Scale for Psychologists (EAAP). The results of this study suggest that participants have high levels of compassion satisfaction, professional support and professional development. There were also low levels of burnout, secondary traumatic stress, life balance, cognitive strategies and daily balance. It was also found that the higher the levels of compassion satisfaction, the higher the levels of professional support, professional development, life balance, cognitive strategies and daily balance. However, younger participants experienced less professional support and professional development, and participants with fewer years of experience had more professional support. It was also proven that subjects who use supervision and intervision as self-care strategies have higher levels of compassion satisfaction. Thus, the results obtained are important in understanding the concepts of compassion fatigue and compassion satisfaction, as well as demonstrating the effectiveness of intervision and supervision as self-care strategies.

Key words: Compassion satisfaction, Compassion fatigue, Self-care, Portuguese psychologists

Agradecimentos

À Professora Doutora Carla Fonte pela orientação, compreensão, disponibilidade e motivação durante todo este percurso tão prazeroso e stressante ao mesmo tempo.

À Dra. Patrícia Moreira, a minha orientadora de estágio, por todos os ensinamentos, por toda a motivação, apoio e disponibilidade durante aqueles seis meses de aprendizagem e desenvolvimento. Por vezes, é necessário termos alguém que nos diz “tu és capaz, acredita mais em ti” para que dali em diante tenhamos mais confiança em nós e nas nossas capacidades. Levo recordações, ensinamentos, boas gargalhadas, muitas expressões novas e uma amiga para a vida, bem como, um exemplo de um bom profissional empático, trabalhador e bom ouvinte.

À Câmara Municipal de Estarreja e à CPCJ por me terem recebido e acolhido da melhor forma durante o meu estágio.

Aos meus pais, um grande e especial agradecimento por todo o carinho, conforto, motivação, compreensão e disponibilidade durante todo este percurso académico. Por todo o apoio face às minhas decisões, aos momentos bons e menos bons. Ter dois seres humanos de força, dedicação, trabalho e realização como retaguarda é sem sombra de dúvidas, o melhor exemplo para a minha vida pessoal e profissional. Tenho muita sorte e reconheço isso, sem eles nada disto seria possível.

Ao Diogo, por todas as vezes que não me deixou desistir, que me apoiou e motivou a seguir em frente e a não baixar os braços. Obrigada por todas as vezes que me contaste anedotas, me tiraste de casa e me fizeste ver as coisas de outra forma. Sem dúvida um porto seguro, onde todos os problemas e dificuldades caem por terra o que me ajudou bastante neste percurso.

À Francisca, a minha amiga de sempre e para sempre, pelo apoio incondicional desde o dia 1, vou me lembrar sempre do dia em que me deixaste à porta da universidade e disseste “Vai amiga, arrasa”, julgo ter cumprido. Obrigada por todas as palavras motivadoras, de apoio e acima de tudo, de conforto. Obrigada por me ensinares a ser apenas eu e que isso basta.

À Mariana, que apareceu na minha vida da forma mais inesperada, mas que veio para ficar. Por todas as gargalhadas, boa disposição, conversas de horas sobre tudo e sobre

Fadiga por Compaixão e o Autocuidado: um estudo exploratório em psicólogos portugueses

nada, pelo karaoke no carro, pelas idas ao nosso querido por do sol, e claro, por todo apoio e carinho.

A todos um grande e especial obrigada!

Índice Geral

Resumo.....	v
Agradecimentos.....	vii
Índice de Figuras	xi
Lista de Abreviaturas	xii
Introdução	13
Enquadramento Teórico	15
1. Fadiga por Compaixão: definição e compreensão teórico-conceptual.....	15
1.2. Modelos Explicativos: Causas e Modelo Etiológico da Fadiga por compaixão	20
2. Autocuidado: definição e compreensão teórico-conceptual.....	24
2.1. Modelos Explicativos do Autocuidado	26
2.2. Importância do autocuidado na prática da psicologia	29
2.3. Estratégias de autocuidado.....	32
Estudo Empírico.....	36
3. Metodologia:	36
3.1 Objetivos de investigação:	36
3.2. Método	38
3.2.1 Participantes	38
3.2.2 Instrumentos.....	41
3.2.2.1 Questionário Sociodemográfico	41
3.2.2.2 Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5)	41
3.2.2.3 Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP).....	42
3.2.3 Procedimento.....	44
4. Resultados	45
5. Discussão de Resultados	64
Conclusão.....	68
Referências Bibliográficas	70
ANEXOS.....	79
Anexo A: Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	80
Anexo B: Pedido de autorização para utilização da Escala EAAP	81
Anexo C: Consentimento Informado (online).....	82
Anexo D: Questionário Sociodemográfico	83
Anexo E: Escala de Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão (ProQOL5).....	86
Anexo F: Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP).....	87

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra por variáveis sociodemográficas.....	38
Tabela 2. Caracterização das dimensões da Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por compaixão	45
Tabela 3. Caracterização das dimensões do autocuidado.....	46
Tabela 4. Análise da relação entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado.....	48
Tabela 5. Análise da relação entre a idade e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado.....	49
Tabela 6. Análise da relação entre os anos de experiência e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado.....	50
Tabela 7. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Situação Profissional Atual	51
Tabela 8. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e o Contexto em que trabalha ou está a realizar estágio curricular e/ou profissional.....	53
Tabela 9. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Área em que trabalha	56
Tabela 10. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Supervisão.....	58
Tabela 11. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Intervisão.....	59
Tabela 12. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a frequência de Supervisão.....	60
Tabela 13. Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a frequência de Intervisão.....	62

Índice de Figuras

Figura 1- Diagrama de Qualidade de Vida Profissional	18
Figura 2- Modelo de Stresse e Fadiga por Compaixão.....	21
Figura 3- Fadiga por Compaixão e Resiliência: Novo Modelo Etiológico.....	23

Lista de Abreviaturas

FC- Fadiga por Compaixão

SC- Satisfação por Compaixão

BO- Burnout

STS- Stress Traumático Secundário

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

Alguma literatura tem vindo a destacar que a prática da psicologia é por natureza o cuidar do outro e por sua vez, o prazer derivado de ajudar os outros, é referido como satisfação por compaixão. Quando um psicólogo sente uma exigência muito pesada para ser compassivo e eficaz em ajudar, pode resultar em fadiga por compaixão (FC). Por outro lado, a fadiga por compaixão pode assumir a forma de burnout (BO) ou estresse traumático secundário (STS), provocado pela exposição a acontecimentos vivenciados por terceiros ou da tentativa em apaziguar o sofrimento do outro (Figley, 1995; Moreno-Jimenez et al., 2004; Castro et al., 2018).

No que se refere à fadiga por compaixão, esta é vista por alguns autores como um custo. Evidencia-se, geralmente, como uma resposta emocional e comportamental resultante de situações experienciadas por profissionais como os psicólogos, que podem provocar sofrimento, desgaste, exaustão física e emocional, burnout e depressão (Figley, 1995; Stamm, 2010). De forma a combater estas questões, associadas à profissão, são necessárias estratégias de autocuidado (Radey & Figley, 2007; Barnett & Cooper, 2009). O autocuidado traduz-se nas competências e comportamentos que um psicólogo adota de forma a promover a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar (OPP, 2020). Muitos autores, sugerem a necessidade de desenvolver estratégias dirigidas à promoção da saúde, principalmente quando se fala de profissionais que trabalham diretamente com o sofrimento do outro, podendo desta forma, o autocuidado ser visto como uma medida preventiva (OPP, 2020). De acordo com Baker (2003), os psicólogos devem cuidar de si através de estratégias de *coping* que diminuam o stress e promovam o seu funcionamento pessoal e profissional, como por exemplo, a prática de exercício físico, atividades de lazer, psicoterapia ou uma boa higiene do sono.

Desta forma, a necessidade de minimizar o impacto da FC passa pela implementação de medidas de prevenção, tratamento e/ou programas de intervenção que permitam, no caso, aos psicólogos gerir adequadamente situações específicas da sua atividade profissional (OPP, 2020; Jilou et al., 2021). Sabe-se que existe um vasto número de estudos, que incidem sobre a necessidade destes profissionais serem mais conscientes sobre o efeito do stress e a natureza do seu trabalho, visto este ser importante e inerente, à prática da psicologia, uma vez que esta profissão acarreta cargas elevadas de vulnerabilidade e sofrimento (Pakenham, 2015). A introdução

de programas de formação académica e de formação para profissionais que abordem questões como: estratégias de monitorização de stress, de burnout e/ou de esgotamento, monitorização dos sinais de alerta, implementação de autocuidados, reconhecimento de perigo, a promoção da criatividade e o desenvolvimento da atenção plena, inseridos ao longo da formação académica e da carreira, tem sido apontados como uma mais valia para a implementação precoce de estratégias de autocuidado (Benedetto, 2015; Ziede & Norcross, 2020). De certa forma, a implementação destes programas, permite a atuação de forma ponderada e assertiva, tanto por parte, de psicólogos em formação como de psicólogos em exercício (Bettney, 2017).

Neste sentido, o presente trabalho de investigação pretende analisar a relação existente entre fadiga por compaixão e autocuidado numa amostra nacional constituída por psicólogos estagiários, psicólogos juniores e membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Assim, este estudo encontra-se estruturado em duas partes, nomeadamente o enquadramento teórico e o estudo empírico. Na primeira parte, que diz respeito ao enquadramento teórico, é apresentada uma revisão da literatura face ao conceito de fadiga por compaixão e ao seu modelo etiológico, bem como, o autocuidado e os modelos explicativos. E ainda, a importância do autocuidado na prática da psicologia e estratégias de autocuidado. A segunda parte, apresenta o estudo empírico onde estão incluídos o método, os resultados e a discussão dos resultados.

Por fim, no que respeita a conclusão é realizada uma reflexão crítica global do estudo, assim como identificados os principais contributos do mesmo, as suas limitações e sugestões para estudos futuros.

Enquadramento Teórico

1. Fadiga por compaixão: definição e compreensão teórico-conceitual

Nesta primeira parte do enquadramento teórico será abordado o conceito de fadiga por compaixão e a compreensão teórico-conceitual, as causas e o seu modelo explicativo, mais concretamente, modelo etiológico da fadiga por compaixão.

Segundo a literatura, profissionais como enfermeiros, médicos, paramédicos, assistentes sociais, bombeiros, socorristas, psicólogos, entre outros compartilham o sofrimento e a vulnerabilidade do outro, absorvendo muitas vezes esse sofrimento e vulnerabilidade para si. Daqui surge, o conceito de compaixão, que se traduz no desejo de aliviar o sofrimento de terceiros e compreender o seu estado de saúde (Figley, 1995; Jilou et al., 2021). Se por um lado, existem aspetos positivos e chama-se por isso, satisfação por compaixão (SC), por outro, existem aspetos negativos intitulados de fadiga por compaixão (FC) (Figley, 1995).

Quando se aborda o tema da fadiga por compaixão é inevitável não exercer uma ligação com o stress traumático secundário (STS). Apesar de distintos nos dias de hoje, estes dois conceitos começaram por ser conotados como semelhantes (Carvalho & Sá, 2011).

Ao estudar os familiares dos ex-combatentes de guerra, Figley (1995), percebeu que estes familiares eram igualmente afetados pelas experiências traumáticas vivenciadas por estes ex-combatentes. Defendia que o trauma destes combatentes poderia ser “contagioso” no seu seio familiar. Desta forma, começou por explicar que STS se traduzia numa exposição a uma situação de forma secundária, por exemplo, através do ouvir falar sobre um acontecimento. Indivíduos expostos a acontecimentos ou situações traumáticas indiretamente, desenvolviam por isso STS (Figley, 1995; Carvalho & Sá, 2011). Nesta sequência, Figley (1995), acaba por definir a FC como resultante de uma alargada exposição a situações de stress traumático de terceiros, assim como, um estado de desregulação psicológica, social e biológica, sugerindo que na sua génese se encontra a empatia e a preocupação pelo sofrimento do outro e o desejo de o aliviar (Figley, 1995).

A fadiga por compaixão pode assim traduzir-se num estado que é estabelecido através de um conjunto de fatores que quando associados podem determinar FC, sendo estes: (...) “sentimento de responsabilidade interrupto para com o doente e o seu sofrimento; incapacidade de responsabilização para com esse sentimento; recordações traumáticas

produtoras de sintomas característicos da perturbação de stress pós traumático e reações associadas, tais como a depressão e ansiedade” (Figley, 1995 citado por Manuelito, 2016, p.23). De acordo com a literatura, Joinson (1992) foi pioneira na utilização e desmistificação do termo fadiga por compaixão, através do estudo de observação de enfermeiras que ao vivenciar o sofrimento dos seus pacientes, sentiam apatia, raiva, depressão, ansiedade, frustração e por consequência as suas capacidades de trabalho diminuam. Assim, descreveu a FC como um estado de reduzida capacidade em sentir compaixão, resultante da prolongada partilha de sofrimento e dor do outro. Apesar de muitos autores, terem a sua própria definição para FC, acabam todos por ser semelhantes (Joinson, 1992; Braid et al., 2007).

Por outro lado, Figley (1995; 2002) refere que o facto dos psicólogos “calçarem os sapatos do outro”, implica que toda a partilha feita pela pessoa em sofrimento seja absorvida pelos mesmos, ou seja, estes profissionais arriscam-se a experienciar FC, sendo esta impossível de evitar. Estes profissionais não podem deixar de sentir empatia e compaixão, uma vez que é a única forma de chegarem até aos seus clientes ou de terem uma visão sobre o mundo em que vivem (Jilou et al., 2021).

Desta forma, a fadiga por compaixão pode ser dividida em duas partes, sendo uma relativa ao burnout com sintomatologia como: frustração, exaustão, raiva, depressão, ansiedade, desesperança e depressão e outra relativa ao STS, onde é visível um sentimento negativo relacionado com o trabalho, onde sentimentos como medo e o trauma podem surgir (Jilou et al., 2021). Apesar das semelhanças, o burnout e o STS não são sinónimos de fadiga por compaixão, uma vez que a FC decorre de um processo gradual de acumulação, resultante do contacto alargado e intensivo com sujeitos em sofrimento (Jilou et al., 2021). Profissionais com fadiga por compaixão, têm dificuldades em empatizar com sujeitos que necessitem de cuidados, uma vez que são absorvidos pelo sofrimento, impedindo os mesmos de atuar (Jilou et al., 2021).

Para Figley (1995), a FC é vista como um custo para estes profissionais, resultante das partilhas feitas pelos seus clientes. Contudo, sabe-se que muitos profissionais têm dificuldade em admitir o seu próprio sofrimento e a dificuldade em empatizar com os seus pacientes, uma vez demonstrarem-se desprotegidos e impotentes (Jilou et al., 2021). O uso das capacidades empáticas, nestes profissionais, proporciona uma melhor compreensão da dor do outro, tendo sempre em vista a sua melhoria. Contudo, a empatia pode tornar-se um fator de risco nestes profissionais, desenvolvendo fadiga por

compaixão, ou seja, o mesmo sentimento de empatia que coloca os profissionais próximos dos seus clientes, pode em certa medida ser um risco para o seu bem estar físico e psicológico (Carvalho & Sá, 2011 & Jilou et al., 2021). Não obstante, também o conceito de compaixão, se traduz num conceito requisito em profissões como a de psicólogo. Visto que o desejo de aliviar a dor e o sofrimento do outro, depende na sua grande maioria da compaixão e empatia que o psicólogo sente face ao seu cliente, refletindo-se por sua vez, na eficácia do seu trabalho (Goetz et al., 2017; Lee et al., 2019). Ao existir uma partilha de informações do cliente para com o psicólogo, é provável que o mesmo desenvolva fadiga por compaixão, em resultado da contínua necessidade de empatia, compaixão e eficácia no seu trabalho (Figley & Ludick, 2017; Lee et al., 2019). Neste seguimento, Figley (2017), referiu: (...) “Ser compassivo, é ser eficaz na avaliação e na ajuda ao sofrimento”, (Figley , 2017; p. 389)

Assim e de forma a compreender o conceito de Fadiga por Compaixão, Figley (2002) e Stamm (2005), criaram o conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP), visto existirem acontecimentos e/ou vivências que têm um grande impacto, positivo ou negativo, na vida dos profissionais de saúde ou prestadores de cuidados de saúde. Tendo em conta estes fatores (positivos e negativos), os autores criaram um diagrama que consiste na designação de duas secções (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão), que de certa forma se relacionam entre si. Sendo que no caso da FC esta divide-se em dois, burnout, onde existem sintomas como exaustão, frustração, raiva, depressão e/ou esgotamento. E em stress traumático secundário, onde existem sentimentos e sintomas impulsionados pelo medo e por traumas, visto estes profissionais poderem absorver medos e angústias do outro (Stamm, 2005). No caso da SC, esta traduz-se no prazer oriundo do trabalho como cuidador para com os outros. Paralelamente, ao conceito de SC está o conceito de resiliência, onde estes profissionais têm a capacidade de enfrentar experiências e/ou vivências tidas como difíceis, permitindo que os mesmos se desenvolvam, fortaleçam e aprendam com as adversidades (Stamm, 2005; Burnett & Wahl, 2015).

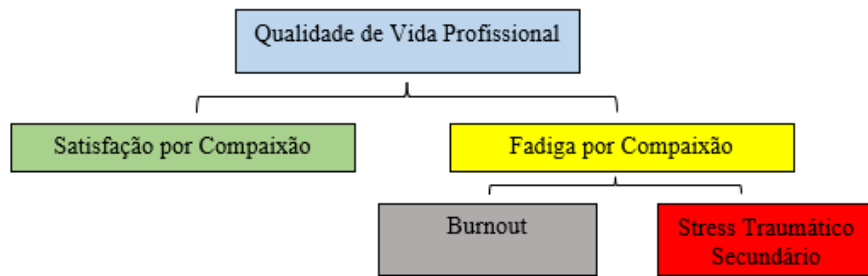


Figura 1- Diagrama de Qualidade de Vida Profissional (Stamm, 2005)

Neste seguimento, alguns autores defendem que é passível que a SC e a FC possam coexistir, ou seja, é possível que um psicólogo vivencie ambas em simultâneo, contudo com o passar do tempo, a sobrecarga exercida pela FC, sobrepõe-se à capacidade que um psicólogo tem para experienciar satisfação por compaixão (Bride et. al., 2007; Barr, 2017).

No estudo de Carvalho e Sá (2011), com profissionais de cuidados paliativos comprovou-se que é possível coexistir SC e FC, pois verificaram-se altos níveis de SC e FC, ou seja, apesar da satisfação no trabalho e do bom desempenho, os profissionais podem ser afetados por medos e/ou inseguranças face aos seus pacientes, resultando em pensamentos negativos, memórias traumáticas, baixa autoestima, entre outros (Carvalho & Sá, 2011).

Note-se que este diagrama foi criado de forma a demonstrar que o conceito de qualidade de vida profissional, mantém na sua génese uma noção de equilíbrio entre as experiências positivas e negativas, ou seja, é necessário que os sentimentos positivos sejam proeminentes aos negativos, pois caso não aconteça, existe um desequilíbrio no indivíduo. Foi esta conceção que deu origem à Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) (Stamm, 2005).

Atualmente, entende-se que o conceito de FC é considerado multidimensional, uma vez que integra a fadiga por compaixão, o burnout e a satisfação por compaixão (Figley & Stamm, 1996). Sendo que a FC, está relacionada com efeitos nefastos face à exposição secundária à dor e ao sofrimento do outro; o burnout, traduz-se na exaustão emocional e a satisfação por compaixão, trata-se do prazer resultante do bom desempenho do seu trabalho (Figley & Stamm, 1996). De forma a comprovar, num estudo realizado com

prestadores de serviços hospitalares, 22,5% da amostra demonstrou indícios de FC, como resultado da exposição ao sofrimento alheio (Barbosa et. al., 2014).

Como supracitado, quando profissionais como os psicólogos, não conseguem gerir de forma positiva e saudável a sua relação empática com o cliente, ou seja, sem que haja uma absorção da dor do outro para si mesmo, a fadiga por compaixão tende a manifestar-se de forma física, emocional, cognitiva (mudanças cognitivas), social e espiritual (Jilou et al., 2021).

Confundida muitas vezes com esgotamento e perturbação de stress pós traumático, a fadiga por compaixão reproduz nos indivíduos sentimentos semelhantes como: desesperança, perda de significado, perda da concentração, stress, ansiedade, mudanças de humor, irritabilidade, sobressalto constante, dificuldades em dormir, insónias e imagens intrusivas sobre a problemática descrita pelo seu cliente (Portnoy, 2011).

Neste seguimento, a FC pode manifestar-se a diferentes níveis e de diferentes formas, de indivíduo para indivíduo, como também ter consequências a longo prazo. Assim, a nível cognitivo a FC pode apresentar sintomas como: dificuldades de concentração, apatia, rigidez de pensamento, desorientação e/ou pensamentos excessivos de preocupação.

A nível emocional, manifesta-se através de sintomas como: ansiedade, depressão, stress, raiva, preocupação, tristeza, medo, angústia, sentimentos de culpa, pesadelos, sonhos, memórias e/ou flashbacks (Bride et. al., 2007;Portnoy, 2011).

A nível comportamental, presença de sintomas como: impulsividade, irritabilidade, desmotivação, perda de apetite, insónias, hipervigilância, evitamento e/ou isolamento (Bride et. al., 2007; Portnoy, 2011).

A nível somático, dores de cabeça e/ou barriga, tonturas, má disposição, insónias, sonolência ou vigília, sudção, sistema imunitário debilitado, taquicardia e/ou dificuldades em respirar (Bride et. al., 2007; Portnoy, 2011).

A nível espiritual, existe um aumento da desesperança e perda de fé, tendência para a descrença ou ceticismo e para questionar o sentido de vida (Bride et. al., 2007; Portnoy, 2011).

No que diz respeito às consequências a longo prazo, estas podem traduzir-se em absentismo, redução da capacidade empática, aumento da vulnerabilidade, diminuição da sensação de segurança pessoal, ativação de situações traumáticas, perda de confiança e

auto estima, excessivo envolvimento em atividades que permitam a fuga (ex. atividades de lazer) e/ou consumo de drogas ou álcool (Bride, Radey & Figley, 2007; Portnoy, 2011).

No estudo de Quick et. al. (1997) e Boiças (2015), comprovou-se que elevados níveis de stress e FC podem levar os indivíduos ao consumo de substâncias e/ou álcool e por consequência, baixos níveis de desempenho profissional, bem como, baixos níveis de empatia face aos seus clientes.

1.2. Modelos Explicativos: Causas e Modelo Etiológico da Fadiga por Compaixão

Tal como referido anteriormente a empatia e a compaixão são imprescindíveis à atividade de um psicólogo, porém podem ser um risco para o seu bem-estar físico e psicológico (Portnoy, 2011). Uma boa intervenção e formulação do problema advém na sua grande maioria, da capacidade empática e de compaixão, ou seja, profissionais com mais empatia e compaixão face aos seus clientes têm maior probabilidade de desenvolver FC (Portnoy, 2011; Maia, 2020).

Quem sofre de FC manifesta muitas vezes desinteresse, reduzida capacidade para tomar decisões e/ou ausência de empatia e compaixão. A variedade de emoções negativas causadas pela FC, advém do tipo de contacto que o psicólogo mantém com o cliente, dos acontecimentos traumáticos e/ou da informação disponibilizada pelo cliente e da descrição efetuada pelos mesmos sobre esses mesmos acontecimentos (Carvalho & Sá, 2011).

Neste seguimento, é possível referir que os processos de contratransferência ou contágio emocional podem também ser uma das causas da presença de FC (Sabin-Farrel & Turpin, 2003, citado por Adams et al., 2007). Entende-se por contratransferência, quando o psicólogo se identifica demasiado com a história do cliente, suscitando em si uma reação emocional (Figley, 2002). Por outro lado, o contágio emocional, traduz-se numa propensão automática para imitar comportamentos, posturas e/ou vocalizações de outra pessoa de modo a assemelhar-se emocionalmente à mesma (Hatfield et. al., 1994).

Para além disto, existem outros fatores de risco que podem despoletar fadiga por compaixão, como por exemplo, história de trauma, falta de suporte familiar/social, traços de personalidade como perfeccionismo e conscienciosidade, fatores de stress e ansiedade

(exigências familiares e/ou de trabalho) (Sabo, 2011; Boiças, 2015). Por outro lado, fatores como concretização, satisfação profissional e demonstração de capacidades, pode influenciar no impedimento de FC (Boiças, 2015).

“(…) a empatia era uma capacidade através da qual as pessoas se compreendiam umas às outras, sentiam e percebiam o que acontece com os outros, como se elas mesmas estivessem vivenciando as experiências alheias” (Sampaio et al., 2009.p.220).

A FC, na sua grande maioria reduz a capacidade e/ou o interesse em suportar o sofrimento do outro. Desta forma, Figley (1995, 2002), criou o Modelo Etiológico, no qual defende que a empatia e a energia emocional são a base para lidar com o sofrimento. Contudo, é de referir que a empatia e a energia emocional, ajudam no estabelecimento e reforço da aliança terapêutica, promovem uma prestação de serviços eficaz, assim como aumentam a resposta empática (Figley, 1995, 2002).

Ao criar este Modelo, desenvolveu 11 variáveis que podem ser compreendidas como as causas da Fadiga por Compaixão, e explicam também o seu processo, a sua prevenção e o seu tratamento (Figley, 1995, 2002).

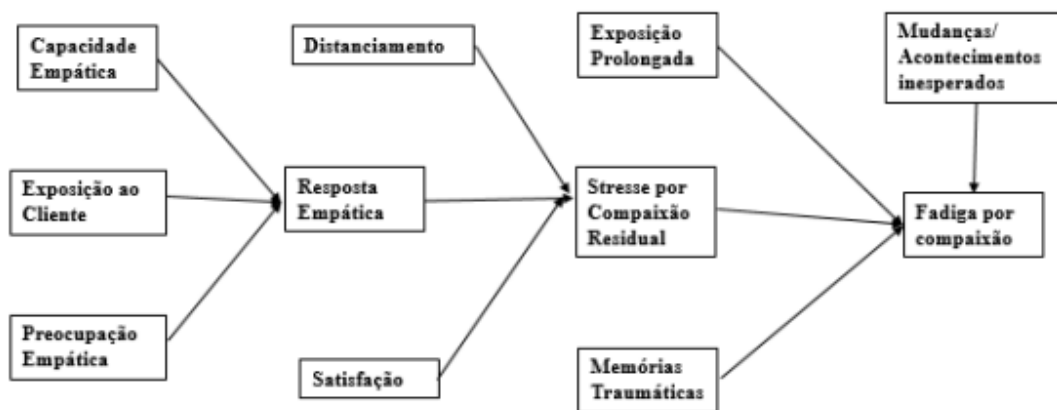


Figura 2-Modelo de Stresse e Fadiga por Compaixão (Figley, 1995, 1997, cit. por Figley, 2002) retirado de (Amaro, 2016, pp. 35)

A capacidade empática, é aptidão essencial ao psicoterapeuta e passa por prestar atenção, saber ouvir e comunicar sensivelmente com os seus clientes, de forma a entender a sua dor (Figley, 2002; Goldfel, 2010).

Neste seguimento vem a preocupação empática, que se traduz na motivação do psicoterapeuta para dar resposta às necessidades dos indivíduos, por meio de treino de competências e habilidades (Figley, 2002; Boiças, 2015).

Exposição ao cliente, é tida como a experiência emocional vivida pelos psicoterapeutas face ao sofrimento alheio. Esta variável demonstra o custo da profissão, mas também demonstra que a elevada exposição leva muitas vezes ao abandono da profissão (Figley, 2002; Boiças, 2015; Amaro, 2016).

Segundo Figley (2002), estas três variáveis conduzem até à resposta empática, na qual existe uma tentativa por parte do psicoterapeuta, em reduzir o sofrimento do seu cliente através da compreensão empática, ou seja, ao projetar em si sentimentos, comportamentos e pensamentos do seu cliente, compreende não só o seu mundo, como origina uma aliança terapêutica.

Distanciamento, pode ser compreendido como uma medida preventiva e de autocuidado, uma vez que existe um esforço racional por parte do psicoterapeuta, para se distanciar do seu cliente, evitando assim fadiga por compaixão (Figley, 2002).

Stress por compaixão residual, é o resultado da energia depositada numa resposta empática com o intuito de aliviar o sofrimento do outro. É vista como um dos fatores que despoleta FC, visto ter um impacto negativo tanto ao nível do sistema imunológico do psicoterapeuta, como na qualidade de vida do mesmo (Figley, 2002; Boiças, 2015).

Neste seguimento, outros fatores que podem despoletar FC são: a exposição prolongada ao sofrimento do paciente, onde existe um sentimento de responsabilidade do terapeuta para com o seu cliente; as memórias traumáticas, que podem ser um gatilho para o aparecimento de sintomas de stress traumático secundário, visto que o psicoterapeuta vivencia através dos relatos do cliente, acontecimentos semelhantes aos da sua história de vida. O que por sua vez pode gerar reações a nível emocional, como ansiedade e/ou depressão (Figley, 2002; Boiças, 2015; Amaro, 2016). Mudanças/acontecimentos de vida inesperados, são outro fator que pode originar FC, tanto no psicoterapeuta como no cliente. São por isso, doenças, morte e mudanças de rotina ou estilo de vida. Apesar de por vezes, estes acontecimentos terem um nível tolerável de stress, estes só se transformam em FC quando combinados com outros fatores (Figley, 2002; Boiças, 2015).

Desta forma, Figley (2002) refere que muitas vezes o expoente máximo da fadiga por compaixão é o resultado da dificuldade que estes profissionais demonstram, em encontrar mecanismos que promovam a satisfação na tentativa de aliviar a dor do outro. Associada a esta dificuldade está a preocupação empática, resultando muitas vezes em STS.

O autor conclui que ao conjugar métodos como: educar e sensibilizar profissionais para a FC e dessensibilização do terapeuta para possíveis eventos traumáticos (aumenta a capacidade de enfrentamento), resulta num considerável minimizar do grau de desconforto e num maximizar da exposição aos estímulos, encarado muitas vezes, como reações angustiantes (Figley, 2002).

Ao longo do tempo os pressupostos do Modelo de Stress e Fadiga por Compaixão, foram sofrendo alterações, principalmente no que diz respeito ao trauma vicariante, trauma secundário e fadiga por compaixão. Assim Figley (2014), criou um novo modelo, que para além de complementar o antigo quanto à fadiga por compaixão, permite aferir o grau de risco de desenvolvimento da mesma em profissionais que lidam com a dor e/ou sofrimento do outro.

Sucintamente, neste modelo são acrescentadas três variáveis (autorregulação, satisfação por compaixão e apoio e novas fontes de stresse), que no total se tratam de dez variáveis e se apresentam como o modelo causal que prediz o estado de FC.

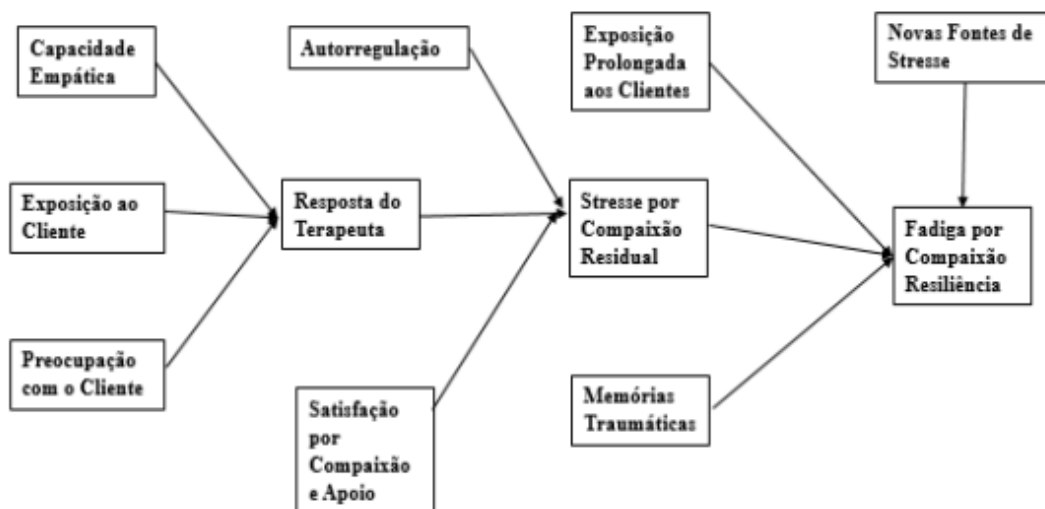


Figura 3- Fadiga por Compaixão e Resiliência: Novo Modelo Etiológico (Figley, 2014) retirado de (Amaro, 2016, pp. 36)

Autorregulação, traduz-se na gestão eficaz, por parte do profissional, das suas fontes de stress, minimizando assim a sua causa e o seu impacto. A separação da vida profissional e pessoal, é vista também como autorregulação (Figley, 2014; Boiças, 2015; Amaro, 2016).

Satisfação por compaixão e apoio, reporta o expoente máximo de satisfação que o profissional demonstra através do processo de ajuda ao seu cliente e no apoio prestado aos seus colegas de trabalho e vice-versa (Figley, 2014; Boiças, 2015; Amaro, 2016).

Novas fontes de stress, implicam uma adaptação emocional do trabalhador e podem ser pessoais, profissionais, crónicas ou repentinas (Figley, 2014; Boiças, 2015; Amaro, 2016).

Este modelo, mais concretamente, as três variáveis assinaladas, vieram auxiliar profissionais que lidam sistematicamente com a dor e o sofrimento do outro. Permite a diminuição da fadiga e o aumento da capacidade de resiliência, autorregulação, satisfação por compaixão e gestão das fontes de stresse (pessoal e/ou profissional), através da implementação programas ou mecanismos (Figley, 2014; Boiças, 2015; Amaro, 2016).

Desta forma, é possível remeter para o tema seguinte, o conceito de autocuidado, bem como, os modelos explicativos, a importância da prática de autocuidado em psicologia e as suas estratégias.

2. Autocuidado: definição e compreensão teórico-conceptual

Profissionais como os psicólogos, estão de certa forma, habituados a uma cultura de trabalho numa só via, ou seja, a sua empatia, compaixão, capacidade de escuta, demonstração de interesse pelo sofrimento do outro, é dirigida apenas ao seu cliente (Guy, 2000). Contudo, e contrariamente ao que foi dito anteriormente, as relações podem ser bidirecionais, pois muitas vezes os clientes podem ter impacto na vida destes profissionais e até influenciá-los de alguma forma (Webb, 2011).

Sustentar relações unidirecionais ou bidirecionais, torna-se num esforço acrescido para estes profissionais, visto existir um maior risco para o desenvolvimento de stress, burnout, fadiga por compaixão, dificuldades no desempenho da sua profissão etc. (Wityk, 2003; Harrison & Westwood 2009; Skovholt & Trotter-Mathison 2011; El-Ghoroury et al. 2012). Isto acontece de forma paradoxal, pois na tentativa de ajudar os seus clientes com a sua saúde mental, estão por sua vez, em alguns casos, a prejudicar-se, ignorando muitas vezes as suas necessidades (Barnett et al. 2007).

Muitos autores referem que, para uma boa conduta terapêutica é necessário o bem-estar físico e psicológico, visto ser impossível cuidar do outro, quando o próprio profissional não tem ferramentas para cuidar de si (Baker & Gabriel, 2021). O autocuidado, tem vindo a ser reconhecido como uma parte integrante e fundamental, em profissões de ajuda, contudo requer aprendizagem e treino, visto ser através do autocuidado que os psicólogos

gerem eficazmente os desafios causados pela profissão (Barnett, et al., 2007). Sabe-se que a necessidade constante em manter o bem-estar físico e psicológico, passa pela tomada de consciência face a medidas preventivas de autocuidado (American Psychological Association Committee on Legal Issues, 2002; Barnett & Cooper, 2009). Assim, o autocuidado pode traduzir-se numa prática positiva com foco no estado físico, emocional e cognitivo dirigido ao âmbito pessoal e profissional do indivíduo, ou seja, a inclusão de uma rotina de autocuidado na vida de um psicólogo, passa por atividades e estratégias que visam o seu bem-estar, minimizando os riscos associados à profissão (Norcross & VandenBos, 2018). Desta forma, o autocuidado apresenta-se como um construto individual, visto ser adaptado às necessidades de cada indivíduo, não existindo estratégias e mecanismos de *coping* com eficácia generalizada (Norcross & VandenBos, 2018).

Neste seguimento, Godfrey et al. (2011), após análise das diferentes representações e definições de autocuidado, da evolução do conceito ao longo dos tempos, constatou que existem pontos comuns e transversais a todos eles. Ou seja, é comum que a maioria das definições de autocuidado demonstrem uma relação direta entre saúde-doença, promoção da saúde-bem-estar, prevenção da doença-bem-estar, entre outras.

Portnoy (2011) e Kissil e Niño (2017), são autores que fazem uma chamada de atenção, para o facto de o conceito de autocuidado, não ser apenas um estilo de vida com tomadas de posição e/ou atitudes saudáveis, mas sim, a capacidade que os indivíduos têm de empregar sentimentos, sensações, intuições nessas tomadas de decisão, tendo em conta o momento em que estão e as situações em que se encontram, para o seu bem estar. Ou seja, pode traduzir-se numa autorreflexão sobre as próprias necessidades de cada indivíduo e consequentemente a procura de recursos que colmatem essas necessidades, em prol da sua saúde (Colman et al., 2016; Pakenham, 2017).

O autocuidado refere-se à capacidade que cada indivíduo tem para se recarregar de forma saudável, através de comportamentos que promovam o seu bem-estar físico e psicológico, de forma a baixar níveis elevados de stress e ansiedade (Gentry, 2002).

Já Norcross e Guy (2007), veem o autocuidado como um imperativo clínico e ético, fundamental na saúde mental destes profissionais, sendo por isso importante compreender formas e práticas de autocuidado, assim como a sua eficácia. Neste seguimento, no Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, refere “5.1.

Evidência científica. Os/as psicólogos/as (...) procuram manter e atualizar a sua competência ao longo do seu percurso profissional” e “5.4. Preocupações de isenção e objetividade na intervenção. Os/as psicólogos/as devem ter consciência da importância das suas características individuais para o processo de intervenção, pelo que procuram assegurar a maior isenção e objetividade possíveis (...)”, ou seja, é necessário uma contínua atualização dos métodos utilizados, de forma a manter a sua competência, tendo sempre em vista o impacto e as repercussões dos seus atos nos clientes (OPP, 2011, p. 17935).

O autocuidado possibilita o crescimento pessoal e profissional dos psicólogos, bem como ajuda na prevenção e gestão do impacto negativo que surge, muitas vezes, na prática (Simms, 2017). Porém, para que o autocuidado tenha um papel eficaz é necessário a atualização de estratégias positivas e adaptativas e o evitamento de estratégias negativas e/ou desadaptativas, como é o caso da automedicação e o consumo de substâncias, visto que em muitos casos agravam dificuldades sentidas ao longo do tempo (Wise & Barnett, 2016).

Em suma, as estratégias de autocuidado contribuem para um trabalho contínuo, competente e eticamente responsável por parte dos psicólogos, uma vez que aumentam a sua resiliência e diminuem os efeitos negativos da prática, como se explica de seguida (Newell & MacNeil, 2010).

2.1. Modelos Explicativos do Autocuidado

Quando se fala de autocuidado, o foco não deve ser apenas um, mas sim algo abrangente às dimensões pessoais e profissionais. Outros estudos com psicólogos, revelaram que é fulcral evitar seguir apenas um modelo teórico ou abordagem com vista à promoção de um crescimento cognitivo e experiencial do profissional (Norcross & Guy, 2007).

Ao longo dos tempos foram surgindo abordagens relativas ao autocuidado como é o caso das abordagens de Walsh (2011), Baker (2003), Norcross e Guy (2007) e Wise et. al. (2012).

A abordagem de Walsh (2011), trata-se de uma revisão sistemática com base em alterações de comportamento no estilo de vida dos indivíduos que têm um impacto positivo na sua saúde mental, bem como, oferece vantagens terapêuticas significativas

para os doentes, os terapeutas e as sociedades. Esta abordagem remete para a importância da nutrição e exercício físico, aliado aos conceitos de *mindfulness*, espiritualidade e psicologia positiva. De certa forma, Walsh (2011), remete para a necessidade e importância dos psicólogos priorizarem as suas necessidades e terem consciência do impacto negativo do stress nas suas vidas. Como anteriormente citado, este autor refere que mudanças no estilo de vida oferecem vantagens terapêuticas, vantagens essas que passam por uma maior eficácia e consequente flexibilidade, bem como, um menor desgaste profissional do indivíduo. Assim, enumeramos a nutrição e dieta; a prática de exercício físico; a contemplação e estar na natureza; os relacionamentos positivos; ter momentos de lazer; meditação (gestão de stress); participação em atividades recreativas; voluntariado; desenvolvimento e envolvimento em ações religiosas e espirituais; higiene do sono e suplementação, etc, como algumas das mudanças referidas pelo autor. Walsh (2011), alega ao longo da sua abordagem o facto destas mudanças serem duplamente vantajosas, visto terem um impacto positivo na vida dos indivíduos, apresentarem um baixo custo e serem acessíveis, poderem ser introduzidas de forma rápida nas suas vidas, serem usadas individualmente ou como complemento e serem valorizadas na sociedade, sem estigmas.

Neste seguimento, Baker (2003), surgiu com uma abordagem onde o autocuidado se baseia em 3 princípios, sendo eles: a autoconsciência, a autorregulação e o sentido de equilíbrio. No caso da autoconsciência, existe frequentemente uma auto-observação de experiências psicológicas e físicas. A autorregulação, traduz-se na gestão que o indivíduo faz das formas de estar físicas e psicológicas, através de estratégias como o exercício físico, a meditação ou o relaxamento. Já o sentido de equilíbrio, acontece quando o indivíduo prioriza a sua mente, corpo e espírito.

Atividades como uma boa higiene do sono, prática de exercício físico, alimentação saudável, relacionamentos positivos, momentos de lazer e descontração, psicoterapia são vistas pelo autor como práticas e/ou estratégias de *coping* positivas que promovem uma ação profissional e pessoal dos indivíduos, bem como, diminuem quadros de stress (Baker, 2003).

Por outro lado, Norcross e Guy (2007) propuseram uma abordagem com métodos baseados em investigação tais como: espiritualidade, *mindfulness*, psicologia positiva, bem-estar físico e terapia cognitivo-comportamental. Esta abordagem conta com 12 princípios básicos, que podem ser utilizados de livre forma pelos psicólogos com o

objetivo de promover o seu bem-estar. Os princípios são: **1)** valorizar a pessoa que é o psicoterapeuta; **2)** focar a atenção nas recompensas e benefícios do trabalho; **3)** reconhecer e aceitar que os desafios ocupacionais são intrínsecos à profissão; **4)** preocupar-se com o seu corpo, através de uma vida saudável e exercício físico, dormindo e alimentando-se bem; **5)** procurar relacionamentos acolhedores e positivos; **6)** estabelecer limites entre a vida pessoal e profissional; **7)** gerir pensamentos perfeccionistas e autocríticos com compaixão; **8)** sustentar refúgios saudáveis e atividades revitalizadoras; **9)** criar intencionalmente um ambiente próspero e positivo; **10)** fazer terapia de forma a promover um autodesenvolvimento positivo; **11)** cultivar a espiritualidade; **12)** incentivar a criatividade e o crescimento, diversificando as atividades profissionais e procurando desenvolvimento, mudança e renovação no seu trabalho (Norcross & Guy, 2007 citado por Ventura, 2018).

Tal como a abordagem de Walsh (2011), também a abordagem de Norcross e Guy (2007), conta com estratégias vantajosas do ponto de vista da diversidade e abrangência, visto muitas vezes existir uma preferência pelo uso de técnicas individuais e adaptativas com recursos disponíveis. Estes autores, ressaltam ainda, que não existe nenhuma estratégia de autocuidado individual que seja eficaz ao ponto de ultrapassar o stress, fazendo assim uma chamada de atenção para a necessidade de cada psicólogo ajustar as estratégias a si, de forma a criar um repertório pessoal, excluindo claro está, estratégias como por exemplo, autculpabilização e abuso de substâncias (Norcross & Guy, 2007 citado por Ventura, 2018).

Wise et. al. (2012), sugerem uma abordagem com foco em 4 princípios, que consideram importantes para um autocuidado eficaz. Sobrevivência vs. Prosperidade, os autores alegam que se o foco for sobreviver, o indivíduo irá dirigir toda a sua atenção e esforço para a prevenção de efeitos negativos da prática, o que irá limitar a sua qualidade profissional. Se por outro lado, o foco é prosperar, existe uma tendência para o indivíduo estar disponível para novas práticas e estratégias de autocuidado que o façam desenvolver. Quanto à escolha das estratégias mais adequadas, existe procura e conseqüente seleção de estratégias e práticas de autocuidado que sejam flexíveis e fáceis de aplicar, face às situações e condicionantes de vida. Já o conceito de reciprocidade, traduz-se em ações que visam um estilo de vida saudável, que sejam recíprocas entre o psicoterapeuta e os seus clientes. Por último, este modelo enfatiza a necessidade de os psicólogos integrarem

as estratégias e práticas de autocuidado ao longo da sua vida, como uma rotina (Silva, 2019).

Assim é possível dizer, que estratégias fáceis de aplicar, individualizadas e que possam ser adaptadas face às situações e necessidades dos indivíduos, são preferencialmente elegidas por estes profissionais, seja qual for o modelo ou a abordagem (Silva, 2019). Por isso, estratégias como ler, praticar exercício físico, uma boa alimentação, atividades de lazer, meditação, bom ambiente de trabalho, conviver com amigos e família, fazer voluntariado são na sua grande maioria, as mais utilizadas pelos psicólogos pelos recursos disponíveis e facilitados (Silva, 2019).

Ressalva-se que estratégias como supervisão, intervenção, formação contínua e atualizada e o desenvolvimento pessoal/psicoterapia são vistas como estratégias de autocuidado importantes e eficazes (Silva, 2019).

2.2. Importância do autocuidado na prática da psicologia

Atualmente, ser psicólogo é considerada uma das profissões mais stressantes, devido ao peso colocado em cada profissional face às suas ações e comportamentos para com o seu cliente e as suas problemáticas (Dattilio, 2015).

Os desafios colocados à prática dos psicólogos, bem como os riscos associados, estão bem documentados e reconhecidos pelos profissionais da área, contudo nem tudo é linear. Num estudo, Mahoney (1997), através de um inquérito aferiu que um terço dos participantes sofria de ansiedade ou depressão e mais de 40% referiram ter experienciado episódio de exaustão emocional durante o ano anterior.

Posteriormente, Radeke e Mahoney (2000), encontraram níveis superiores de ansiedade, depressão e exaustão emocional em psicólogos em prática, do que em psicólogos em investigação.

Já no estudo de Pope e Tabachnick (1994), os participantes relataram ter experienciado inúmeras dificuldades pessoais como: depressão, dificuldades de relacionamento, ansiedade e problemas de autoestima/autoconfiança. Sendo que 60% dos psicólogos participantes referem ter estado significativamente deprimidos em algum momento da sua carreira, 29% referiram ter ideia suicida e cerca de 4% tentaram o suicídio (Barnett, et. al., 2007).

Porém num estudo, anteriormente realizado pelos mesmos autores, estes verificaram que 97% dos profissionais viviam com o medo que um cliente se suicidasse e mais de 50% referiram que as suas preocupações com os clientes afetaram negativamente o seu funcionamento pessoal, incluindo o sono, dieta, concentração e foco (Barnett, et. al., 2007).

Em relação a um estudo com membros da American Psychological Association, realizado por Gilroy et al. (2002), 62% dos psicólogos inquiridos relataram estarem deprimidos e 42% constataram terem vivenciado episódios de ideação suicida ou comportamentos suicidas.

Aquando da procura do conceito de autocuidado, são notórios os diversos estudos que comprovam a exaustão deste profissionais causada pela prática, como por exemplo: irritabilidade, insónias, exaustão emocional, fadiga crónica, isolamento, solidão, ansiedade, depressão, queixas somáticas (dor de cabeça, dor de costas), problemas nos relacionamentos com pares ou família, sentimento de tédio e frustração, desejo que os clientes desmarquem consultas, níveis baixos de realização e satisfação no trabalho, ideação suicida, consumo de álcool e substâncias (Barnett, et. al., 2007).

Entenda-se que esta ação dos psicólogos para consigo mesmos, já não se trata apenas de uma necessidade ou algo pessoal, mas sim um imperativo ético e moral que integra a responsabilidade profissional de um psicólogo (Barnett et al., 2006; Norcross & Guy 2007, Wise et al., 2012; Norcross & VandenBos, 2018). Porém, ao longo dos tempos houve estratégias tidas como requisitos dentro de cada área da psicologia, como é o caso da supervisão, intervisão, psicoterapia, desenvolvimento pessoal que nem sempre são o suficiente para o bem-estar psicológico no seu total e eficazes ao longo da carreira (Barnett & Cooper, 2009; OPP, 2011).

É esperado que à medida que estes profissionais persintam sinais de burnout, depressão, ansiedade, fadiga por compaixão entre outros, tomem medidas necessárias, para evitar que as suas funções e desempenho sejam afetados (Barnett, et. al., 2007). Haas e Hall (1991) são autores que defendem a autoconsciência dos psicólogos, visto que os mesmos devem ter a capacidade de reconhecer os seus limites e procurar ajuda, sem causar dano a terceiros. É essencial para psicólogos e psicólogos em formação, que o conceito de autoconsciência do próprio funcionamento e do impacto que as suas ações têm no outro, seja integrado no seu dia a dia (Barnett et. al., 2007).

Compreender as causas subjacentes ao stress, burnout, fadiga por compaixão, ansiedade e/ou depressão, cria uma forte oportunidade para estes profissionais lidarem de forma mais eficaz com estas problemáticas, bem como, promover uma boa gestão do seu bem-estar psicológico ao longo do tempo (Nel & Fouché, 2017). Por outro lado, muitos autores referem ser essencial que os psicólogos implementem estratégias antecipadas de autocuidado (e.g Baker, 2003; Barnett, et. al., 2007; Norcross & Guy, 2007; Pope & Vasquez, 2005; Wicks, 2008; Wise et. al., 2011; Wise & Gibson, 2012).

De forma geral, para que os psicólogos exerçam a sua profissão de forma consciente, capacitada, atualizada e desenvolvida, é necessário que exista uma relação direta entre autocuidado e competência, pois só desta forma é que estes profissionais garantem um impacto positivo nos seus clientes, uma boa aliança terapêutica e melhor capacidade de trabalho (Barnett & Cooper, 2009; Wise et al., 2012).

Sendo esta uma profissão que acarreta riscos desde o início, é essencial que a prática de autocuidado seja integrada desde o princípio da formação destes profissionais, ou seja, através da criação de uma identidade profissional que inclua um foco ativo no autocuidado contínuo (Barnett & Cooper, 2009). Alguns autores defendem a implementação de programas de educação para estudantes sobre comportamento de bem-estar e autocuidado na sua formação, aplicados posteriormente ao longo das suas carreiras. Ou seja, um começo prévio e antecipado de práticas de autocuidado no início da carreira, permitirá que estes futuros profissionais transformem estratégias e práticas de autocuidado em hábitos contínuos e integrados no seu dia a dia (Smith & Moss, 2009).

Para além da inclusão deste tema em unidades curriculares, cursos, programas de treino entre outros, o mesmo deve ser fornecido a alunos e a professores, de forma a que o tema seja discutido e abordado das mais diversas formas e perspetivas. Ressalva-se que abordar o autocuidado em formato de grupo, normaliza as experiências de cada indivíduo e transmite a essência do autocuidado contínuo com vista ao bem-estar psicológico (Barnett & Cooper, 2009).

Neste seguimento, e com base no desempenho positivo e competente do psicólogo face aos seus clientes, Coster e Schwebel (1997) identificaram 7 princípios como: autoconsciência, automonitorização, manter um equilíbrio entre vida pessoal e vida profissional, relacionamentos interpessoais positivos (ex. família), férias, programas com amigos e psicoterapia como sendo incentivos a uma boa prática profissional.

A prática de estratégias positivas de autocuidado, refletem-se na qualidade de vida profissional e pessoal do indivíduo, exemplo disso, é o estudo de Nissen-Lie et al. (2013), onde comprovam que a relação terapêutica psicólogo-cliente, é influenciada pela qualidade de vida do mesmo. Ao longo do estudo, verificou-se que existe uma relação entre as experiências de vida dos psicólogos e a sua qualidade de vida profissional, ou seja, quanto maior é o nível de satisfação profissional e bem-estar, melhor a qualidade da aliança terapêutica estabelecida.

2.3. Estratégias de autocuidado

É possível começar por dizer, que a redução do estigma face à procura de ajuda e esforço contínuo para a implementação de estratégias de autocuidado é um grande passo, para a criação de uma parte da identidade profissional dos psicólogos, como anteriormente referido. Aliado a isto, está um bom ambiente profissional de abertura, partilha, apoio e consulta, para que cada um destes profissionais funcione como modelo para os futuros e seja desenvolvida uma cultura dentro da profissão que sustente o autocuidado e os comportamentos de procura de ajuda (O'Connor, 2001; Barnett et. al., 2007).

Os psicólogos devem estar atentos e sensíveis às questões de mau estar físico, emocional e psicológico e por isso, realizar autoavaliações regulares (Barnett et. al., 2007). Essas autoavaliações, devem integrar foco, atenção e consciência dos fatores de risco e sinais de alerta pessoais, como por exemplo: consultas com determinado tipo de clientes, desafios e/ou tensões na vida pessoal, sentimentos de frustração, impaciência e irritabilidade em relação aos clientes, falta de concentração e tédio, desmotivação, entre outros (Barnett et. al., 2006). Estratégias de *coping* negativas devem ser evitadas como por exemplo: automedicação, abuso de substâncias e apoio emocional ou gratificação dos clientes (Barnett et. al., 2007). Estes devem optar por comportamentos positivos com efeitos benéficos ao longo da carreira, tais como: equilíbrio entre os desafios Pessoais vs. Profissionais, fazer pausas regulares no trabalho, tirar férias, ter momentos de descanso e de lazer (ex. ler, escrever, desenhar etc), praticar exercício físico e ter uma alimentação saudável, atender às necessidades emocionais, físicas, relacionais e espirituais fora do local de trabalho, desenvolver interesses fora do trabalho, limitar o número de casos difíceis, passar tempo de qualidade com amigos e família, trabalhar numa equipa multidisciplinar e fazer autorreflexão (Kramen-Kahn & Hansen, 1998). Apesar de muitas

vezes estes profissionais, terem estigma face a estas estratégias, uma vez que podem ser interpretadas como um luxo ou egoísmo, estas devem pelo contrário, serem vistas como essenciais ao seu desempenho profissional resultando num “bom funcionamento” (Coster & Schwebel 1997; Barnett et. al., 2007).

Apesar da panóplia infinita de estratégias de autocuidado encontradas, a adesão a grupos de apoio, intervisão, supervisão, psicoterapia pessoal, supervisão individual, envolvimento em associações profissionais podem ajudar estes profissionais na procura individual das suas estratégias de autocuidado funcionais, bem como, reforçam eficazmente o seu comprometimento (Barnett et. al., 2007). É consensual, que estas atividades oferecem grandes benefícios para os profissionais que as utilizam (e.g. Mahoney, 1997; Barnett & Hillard, 2001; Norcross, 2005).

Em Portugal, foi realizado um recente estudo por Mota (2017) que demonstra que uma pequena amostra de Psicólogos Portugueses adota estratégias de autocuidado como: o apoio social, a prática de exercício físico, a existência de momentos de lazer, a supervisão, a intervisão e a gestão de tempo adequada como tendo resultados benéficos para os mesmos.

Neste seguimento, as autoras Arón & Llanos (2004) dividiram as estratégias de autocuidado em três grupos: individual, equipa ou grupal e institucional. Quanto às estratégias de autocuidado individual, as autoras apontam o registo de comportamentos negativos para aprender a lidar com os mesmos da melhor forma; a partilha de informação clínica com outros profissionais da área; a criação de um espaço onde o indivíduo possa desenvolver atividades lúdicas, para que existam momentos relaxantes e de distração do seu contexto profissional; contínua formação para estarem atualizados e aplicarem as técnicas e modelos mais adequados às necessidades de cada cliente e evitar assumir responsabilidades e compromissos em excesso que possam sobrecarregar e/ou colocar em causa a eficácia do seu trabalho (Arón & Llanos, 2004; Mota, 2017).

No que diz respeito às estratégias de autocuidado de equipa ou grupais, é referida a privacidade no trabalho; o desenvolvimento de momentos de partilha de ideias, técnicas e modelos face a casos acompanhados pelos profissionais; a partilha de responsabilidades na tomada de decisões; a confiança e abertura em supervisão; a consciência dos riscos a que estão sujeitos devido ao contacto permanente com a dor do outro; o apoio

disponibilizado pela instituição onde trabalham, de forma a contribuir para o enriquecimento profissional dos seus trabalhadores, o conhecimento dos valores, da ideologia e da cultura organizacional (Arón & Llanos, 2004; Mota, 2017).

Já nas estratégias de autocuidado institucional, é tido em conta a rede profissional desenvolvida dentro da instituição, salientando o fortalecimento das redes de apoio; estabelecer um vínculo entre colegas de trabalho que beneficie a relação profissional e o desenvolvimento de espaços e/ou momentos de descompressão e relaxamento, como por exemplo, seminários, encontros profissionais ou workshops (Arón & Llanos, 2004; Mota, 2017).

Por outro lado, autoras como Sanzovo e Coelho (2007), agregaram diferentes estratégias de autocuidado com o objetivo de assinalar fatores considerados stressores no trabalho. Assim, as estratégias utilizadas são: gostar do próprio trabalho; concentrar-se apenas na sessão durante o atendimento; gerir o seu tempo de forma adequada; desligar-se do trabalho após chegar a casa; diminuir horas de trabalho; desmarcar um atendimento quando não estiver em condições de atender; tirar férias e descansar; meditar e refletir; estabelecer contratos claros sobre o funcionamento da terapia; encaminhar determinados casos para outro profissional; recorrer a supervisão ou intervenção; não atender o telemóvel em determinados horários e fornecer apenas o número de telefone do local de trabalho; adequar o contexto físico para um maior conforto e procurar outras atividades dentro da área profissional (Sanzovo & Coelho, 2007 citado por Mota, 2017).

Para além dos desafios que colocam à prova os psicólogos, os mesmos integram o desenvolvimento de uma melhor compreensão das causas e da natureza dos fatores de mau estar físico, psicológico e emocional, bem como, compreender porque razão, muitas vezes, os psicólogos não recorrem a ajuda ou não tomam medidas preventivas. Desta forma, a implementação de mudanças sistémicas nos sistemas de educação e formação, serão uma mais valia para a abordagem destas questões importantes (Barnett et. al., 2007).

3. Relação entre Fadiga por Compaixão e Autocuidado

Como já citado, a FC é vista com uma forma de sofrimento decorrente da atividade laboral, que pode causar mal-estar físico e mental, que por sua vez, decorre da compaixão experienciada pelos psicólogos. Tudo isto acontece, uma vez que o profissional

demonstra dificuldades em lidar de forma saudável e apropriada com a dor do outro, ou seja, não existe um autocuidado prévio exercido pelo indivíduo de forma a controlar a absorção da dor do outro para si, manifestando-se fisicamente, socialmente, emocionalmente entre outros, em intensidade (Jilou et. al., 2021).

Desta forma, é possível analisar a ambivalência trabalho vs. saúde, visto que tanto pode existir sofrimento, como também prazer na sua profissão (Jilou et. al., 2021). O que de certa forma distingue estes dois conceitos, é a forma como o indivíduo se comporta face às mesmas no seu trabalho, ou seja, as suas ações e comportamentos. Neste seguimento, é importante a procura de equilíbrio, visto que ao longo da carreira estes profissionais são encorajados a explorar estratégias (autocuidado) que lhes permitam esse mesmo equilíbrio pessoal e profissional. Na literatura, é notória a chamada de atenção para a necessidade destes profissionais terem consciência dos momentos de desconforto, desmotivação, incapacidade em relação ao trabalho, o que reforça a ideia da importância das práticas de autocuidado como prevenção, adequadas às rotinas de cada indivíduo, bem como às suas necessidades (Jilou et. al., 2021).

Avaliação psicológica, aconselhamento, acompanhamento terapêutico individual ou grupal, prevenção e tratamento de doenças de saúde mental, emocional, psicopatológicas são algumas, das muitas, competências de um psicólogo nas mais variadas áreas como: psicologia clínica e da saúde, comunitária, educacional, organizacional, jurídica, desporto etc. (OPP, 2020). Assim, percebe-se a abrangência de um psicólogo face a diferentes contextos (ex. social, educação, saúde) e populações, tendo como foco enumeras problemáticas sem restrição de faixa etária (OPP, 2020).

Segundo alguns autores, a psicologia despoleta nos profissionais um crescimento, tolerância, abertura e criatividade, bem como, percecionam sentimentos como o privilégio e o reconhecimento através dos seus clientes, desenvolvem positivamente aprendizagens pessoais, a autoconfiança, a autoconsciência, a assertividade e a resiliência (Rabu et al., 2015; Farber, 1981).

Desta forma, Freud (1937/1963), refere que se os problemas pessoais de cada psicólogo não forem previamente identificados e abordados, vão interferir na sua conduta profissional. Na mesma linha de pensamento, Fromm-Riechman (1950) defende que não se pode ser psicólogo sem antes passar pelo papel de cliente.

No Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, está descrita a importância da prática de autocuidado, através dos princípios Competência e Responsabilidade, Beneficência e Não maleficência e Fidelidade e Responsabilidade, onde está implícita a autoconsciência dos psicólogos para o desempenho competente do seu trabalho, tendo sempre em conta que as suas dificuldades, pois quando não exploradas e analisadas podem interferir na sua prática (APA, 2017).

Em suma, é possível dizer que a fadiga por compaixão trata-se de uma consequência da ausência de autocuidado e por isso existe uma relação direta entre ambas.

Desta forma é possível remeter ao ponto seguinte, o estudo empírico onde serão abordados os objetivos desta investigação (gerais e específicos) e o método (participantes, instrumentos e procedimento).

Estudo Empírico

3. Metodologia:

3.1 Objetivos de investigação:

Nesta segunda parte, são apresentados os objetivos gerais e específicos assim como descrita a metodologia utilizada no estudo empírico. Assim, trata-se de um estudo de cariz quantitativo com o principal objetivo de analisar a relação existente entre fadiga por compaixão e autocuidado. Desta forma, esta segunda parte, começa com a apresentação dos objetivos de investigação, seguindo-se a apresentação e descrição da amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos estatísticos realizados. Posteriormente, são apresentados os resultados seguidos da discussão e conclusão.

O estudo que se apresenta tem como objetivos gerais a análise e descrição da relação existente entre fadiga por compaixão e autocuidado numa amostra constituída por psicólogos estagiários, psicólogos juniores e membros efetivos da ordem dos psicólogos portugueses. Em relação aos objetivos específicos, estes englobam:

1. Caracterização das dimensões da Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por compaixão (3 subescalas- Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário);

2. Caracterização das dimensões do Autocuidado (5 escalas- Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de Vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário);
3. Analisar a relação entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado;
4. Analisar a relação entre a idade e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado;
5. Analisar a relação entre os anos de experiência e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado;
6. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Situação Profissional Atual;
7. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e o Contexto em que trabalha ou está a realizar estágio curricular e/ou profissional;
8. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Área em que trabalha;
9. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Supervisão, bem como a sua frequência;
10. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Intervisão, bem como a sua frequência.

3.2. Método

3.2.1 Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 106 participantes, 9 do género masculino (8,5%) e 97 do género feminino (91,5%), existindo assim uma maior predominância do género feminino. A idade dos participantes varia entre os 22 e os 61 anos de idade.

Tabela 1

Caracterização da amostra (N=106) por variáveis sociodemográficas

Variável	n	%
Género		
Masculino	9	8,5%
Feminino	97	91,5%
Estado Civil		
Solteiro	64	60,4%
Casado	17	16%
União de facto	22	20,8%
Divorciado	3	2,8%
Escolaridade		
Licenciatura Pré-Bolonha	9	8,5%
Licenciatura Pós-Bolonha	11	10,4%
Mestrado	75	70,8%
Doutoramento	5	4,7%
Pós-graduação	6	5,7%
Situação Profissional Atual		
Psicólogo Estagiário (a realizar estágio curricular do 2º Ciclo de Estudos)	19	17,9%
Psicólogo Júnior (inscrito na OPP, a realizar estágio do ano profissional júnior)	9	8,5%
Membro Efetivo (inscrito na OPP)	78	73,6%
Especialidade		
Psicologia Clínica e da Saúde	37	34,9%

Psicologia da Educação	2	1,9%
Psicologia das Organizações	1	0,9%
Sem especialidade	37	34,9%
Contexto onde trabalha		
Hospital	9	8,5%
Clínica	50	47,2%
Comunitária	18	17%
Escolar	12	11,3%
Área onde trabalha		
Saúde	60	56,6%
Escolar	10	9,4%
Comunitária	14	13,2%
Justiça	2	1,9%
Clínica	15	14,2%
Desporto	1	0,9%
Faixa Etária		
Crianças	45	42,5%
Adolescentes	14	13,2%
Jovens Adultos	16	15,1%
Adultos	20	18,9%
Recorre a Supervisão		
Sim	68	64,2%
Não	38	35,8%
Frequência de Supervisão		
Não recorro	32	30,2%
Semanalmente	24	22,5%
Quinzenalmente	10	9,4%
Mensalmente	28	26,4%
Quando sinto necessidade	12	11,3%
Recorre a Intervisão		
Sim	87	82,1%
Não	19	17,9%
Frequência de Intervisão		

Não recorro	26	24,5%
Semanalmente	39	36,8%
Quinzenalmente	10	9,4%
Mensalmente	1	0,9%
Quando sinto necessidade	11	10,4%

Quanto ao estado civil, 64 participantes são solteiros (60,4%), 17 são casados (16%), 22 vivem em união de facto (20,8%) e 3 estão divorciados (2,8%). No que diz respeito, à escolaridade, 9 dos participantes tem licenciatura pré-bolonha (8,5%), 11 tem licenciatura pós-bolonha (10,4%), 75 tem mestrado (70,8%), 5 tem doutoramento (4,7%) e 6 tem pós-graduação (5,7%), existindo assim um maior número de participantes com mestrado (tabela 1).

Relativamente à situação profissional atual, grande parte dos participantes são membros efetivos da OPP, ou seja, 78 participantes (73,6%). Os restantes, 19 são psicólogos estagiários (17,9%) e 9 psicólogos juniores (8,5%) (tabela 1).

Assim e de acordo com a especialidade, 37 dos participantes (34,9%) apresentam como especialidade psicologia clínica e da saúde, 2 participantes (1,9%) psicologia da educação e apenas 1 participante (0,9%) detém psicologia das organizações, como especialidade. Os restantes 37 (34,9%) não têm especialidade (tabela 1).

Em relação ao contexto onde os mesmos trabalham, 9 (8,5%) participantes trabalham em contexto hospitalar, 50 participantes (47,2%) em contexto clínico, 18 participantes (17%) em contexto comunitário e 12 participantes (11,3%) em contexto escolar (tabela 1).

Face à área onde trabalham, 60 dos participantes (56,6%) trabalham na área da saúde, 10 (9,4%) na área escolar, 14 (13,2%) na área comunitária, 2 (1,9%) na área da justiça e 15 (14,2%) dos participantes trabalham na área clínica (tabela 1).

No que diz respeito à(s) faixa(s) etária(s) com que estes participantes trabalham, 45 (42,5%) trabalha com crianças, 14 (13,2%) com adolescentes, 16 (15,1%) com jovens adultos e 20 (18,9%) com adultos (tabela 1).

A respeito da supervisão e quanto ao facto de os participantes recorrem à mesma, 68 (64,2%), referem que sim, que recorrem a supervisão e 38 (35,8%) referem que não. Neste seguimento, quando questionados sobre a frequência a qual recorrem a supervisão 32

(30,2%) referem não recorrer, 24 (22,5%) recorrem semanalmente, 10 (9,4%) recorrem quinzenalmente, 28 (26,4%) recorrem mensalmente e 12 (11,3%) recorrem quando sentem necessidade (tabela 1).

O mesmo se aplica à intervisão, aquando da pergunta sobre se os mesmos recorrem à intervisão, 87 (82,1%) referem que sim e 19 (17,9%) referem que não. Assim, face à frequência de intervisão 26 dos participantes (24,5%) referem não recorrer, 39 (36,8%) recorre semanalmente, 10 (9,4%) quinzenalmente, 1 (0,9%) recorre mensalmente e 11 (10,4%) referem recorrer quando sentem necessidade (tabela 1).

3.2.2 Instrumentos

3.2.2.1 Questionário Sociodemográfico

Este questionário é constituído por 12 questões, com a finalidade de caracterizar os indivíduos da amostra quanto ao género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional atual, qual a especialidade que detêm no caso de serem membros efetivos da OPP, se têm alguma especialidade avançada, os anos de experiência, contexto onde trabalham, área em que trabalham, faixa(s) etária(s) com que trabalham, se recorrem a supervisão e intervisão e qual a frequência a que recorrerem a ambas (Anexo D).

3.2.2.2 Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5)

A qualidade de vida profissional é tida como o resultado que advém do trabalho do indivíduo como cuidador, o que acarreta aspetos negativos e positivos (Stamm, 2010). No que diz respeito aos aspetos negativos, estes são explicados através da fadiga por compaixão e inclui dimensões como o stress traumático secundário (STS) (associado ao medo e/ou trauma no trabalho; exposição secundária a indivíduos que vivenciaram situações traumáticas) e o burnout (evidenciado através de sentimentos de exaustão, tristeza, depressão, frustração e raiva, muitas vezes motivados por exemplo, pelo excesso de trabalho e/ou dificuldade em lidar com a pressão) (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011). Já os aspetos positivos, são explicados através da satisfação por compaixão (tida como fator de proteção profissional, contra eventos stressores no trabalho), muitas vezes associada a sentimentos de realização e concretização, face ao seu bom desempenho no

trabalho, ou seja, o indivíduo tem gosto pelo trabalho que desempenha diariamente (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011).

A ProQOL5 (Anexo E) é uma escala de autorresposta composta por 30 itens divididos por 3 subescalas, que procuram avaliar os fenómenos de fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão em profissionais de saúde (Carvalho e Sá, 2011). Assim, correspondem a cada subescala 10 itens tais como, satisfação por compaixão (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); burnout (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29) e stress traumático secundário (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Cada item da escala equivale a uma afirmação, atribuindo assim uma pontuação que varia entre 1 e 5 que corresponde a uma escala ordinal de frequência (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por Vezes; 4=Frequentemente; 5=Muito Frequentemente). A soma total para cada subescala calcula-se através da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes.

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de Carvalho e Sá (2011) (disponibilizada online). No estudo original, são apresentados bons indicadores relativos à validação de constructo e bons valores de consistência interna. As subescalas de satisfação por compaixão (SC), burnout (BO) e stress traumático secundário (STS) apresentam valores de alfa (α) de .88, .75 e .81. Já na versão portuguesa e segundo os autores, no que diz respeito à consciência interna para as subescalas SC, BO e STS foram apresentados os seguintes valores de alfa (α) = .86, .71 e .83, o que por sua vez melhorou os valores de fiabilidade obtidos no pré-teste (α = .60, .63 e .68) e com muita proximidade dos valores obtidos na ProQOL5 original (α = .88, .75 e .81).

A ProQOL5 pode ser administrada a nível individual, grupal ou em estudos de investigação na avaliação e monitorização dos fenómenos SC, BO e STS, contudo não deve ser interpretada como diagnóstico, mas sim de forma indicativa (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011).

3.2.2.3 Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Nos últimos anos tem vindo a aumentar a atenção face ao autocuidado dos psicólogos, visto que o mesmo se trata de uma ferramenta de trabalho (O'Connor, 2001; Reis, 2020). Tendo em conta os mais variados desafios e eventos stressores característicos da profissão de psicólogo, existe uma maior probabilidades deste profissionais vivenciarem situações

Fadiga por Compaixão e o Autocuidado: um estudo exploratório em psicólogos portugueses

de stress, burnout, fadiga por compaixão e/ou depressão, que podem comprometer o seu desempenho e até mesmo causar dano aos seus clientes (Barnett, et al., 2007; Reis, 2020).

A EAAP (Anexo F) é uma escala composta por 21 itens e tem como objetivo avaliar o autocuidado dos psicólogos. Está organizada em cinco escalas fatorialmente isoladas:

Apoio Profissional corresponde aos itens 1, 2, 3, 4 e 5. Consiste na importância atribuída ao suporte dos colegas de trabalho e que inclui estratégias como evitar o isolamento (Reis, 2020).

Desenvolvimento Profissional, corresponde aos itens 6, 7, 8, 9 e 10. Enfatiza a importância do envolvimento em atividades relacionadas com o trabalho, que sejam do interesse do indivíduo (Reis, 2020).

Equilíbrio de Vida, corresponde aos itens 11, 12, 13 e 14. É caracterizado pela construção de uma identidade profissional e pessoal (Reis, 2020).

Estratégias Cognitivas, corresponde aos itens 15, 16, 17 e 18. Por exemplo estratégias de automonitorização de emoções, refere-se ao autocuidado psicológico (Reis, 2020).

Equilíbrio Diário, corresponde aos itens 19, 20 e 21. Integra múltiplas micro estratégias de autocuidado diárias (Reis, 2020).

Os itens são avaliados numa escala do tipo Likert de sete pontos, desde 1 (nunca) a 7 (sempre), sendo pedido ao participante que em cada item indique com que frequência pratica o comportamento que lhe é apresentado (Reis, 2020).

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de Reis (2020), com pedido de autorização para a sua utilização (Anexo B). No estudo original de Dorociak, et al., (2017), são apresentados indicadores psicométricos adequados ao nível de consciência interna (coeficientes alfas): Apoio Profissional (cinco itens, $\alpha = .83$), Desenvolvimento Profissional (cinco itens, $\alpha = .80$), Equilíbrio de Vida (quatro itens, $\alpha = .81$), Estratégias Cognitivas (quatro itens, $\alpha = .72$) e Equilíbrio Diário (três itens, $\alpha = .70$) (Reis, 2020). Já na versão portuguesa, são apresentadas características psicométricas muito adequadas em termos de qualidade dos itens, fiabilidade e de validade, bem como, a análise de consistência interna das cinco escalas, os coeficientes alfa de Cronbach constituem indicadores psicométricos adequados, que evidenciam uma boa consistência interna: Apoio Profissional ($\alpha = .86$), Desenvolvimento Profissional ($\alpha = .83$), Equilíbrio de Vida

($\alpha = .88$), Estratégias Cognitivas ($\alpha = .84$) e Equilíbrio Diário ($\alpha = .70$), com proximidade e superação aos valores originais (Reis, 2020).

A EAAP, foi projetada para uso de psicólogos praticantes e outros profissionais de saúde mental (Dorociak, et al., 2017).

3.2.3 Procedimento

O presente estudo designa-se “Fadiga por compaixão e o autocuidado: um estudo exploratório em psicólogos portugueses”, sob orientação da Professora Doutora Carla Fonte, para o qual foi obtido previamente um parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo A).

Quanto ao recrutamento de participantes, todos os instrumentos (questionário sociodemográfico, ProQOL5 e EAAP), foram divulgados online de forma a possibilitar a chegada do estudo a um maior número de indivíduos e a facilitar a sua divulgação.

No que diz à participação dos indivíduos, ao seu anonimato e confidencialidade, bem como, esclarecimento de dúvidas, procedeu-se previamente à autorização dos participantes através do consentimento informado online (Anexo C). Os participantes colocaram um X no quadrado referente ao “Declaro que aceito participar neste estudo” que precedia toda a informação necessária à sua participação no estudo, inclusive informação sobre o facto de a participação ser voluntária, confidencial e anónima, assim como, continha o *email* essencial para esclarecimento de dúvidas.

Todos os questionários estiveram disponíveis para resposta e divulgação durante aproximadamente três meses (10 de fevereiro de 2023 até 10 de maio de 2023), num *link* especificamente criado através do *Google Docs*. Terminado este período de tempo, o *link* tornou-se indisponível.

Relativamente à recolha de dados, esta foi efetuada por meio da divulgação do *link* do estudo nas redes sociais e através do método *Snowball*. A análise de dados foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 25), onde foram realizadas análises descritivas, testes de associação – Coeficiente de correlação de Pearson (r), testes de diferenças em contexto de design intersujeitos – Teste T para amostras independentes(t) e teste ANOVA Unifatorial (F) (Martins, 2011).

4. Resultados

Aqui serão analisados os objetivos específicos anteriormente definidos.

1. Caracterização das dimensões da Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por compaixão (subescalasBO e STS);

De forma geral é possível verificar que a amostra pontua significativamente acima na subescala SC, tendo em conta os valores mínimos e máximos apresentados. Já nas subescalas BO e STS, pontua abaixo (tabela 2).

Tabela 2

Caracterização das dimensões da Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por compaixão (subescalas-Satisfação por Compaixão, Burnout e Stress Traumático Secundário)

	Amostra (N=106)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Satisfação por Compaixão	16,00	50,00	40,01	5,65
Burnout	15,00	37,00	25,45	3,73
Stress Traumático Secundário	16,00	36,00	25,15	4,21

2. Caracterização das dimensões do autocuidado (escalas- AP, DP, EV, EC e ED)

No que diz respeito ao autocuidado, a amostra pontua significativamente alto nas dimensões apoio profissional e desenvolvimento profissional. Porém, pontua abaixo do esperado nas dimensões equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário, tendo por base os valores mínimo e máximo (tabela 3).

Tabela 3

Caracterização das dimensões do autocuidado (5 escalas- AP, DP, EV, EC e ED);

Amostra (N=106)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Apoio Profissional	7,00	35,00	27,88	5,44
Desenvolvimento Profissional	10,00	35,00	25,93	5,28
Equilíbrio de Vida	9,00	28,00	23,19	4,09
Estratégias Cognitivas	11,00	28,00	22,83	3,23
Equilíbrio Diário	4,00	21,00	12,70	4,20

3. Analisar a relação entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado

Na análise da relação entre as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado, constata-se a existência de correlações positivas e negativas. Verifica-se uma correlação positiva significativa entre satisfação por compaixão e apoio profissional ($r = .313^{**}$, $p < .001$), desenvolvimento profissional ($r = .655^{**}$, $p = .000$), equilíbrio de vida ($r = .550^{**}$, $p = .000$), estratégias cognitivas ($r = .535^{**}$, $p = .000$), bem como, equilíbrio diário ($r = .417^{**}$, $p = .000$). Estes resultados significam que quanto maiores os níveis de satisfação por compaixão, maiores são os níveis de apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário (tabela 4).

O burnout está positivamente correlacionado com o stress traumático secundário ($r = .624^{**}$, $p = .000$), ou seja, quanto maiores os níveis de burnout maiores os níveis de STS e vice-versa (tabela 4).

O STS apresenta uma correlação negativa com as estratégias cognitivas ($r = -.223^*$, $p = .021$), ou seja, quanto menores os níveis de STS, maiores os níveis de estratégias cognitivas (tabela 4).

Já o apoio profissional está correlacionado positivamente com a satisfação por compaixão ($r = .313^{**}$, $p = .001$), desenvolvimento profissional ($r = .567^{**}$, $p = .000$), equilíbrio de vida ($r = .419^{**}$, $p = .000$), estratégias cognitivas ($r = .308^{**}$, $p < .001$) e equilíbrio diário ($r =$

.203**, $p < .037$). Estes dados demonstram assim, que maiores níveis de apoio profissional estão associados, também, a maiores níveis de satisfação por compaixão, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário (tabela 4).

O desenvolvimento profissional, apresenta correlações positivas com a satisfação por compaixão ($r = .655^{**}$, $p = .000$), apoio profissional ($r = .567^{**}$, $p = .000$), equilíbrio de vida ($r = .639^{**}$, $p = .000$), estratégias cognitivas ($r = .466^{**}$, $p = .000$) e equilíbrio diário ($r = .349^{**}$, $p = .000$), ou seja, quanto maior for o nível de desenvolvimento profissional, maiores são os níveis de satisfação por compaixão, apoio profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário (tabela 4).

O equilíbrio de vida, está correlacionado positivamente com satisfação por compaixão ($r = .550^{**}$, $p = .000$), apoio profissional ($r = .419^{**}$, $p = .000$), desenvolvimento profissional ($r = .639^{**}$, $p = .000$), equilíbrio diário ($r = .422^{**}$, $p = .000$) e estratégias cognitivas ($r = .580^{**}$, $p = .000$), o que significa que quanto maiores os níveis de equilíbrio de vida maiores os níveis de satisfação por compaixão, apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio diário e estratégias cognitivas (tabela 4)

As estratégias cognitivas apresentam correlações positivas entre satisfação por compaixão ($r = .535^{**}$, $p = .000$), apoio profissional ($r = .308^{**}$, $p = .001$), desenvolvimento profissional ($r = .466^{**}$, $p = .000$), equilíbrio de vida ($r = .580^{**}$, $p = .000$) e equilíbrio diário ($r = .375^{**}$, $p = .000$), ou seja, maiores níveis de estratégias cognitivas aumentam os níveis de satisfação por compaixão, apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida e equilíbrio diário. Porém, existe uma correlação negativa entre as estratégias cognitivas e o stress traumático secundário ($r = -.223^{**}$, $p = .021$), visto que quanto menos estratégias cognitivas mais stress traumático secundário (tabela 4).

O equilíbrio diário está correlacionado positivamente com satisfação por compaixão ($r = .417^{**}$, $p = .000$), apoio profissional ($r = .203^{**}$, $p = .037$), desenvolvimento profissional ($r = .349^{**}$, $p = .000$), equilíbrio de vida ($r = .422^{**}$, $p = .000$) e estratégias cognitivas ($r = .375^{**}$, $p = .000$) o que significa que quanto maiores os níveis de equilíbrio diário maiores são os níveis de satisfação por compaixão, apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida e estratégias cognitivas (tabela 4).

Tabela 4

Análise da relação entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado

Amostra (N=106)								
	Satisfação por Compaixão	Burnout	Stress Traumático Secundário	Apoio Profissional	Desenvolvimento Profissional	Equilíbrio de Vida	Estratégias Cognitivas	Equilíbrio Diário
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Satisfação por Compaixão	1	-,035	-,012	,313**	,655**	,550**	,535**	,417**
Burnout	-,035	1	,624**	,041	,003	-,124	-,171	-,151
Stress Traumático Secundário	-,012	,624**	1	-,070	-,073	-,125	-,223*	-,010
Apoio Profissional	,313**	,041	-,070	1	,567**	,419**	,308**	,203*
Desenvolvimento Profissional	,655**	,003	-,073	,567**	1	,639**	,466**	,349**
Equilíbrio de Vida	,550**	-,124	-,125	,419**	,639**	1	,580**	,422**
Estratégias Cognitivas	,535**	-,171	-,223*	,308**	,466**	,580**	1	,375**
Equilíbrio Diário	,417**	-,151	-,010	,203*	,349**	,422**	,375**	1

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

4. Analisar a relação entre a idade e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado

Na análise da relação entre a idade e as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado, verifica-se que existem correlações significativas negativas entre a idade e o apoio profissional ($r = -.198^*$, $p = .042$), bem como com desenvolvimento profissional ($r = -.198^*$, $p = .043$), demonstrando assim que quanto mais novos os sujeitos forem, menos apoio e desenvolvimento profissional experienciam (tabela 5).

Tabela 5

Análise da relação entre a idade e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado

Amostra (N=106)	
	Idade
	<i>r</i>
Satisfação por Compaixão	-,055
Burnout	,163
Stress Traumático Secundário	,054
Apoio Profissional	-,198*
Desenvolvimento Profissional	-,198*
Equilíbrio de Vida	,046
Estratégias Cognitivas	,092
Equilíbrio Diário	-,014

** .A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

5. Analisar a relação entre os anos de experiência e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado

Na análise da relação entre os anos de experiência e as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado, verifica-se uma correlação negativa entre apoio profissional e anos de experiência ($r = -,335^*$, $p = .002$), o que significa que quanto menos anos de experiência, mais apoio profissional existe (tabela 6).

Tabela 6

Análise da relação entre os anos de experiência e as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado

Amostra (N=106)	
	Anos de Experiência
	<i>r</i>
Satisfação por Compaixão	,019
Burnout	,159
Stress Traumático Secundário	,090
Apoio Profissional	-,335**
Desenvolvimento Profissional	-,187
Equilíbrio de Vida	-,036
Estratégias Cognitivas	,137
Equilíbrio Diário	-,098

** .A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

6. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Situação Profissional Atual

Em termos gerais, e consoante o teste ANOVA não se verificam diferenças significativas entre as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado e a situação profissional atual.

Estes resultados são apresentados na tabela 7: satisfação por compaixão $F(2,10) = .77, p = .468$; burnout $F(2,10) = .91, p = .404$; stress traumático secundário $F(2,10) = 1.33, p = .269$; apoio profissional $F(2,10) = .94, p = .395$; desenvolvimento profissional $F(2,10) = .30, p = .754$; equilíbrio de vida $F(2,10) = .04, p = .964$; estratégias cognitivas $F(2,10) = .077, p = .465$ e equilíbrio diário $F(2,10) = 1.09, p = .341$.

Contudo e tendo em conta a análise, foi possível verificar que em média os psicólogos estagiários têm níveis mais elevados de satisfação por compaixão 41,47 ($DP=7,01$), face aos psicólogos juniores 39,56 ($DP=5,03$) e aos membros efetivos 39,72 ($DP=5,37$) (tabela 7).

Relativamente ao stress traumático secundário, psicólogos estagiários 26,11 ($DP=5,20$) e membros efetivos 25,13 ($DP=4,13$), apresentam em média, níveis mais elevados de STS. O que acontece também, no apoio profissional, onde psicólogos estagiários 27,88 ($DP=6,88$) e membros efetivos 28,17 ($DP=5,30$), apresentam valores mais elevados (tabela 7).

Tabela 7

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Situação Profissional Atual

Amostra (N=106)			
		n	Média (DP) F (2,10)
Satisfação por Compaixão	Psicólogo Estagiário	19	41,47 (7,01)
	Psicólogo Júnior	9	39,56 (5,03)
	Membro Efetivo	78	39,72 (5,37)
Burnout	Psicólogo Estagiário	19	24,74 (4,60)

	Psicólogo Júnior	9	24,44 (2,07)	,91
	Membro Efetivo	78	25,74 (3,64)	
Stress Traumático Secundário	Psicólogo Estagiário	19	26,11 (5,20)	
	Psicólogo Júnior	9	23,33 (1,66)	1,33
	Membro Efetivo	78	25,13 (4,13)	
Apoio Profissional	Psicólogo Estagiário	19	27,88 (6,88)	
	Psicólogo Júnior	9	25,55 (2,92)	,94
	Membro Efetivo	78	28,17 (5,30)	
Desenvolvimento Profissional	Psicólogo Estagiário	19	26,68 (6,05)	
	Psicólogo Júnior	9	25,2 (6,04)	,30
	Membro Efetivo	78	25,83 (5,25)	
Equilíbrio de Vida	Psicólogo Estagiário	19	23,11 (4,84)	
	Psicólogo Júnior	9	23,55 (3,00)	,04
	Membro Efetivo	78	23,17 (4,06)	
Estratégias Cognitivas	Psicólogo Estagiário	19	23,05 (3,75)	
	Psicólogo Júnior	9	21,55 (2,24)	,77
	Membro Efetivo	78	23,00 (3,21)	
Equilíbrio Diário	Psicólogo Estagiário	19	13,45 (4,00)	
	Psicólogo Júnior	9	14,1 (3,60)	1,09
	Membro Efetivo	78	12,35 (4,33)	

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .10$ marginalmente significativo

7. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e o Contexto em que trabalha ou está a realizar estágio curricular e/ou profissional.

Em termos gerais, e consoante o teste ANOVA não se verificam diferenças significativas entre as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por

compaixão) e Autocuidado e o Contexto em que trabalha ou está a realizar estágio curricular e/ou profissional, tal como se descreve a seguir.

Satisfação por compaixão $F(3,85) = .68, p = .566$; burnout $F(3,85) = 1.73, p = .167$; stress traumático secundário $F(3,85) = .72, p = .543$; apoio profissional $F(3,85) = 1.48, p = .226$; desenvolvimento profissional $F(3,85) = 1.03, p = .380$; equilíbrio de vida $F(3,85) = 1.42, p = .243$; estratégias cognitivas $F(3,85) = 1.59, p = .196$ e equilíbrio diário $F(3,85) = .43, p = .733$ (tabela 8).

Tendo em conta a análise foi, também possível, verificar que no que diz respeito ao burnout, o contexto hospitalar 28,00 ($DP=5,00$), escolar 26,00 ($DP=2,29$) e clínico 25,24 ($DP=3,81$), apresentam valores mais elevados, ou seja, verifica-se que sujeitos que trabalham em contexto hospitalar, escolar e clínico estão sujeitos a níveis maiores de burnout (tabela 8).

Já no stress traumático secundário, o contexto hospital apresenta em média, valores mais elevados 26,33 ($DP=3,74$), seguido do contexto clínico 25,38 ($DP=4,15$) e do contexto escolar 25,08 ($DP=4,70$), demonstrando assim que o STS está mais evidenciado em sujeitos que trabalhem em contexto hospitalar, clínico e escolar, tal como o burnout (tabela 8).

No apoio profissional verifica-se em média que o contexto comunitário apresenta valores mais elevados 28,94 ($DP=6,44$), mas em contrapartida o contexto escolar 24,91 ($DP=4,00$), apresenta valores mais baixos de apoio profissional, verificando-se que no contexto comunitário existe maior apoio profissional face ao contexto escolar (tabela 8).

No que toca às estratégias cognitivas, o contexto comunitário apresenta valores mais elevados 24,00 ($DP=2,76$) e o escolar apresenta valores mais baixos 21,50 ($DP=4,16$), ou seja, sujeitos que trabalham em contexto comunitário têm níveis mais elevados de estratégias cognitivas, ao contrário dos sujeitos que trabalham em contexto escolar (tabela 8).

Tabela 8

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e o Contexto em que trabalha ou está a realizar estágio curricular e/ou profissional

		Amostra (N=106)		
		<i>n</i>	Média (DP)	F (3,85)
Satisfação por Compaixão	Hospital	9	40,7 (6,88)	
	Clínica	50	40,72 (4,39)	
	Comunitária	18	40,17 (6,31)	,68
	Escolar	12	38,17 (8,00)	
Burnout	Hospital	9	28,00 (5,00)	
	Clínica	50	25,24 (3,81)	
	Comunitária	18	24,88 (3,49)	1,73
	Escolar	12	26,00 (2,29)	
Stress Traumático Secundário	Hospital	9	26,33 (3,74)	
	Clínica	50	25,38 (4,15)	,72
	Comunitária	18	23,94 (5,04)	
	Escolar	12	25,08 (4,70)	
Apoio Profissional	Hospital	9	28,33 (6,00)	
	Clínica	50	28,24 (5,32)	
	Comunitária	18	28,94 (6,44)	1,48
	Escolar	12	24,91 (4,00)	
Desenvolvimento Profissional	Hospital	9	27,00 (6,71)	
	Clínica	50	25,84 (5,00)	1,03
	Comunitária	18	27,22 (4,53)	
	Escolar	12	23,91 (5,69)	
Equilíbrio de Vida	Hospital	9	23,55 (5,00)	
	Clínica	50	23,64 (3,52)	
	Comunitária	18	23,77 (4,31)	1,42
	Escolar	12	21,00 (5,49)	
Estratégias Cognitivas	Hospital	9	22,22 (4,32)	
	Clínica	50	23,12 (3,00)	
	Comunitária	18	24,00 (2,76)	1,59
	Escolar	12	21,50 (4,16)	
Equilíbrio Diário	Hospital	9	13,66 (5,00)	
	Clínica	50	12,44 (4,22)	,43
	Comunitária	18	13,55 (4,10)	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ **** $p < .10$ marginalmente significativo

8. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Área em que trabalha.

Em termos gerais, e consoante o teste ANOVA não se verificam diferenças significativas entre as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado e a área em que trabalha: satisfação por compaixão $F(3,98) = 1.31, p = .275$; burnout $F(3,98) = .11, p = .954$; stress traumático secundário $F(3,98) = .94, p = .421$; apoio profissional $F(3,98) = 1.86, p = .142$; desenvolvimento profissional $F(3,98) = .27, p = .846$; equilíbrio de vida $F(3,98) = 1.98, p = .123$; estratégias cognitivas $F(3,98) = 1.62, p = .188$ e equilíbrio diário $F(3,98) = .26, p = .852$ (tabela 9).

Por outro lado, foi possível verificar que no que diz respeito à satisfação por compaixão, a área clínica 40,86 ($DP=5,12$) e a área da saúde 40,80 ($DP=5,88$) apresentam em média valores mais elevados, sendo por isso áreas com níveis superiores de satisfação por compaixão (tabela 9).

Quanto ao burnout, a área da saúde 28,00 ($DP=5,00$) mostra-se em média com valores de burnout mais elevados face às outras áreas (tabela 9).

No que toca ao stress traumático secundário, a área comunitária 25,85 ($DP=4,43$) apresenta em média um valor mais elevado face às restantes e a área clínica, apresenta um valor mais abaixo com uma média de 23,66 ($DP=4,18$), o que significa que sujeitos que trabalham na área comunitária apresentam níveis elevados de stress traumático secundário, do que sujeitos que trabalham na área clínica, por exemplo (tabela 9).

No apoio profissional, temos a área comunitária com uma média de 29,28 ($DP=3,93$), a área da saúde com 28,39 ($DP=5,73$), a área clínica com 26,86 ($DP=5,30$) e a área escolar

com 24,91 ($DP=5,40$), verificando-se assim que a área comunitária e da saúde, têm mais apoio profissional (tabela 9).

Quanto ao equilíbrio de vida, verifica-se que a área escolar apresenta em média, valores mais baixos face às restantes áreas com 20,75 ($DP=4,76$), ou seja, existe menos equilíbrio de vida em sujeitos que trabalham na área escolar (tabela 9).

Por fim, quanto às estratégias cognitivas e ao equilíbrio diário, a área comunitária demonstra em média valores mais baixos, 21,50 ($DP=2,76$) e 12,14 ($DP=4,24$), respetivamente, designando assim que sujeitos que trabalham na área comunitária apresentam menos estratégias cognitivas e equilíbrio diário (tabela 9).

Tabela 9

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Área em que trabalha

		Amostra (N=106)		
		<i>n</i>	Média (DP)	F (3,98)
Satisfação por Compaixão	Saúde	61	40,80 (5,88)	1,31
	Escolar	12	38,00 (8,11)	
	Comunitária	14	38,71 (4,73)	
	Clínica	15	40,86 (5,12)	
Burnout	Saúde	61	28,00 (5,00)	,11
	Escolar	12	25,25 (3,04)	
	Comunitária	14	25,92 (3,24)	
	Clínica	15	25,26 (4,39)	
Stress Traumático Secundário	Saúde	61	25,57 (4,27)	,94
	Escolar	12	24,91 (3,60)	
	Comunitária	14	25,85 (4,43)	
	Clínica	15	23,66 (4,18)	
Apoio Profissional	Saúde	61	28,39 (5,73)	1,86
	Escolar	12	24,91 (5,40)	
	Comunitária	14	29,28 (3,93)	
	Clínica	15	26,86 (5,30)	

Desenvolvimento Profissional	Saúde	61	26,22 (5,29)	
	Escolar	12	24,75 (6,28)	
	Comunitária	14	26,00 (5,93)	,27
	Clínica	15	26,26 (3,65)	
Equilíbrio de Vida	Saúde	61	23,63 (4,02)	
	Escolar	12	20,75 (4,76)	1,98
	Comunitária	14	22,42 (4,63)	
	Clínica	15	23,17 (4,17)	
Estratégias Cognitivas	Saúde	61	23,21 (2,92)	
	Escolar	12	21,91 (4,23)	
	Comunitária	14	21,50 (2,76)	1,62
	Clínica	15	23,53 (3,44)	
Equilíbrio Diário	Saúde	61	13,06 (4,36)	
	Escolar	12	12,50 (3,17)	,26
	Comunitária	14	12,14 (4,24)	
	Clínica	15	13,33 (4,80)	

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .10$ marginalmente significativo

9. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Supervisão.

Através do Test T foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas face às dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado e a supervisão.

Assim, no que diz respeito a supervisão, verificam-se diferenças marginalmente significativas entre recorrer ou não a supervisão e o equilíbrio diário ($t(104) = 2,51, p = < .052$) (tabela 10).

De modo geral, é possível verificar que sujeitos que recorrem a supervisão demonstram níveis superiores de equilíbrio diário (tabela 10).

Tabela 10

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Supervisão.

	Amostra (N=106)		
	Sim (n= 68)	Não (n= 38)	
	Média (DP)	Média (DP)	t (104)
Satisfação por Compaixão	41,22 (5,00)	37,84 (6,26)	3,08
Burnout	25,32 (3,64)	25,68 (3,91)	-,48
Stress Traumático Secundário	25,38 (4,00)	24,73 (4,61)	,754
Apoio Profissional	27,75 (5,67)	28,13 (5,09)	-,34
Desenvolvimento Profissional	26,75 (4,91)	24,47 (5,66)	2,16
Equilíbrio de Vida	23,61 (4,07)	22,44 (4,07)	1,41
Estratégias Cognitivas	22,95 (3,19)	22,60 (3,34)	,53
Equilíbrio Diário	13,45 (3,80)	11,36 (4,58)	2,51****

10. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Intervisão.

No que diz respeito à intervisão e através do Test T foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas face às dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado e a intervisão.

Deste modo, verificam-se diferenças marginalmente significativas entre recorrer ou não a intervisão e o burnout ($t(104)= 1,54, p= <.055$). Ou seja, é possível verificar que sujeitos que recorrem a intervisão demonstram níveis superiores de burnout (tabela 11).

Tabela 11

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a Intervisão.

	Amostra (N=106)		
	Sim (n= 87)	Não (n= 19)	t (104)
	Média (DP)	Média (DP)	
Satisfação por Compaixão	40,28 (5,78)	38,78 (4,97)	1,04
Burnout	25,71 (3,87)	24,26 (2,76)	1,54****
Stress Traumático Secundário	25,40 (4,25)	24,00 (4,00)	1,31
Apoio Profissional	28,45 (5,24)	25,26 (5,45)	2,36
Desenvolvimento Profissional	26,31 (5,45)	24,21 (4,10)	1,58
Equilíbrio de Vida	23,41 (4,08)	22,21 (4,10)	1,16
Estratégias Cognitivas	22,97 (3,27)	22,15 (3,07)	1,03
Equilíbrio Diário	12,81 (4,27)	12,21 (3,90)	,57

11. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a frequência de Supervisão.

No que concerne às diferenças entre as dimensões qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão e fadiga por compaixão) e autocuidado e a frequência de supervisão, verifica-se que existem diferenças significativas em relação a satisfação por compaixão em função da frequência de supervisão $F(4,10)= 3,71, p= .007$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de satisfação por compaixão revela-se superior em sujeitos que recorrem a supervisão quando sentem necessidade (tabela 12).

O mesmo acontece, em relação ao equilíbrio diário onde existem diferenças marginalmente significativas em função da frequência de supervisão $F(4,10)= 2,22, p= .072$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de equilíbrio diário revela-se superior em sujeitos que recorrem a supervisão quinzenalmente (tabela 12).

Tabela 12

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a frequência de Supervisão.

		Amostra (N=106)		
		N	Média (DP)	F (4,10)
Satisfação por Compaixão	Não recorro	32	37,28 (6,59)	
	Semanalmente	24	40,25 (4,92)	
	Quinzenalmente	10	42,00 (4,46)	
	Mensalmente	28	40,78 (5,21)	3,71***
	Quando sinto necessidade	12	43,35 (3,16)	
Burnout	Não recorro	32	25,53 (4,15)	
	Semanalmente	24	25,66 (2,58)	
	Quinzenalmente	10	24,50 (2,17)	,31
	Mensalmente	28	25,78 (4,37)	
	Quando sinto necessidade	12	24,83 (4,23)	
Stress Traumático Secundário	Não recorro	32	24,09 (4,38)	
	Semanalmente	24	25,25 (4,15)	
	Quinzenalmente	10	24,30 (2,66)	1,19
	Mensalmente	28	26,03 (4,45)	
	Quando sinto necessidade	12	26,41 (4,35)	
Apoio Profissional	Não recorro	32	28,25 (5,21)	
	Semanalmente	24	28,20 (5,21)	,30
	Quinzenalmente	10	27,50 (5,83)	
	Mensalmente	28	27,00 (6,36)	
	Quando sinto necessidade	12	28,66 (4,73)	
Desenvolvimento Profissional	Não recorro	32	24,21 (5,24)	
	Semanalmente	24	26,54 (5,43)	
	Quinzenalmente	10	26,70 (4,32)	1,31
	Mensalmente	28	27,07 (5,01)	
	Quando sinto necessidade	12	26,00 (6,10)	
Equilíbrio de Vida	Não recorro	32	22,37 (4,25)	

	Semanalmente	24	22,83 (4,20)	,86
	Quinzenalmente	10	23,10 (4,14)	
	Mensalmente	28	24,00 (3,90)	
	Quando sinto necessidade	12	24,33 (3,91)	
Estratégias Cognitivas	Não recorro	32	22,34 (3,59)	
	Semanalmente	24	22,12 (3,54)	
	Quinzenalmente	10	23,80 (2,57)	1,09
	Mensalmente	28	23,00 (3,05)	
	Quando sinto necessidade	12	24,08 (2,23)	
Equilíbrio Diário	Não recorro	32	11,21 (4,70)	
	Semanalmente	24	13,50 (4,08)	
	Quinzenalmente	10	15,10 (3,84)	2,22****
	Mensalmente	28	12,57 (3,74)	
	Quando sinto necessidade	12	13,41 (3,42)	

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .10$ marginalmente significativo

12. Analisar as diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a frequência de Intervisão.

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas no que diz respeito a satisfação por compaixão em função da frequência de intervenção $F(3,83) = 2,36, p = .077$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de satisfação por compaixão revela-se superior em sujeitos que recorrem mensalmente a intervenção (tabela 13).

No que diz respeito ao apoio profissional, existem diferenças estatisticamente significativas $F(3,83) = 4,21, p = .008$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de apoio profissional revela-se superior em sujeitos que recorrem a intervenção semanalmente e quinzenalmente. Neste seguimento, foram também, encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao desenvolvimento profissional $F(3,83) = 4,62, p = .005$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de

desenvolvimento profissional revela-se superior em sujeitos que recorrem a intervenção semanalmente e quinzenalmente (tabela 13).

Já no equilíbrio de vida existem diferenças marginalmente significativas $F(3,83)= 2,88$, $p= .041$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de equilíbrio diário revela-se superior em sujeitos que recorrem a intervenção quinzenalmente (tabela 13).

Por fim, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas face às estratégias cognitivas $F(3,83)= 3,74$, $p= .014$. O teste Post-Hoc de Gabriel demonstrou que o nível de estratégias cognitivas revela-se superior em sujeitos que recorrem a intervenção quando sente necessidade (tabela 13).

Tabela 13

Análise das diferenças entre as dimensões Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Autocuidado e a frequência de Intervisão

		Amostra (N=106)		
		n	Média (DP)	F (3,83)
Satisfação por Compaixão	Semanalmente	38	40,47 (4,68)	2,36****
	Quinzenalmente	10	39,60 (8,83)	
	Mensalmente	2	31,50 (7,77)	
	Quando sinto necessidade	37	41,51 (4,85)	
Burnout	Semanalmente	38	25,65 (3,41)	,02
	Quinzenalmente	10	25,50 (2,01)	
	Mensalmente	28	25,50 (2,12)	
	Quando sinto necessidade	12	25,78 (4,00)	
Stress Traumático Secundário	Semanalmente	38	25,00 (3,49)	,36
	Quinzenalmente	10	26,30 (3,94)	
	Mensalmente	28	26,00 (2,82)	
	Quando sinto necessidade	12	25,62 (4,02)	
Apoio Profissional	Semanalmente	38	29,78 (4,55)	4,21**
	Quinzenalmente	10	25,30 (4,96)	
	Mensalmente	28	20,00 (5,65)	
	Quando sinto necessidade	12	28,24 (5,33)	
Desenvolvimento Profissional	Semanalmente	38	27,71 (4,96)	

	Quinzenalmente	10	22,50 (7,29)	
	Mensalmente	28	18,50 (6,36)	4,62**
	Quando sinto necessidade	12	26,81 (4,24)	
Equilíbrio de Vida	Semanalmente	38	23,34 (3,61)	
	Quinzenalmente	10	20,70 (5,65)	
	Mensalmente	28	20,00 (9,89)	2,88****
	Quando sinto necessidade	12	24,43 (3,46)	
Estratégias Cognitivas	Semanalmente	38	22,81 (3,38)	
	Quinzenalmente	10	20,60 (4,32)	
	Mensalmente	28	20,50 (6,36)	3,74**
	Quando sinto necessidade	12	24,05 (2,35)	
Equilíbrio Diário	Semanalmente	38	13,21 (4,29)	
	Quinzenalmente	10	11,60 (3,37)	
	Mensalmente	28	10,50 (4,94)	,58
	Quando sinto necessidade	12	12,94 (4,45)	

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .10$ marginalmente significativo

5. Discussão de Resultados

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação existente entre fadiga por compaixão e autocuidado em psicólogos portugueses. Era esperado que existissem correlações positivas entre as dimensões da Escala de Qualidade de Vida Profissional e a EAAP, como também era esperado que a supervisão e intervisão influenciassem a satisfação por compaixão e diminuíssem a fadiga por compaixão.

Tendo por base, os resultados anteriormente apresentados, serão sumariamente exibidos os resultados mais significativos, assim como a sua discussão de acordo com os objetivos previamente estabelecidos.

No presente estudo, tendo em consideração a caracterização das dimensões da qualidade de vida profissional: satisfação por compaixão e fadiga por compaixão (**1º Objetivo**), foi possível verificar que os participantes deste estudo revelam níveis elevados de satisfação por compaixão, e níveis baixos de burnout e stress traumático secundário, contrariando deste forma a literatura que refere existir níveis elevados de fadiga por compaixão em profissionais de saúde como é o caso de Boiças (2015) e Carvalho e Sá (2011). Por outro lado, esta amostra ao demonstrar níveis elevados de SC reforça a ideia da existência de um prazer oriundo do cuidar do outro, do significado do trabalho de ajuda e do lado positivo que estes sujeitos tiram do seu desempenho (Stamm, 2005; Burnett & Wahl, 2015).

No que diz respeito à caracterização das dimensões do autocuidado (**2º Objetivo**), os resultados demonstram que a amostra apresenta níveis elevados de apoio profissional e desenvolvimento profissional, ou seja, existe por parte destes participantes um suporte entre colegas de trabalho, que lhes permite evitar, por exemplo, o isolamento, assim como, estão envolvidos em atividades de trabalho que são do próprio interesse (Reis, 2020). Em contrapartida, apresentam níveis mais baixos de equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário. O que pode indicar que esta amostra tem ausência de uma identidade pessoal e profissional, não incorpora estratégias cognitivas como o caso da automonitorização, bem como, não insere no seu dia a dia micro estratégias de autocuidado (Reis, 2020).

Relativamente ao **3º Objetivo**, analisar a relação entre as dimensões qualidade de vida profissional e autocuidado verificam-se correlações entre satisfação por compaixão e apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias

cognitivas, bem como, equilíbrio diário. Corroborando assim a ideia de autores como Baker, 2003 e Norcross e Guy, 2007, sobre o facto de um bom autocuidado previamente implementado, se traduzir no equilíbrio profissional e pessoal do indivíduo. Estes dados de algum modo também demonstram, que estes profissionais sentem prazer derivado do seu empenho e trabalho, têm um bom suporte entre colegas de trabalho, expressam interesse e estão envolvidos em atividades relacionadas com o seu trabalho, implementam estratégias de autocuidado psicológico e micro estratégias de autocuidado no seu dia a dia (Reis, 2020).

Por outro lado, o burnout está relacionado com o stress traumático secundário, uma vez que quanto maiores os níveis de burnout maiores os níveis STS. Este dado, pode ser comprovado a partir do Diagrama de Qualidade de Vida Profissional de Stamm (2005), uma vez que o BO e o STS são fatores causadores de FC. Contudo, também se ressalva, que com este resultado é possível referir que a exaustão emocional, o desinteresse no trabalho, frustração, raiva e desesperança relativas ao burnout podem influenciar de certa forma, níveis superiores de STS, transformando-se por exemplo em medo, insegurança, sentimentos negativos face ao trabalho e surgimento de traumas (Jilou et al., 2021).

O apoio profissional, está relacionado com satisfação por compaixão, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário. O que sugere que níveis elevados de apoio profissional, aumentam os níveis de satisfação por compaixão, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário, bem como, sugere que os participantes desta amostra se envolvem em atividades que gostam, têm um bom ambiente de trabalho e prestam-se a estratégias de autocuidado psicológicas e implementam outras estratégias de forma rotineira (Reis, 2020).

Quanto à idade (**4º Objetivo**), anos de experiência (**5º Objetivo**) e as dimensões qualidade de vida profissional e autocuidado, constata-se que quanto mais novos são os indivíduos menos apoio profissional e desenvolvimento profissional têm e quanto menos anos de experiência apresentam, mais apoio profissional têm.

No que respeita a situação profissional atual, apesar de não existirem correlações significativas, verifica-se que em média os psicólogos estagiários têm níveis mais elevados de SC, face aos psicólogos juniores e aos membros efetivos, o que indica que se forem criadas culturas de autocuidado prévias, como por exemplo, em cursos de

psicologia em universidades, serão promovidos níveis de SC e prevenidos níveis de FC como retrata a literatura (Barnett & Cooper, 2009; Smith & Moss, 2009).

Já em relação ao contexto de trabalho, constata-se que o burnout está mais presente no contexto hospitalar, escolar e clínico visto apresentarem níveis mais elevados. Acontecendo o mesmo, no STS, muitas vezes influenciados pela cultura e os valores da instituição onde se inserem, ausência e/ou más práticas prévias de autocuidado, desvalorização de sintomas, ausência de rede de suporte e sobrecarga de trabalho, são alguns dos fatores (O'Connor, 2001).

Relativamente à área em que trabalham, verifica-se que sujeitos que trabalham na área clínica e na área da saúde, apresentam níveis superiores de satisfação por compaixão. Porém, é também a área da saúde com níveis mais elevados de burnout. Corroborando de certa forma, o facto de poder coexistir SC e FC, burnout ou STS em simultâneo como referem Bride, et. al. (2007) e Carvalho e Sá (2011), o que demonstra ser necessário existir experiências negativas (FC, BO e STS) e positivas (SC) para que exista uma noção de equilíbrio do indivíduo, contudo é importante que os sentimentos positivos sejam proeminentes aos negativos, pois caso não aconteça existe um desequilíbrio (Stamm, 2005).

De forma concordante e quanto à supervisão, na análise de diferenças entre as dimensões qualidade de vida profissional e autocuidado e a supervisão, sujeitos que recorrem a supervisão demonstram níveis superiores de equilíbrio diário, sugerindo assim que estes sujeitos empregam estratégias de autocuidado diárias, que a supervisão é eficaz, bem como, traz benefícios aos sujeitos que a utilizam (Norcross, 2005; Reis, 2020). Verificando-se que sujeitos que recorrem quinzenalmente têm níveis mais elevados de equilíbrio diário e os que recorrem quando sente necessidade apresentam níveis mais elevados de SC.

Quanto à intervisão, na análise de diferenças entre as dimensões qualidade de vida profissional e autocuidado e a intervisão, é possível verificar que sujeitos que recorrem a intervisão demonstram níveis superiores de burnout, sendo este um resultado não esperado. Podendo isto acontecer em sujeitos que já se encontram numa situação de burnout e posteriormente procuram apoio em intervisão. Porém, sujeitos que recorrem mensalmente, apresentam níveis elevados de SC, sujeitos que recorrem semanalmente e quinzenalmente, têm níveis mais altos de apoio profissional e na mesma medida, está o

desenvolvimento profissional que se demonstra mais elevado em sujeitos que recorrem a intervenção semanalmente e quinzenalmente. Já o equilíbrio diário apresenta valores elevados quando se recorre quinzenalmente e as estratégias cognitivas demonstram níveis superiores quando os sujeitos recorrem quando sentem necessidade. Suportando desta forma, a ideia de que cada indivíduo deve criar um repertório pessoal de estratégias ajustado a si e às suas necessidades, dentro da sua rotina e no seu tempo (Norcross & Guy, 2007).

Deste modo, apesar das mais variadas formas de autocuidado, a supervisão e intervenção acabam por ser estratégias funcionais e que ajudam no comprometimento dos próprios psicólogos para com a sua rotina de autocuidado, aliado ao facto de serem as estratégias priorizadas por bastantes profissionais, visto serem flexíveis. De referir, que estas práticas devem ser vistas como essenciais ao bom funcionamento do profissional na sua prática e que devem ser revistas caso as mesmas não estejam a resultar (Barnett et. al., 2007).

Apoiando estes factos nos estudos de Mota (2017), Silva (2019) e Reis (2020) é possível aferir que estratégias de autocuidado como supervisão e intervenção continuam a ser importantes e eficazes na prática da psicologia.

Conclusão

A conclusão aqui apresentada tem como objetivo sintetizar os principais resultados, de forma a efetuar uma reflexão crítica em relação aos mesmos. Pretende-se também, complementar a conclusão com contributos do presente estudo, apresentar as suas limitações, bem como, sugestões futuras.

Assim, os resultados sugerem que os participantes deste estudo apresentam níveis relativamente elevados de satisfação por compaixão, apoio profissional e desenvolvimento profissional, contrapondo com níveis mais baixos de burnout, stress traumático secundário, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário.

Comprova-se também, que quanto mais elevados forem os níveis de SC, mais elevados são os níveis de apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário.

Participantes mais novos têm menos apoio profissional e desenvolvimento profissional, bem como, participantes com menos anos de experiência têm mais apoio profissional.

Verifica-se que em média os psicólogos estagiários têm níveis mais elevados de SC, face a psicólogos juniores e membros efetivos. O mesmo acontece em relação ao STS, onde psicólogos estagiários e membros efetivos demonstram níveis mais elevados. Em contrapartida, estes dois grupos apresentam níveis superiores de apoio profissional.

Sujeitos que trabalham em contexto hospitalar, escolar e clínico apresentam níveis mais elevados de burnout, bem como de STS.

Quanto à área clínica e à área da saúde, estas demonstram níveis elevados de SC. Porém, a área da saúde apresenta níveis superiores de burnout, face às outras áreas. Já a área comunitária apresenta níveis superiores de STS.

Sujeitos que recorrem a supervisão têm níveis mais elevados de equilíbrio diário e sujeitos que recorrem a intervenção, têm níveis mais elevados de burnout.

Relativamente às limitações deste estudo destaca-se a pequena amostra e o fato de a mesma ser maioritariamente do sexo feminino, impedindo assim uma diversidade maior de indivíduos dentro da mesma.

Outra limitação passa pela divulgação do questionário online, ou seja, o processo de recolha de dados através de instrumentos de autorresposta origina respostas com base na perceção de cada indivíduo bem como, respostas socialmente desejáveis.

Ainda, no processo de recolha de dados, denota-se a resistência dos indivíduos face a questionários online, levando à escassez de participantes.

Em estudos futuros seria interessante perceber que outras estratégias de autocuidado, para além da supervisão e intervisão, são utilizadas pelos participantes e se as mesmas demonstram diferenças significativas no seu dia a dia.

Nesta amostra com psicólogos portugueses foram percebidos níveis elevados de satisfação por compaixão, sendo por isso importante explorá-la de forma mais aprofundada, tanto ao nível do conhecimento do próprio conceito entre estudantes de psicologia, como em profissionais em prática nas mais diversas áreas, assim como perceber quais os fatores subjacentes. Quanto à fadiga por compaixão, seria interessante analisar a exposição à mesma num espaço de tempo mais prolongado como refere Stamm (2010) e numa amostra de maior dimensão, tanto ao nível do número de participantes, como ao nível das diferentes áreas, de forma a compreender prejuízos a nível profissional e pessoal.

Este trabalho de investigação, contribui assim, para o aumento do conhecimento científico nesta área, bem como, evidencia a importância de compreender melhor os conceitos de fadiga por compaixão e autocuidado.

Referências Bibliográficas

Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2007). The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice, 10* (10), 1-13. doi: 10.1177/1049731507310190.

Amaro, A. N. C. (2016). *Burnout E Fadiga Por Compaixão Em Psicólogos Clínicos Portugueses* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade De Lisboa: Faculdade De Psicologia. <http://hdl.handle.net/10451/29264>

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>

American Psychological Association Committee on Legal Issues. (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct 2002. *American Psychologist, 57*, 1060–1073. doi: 10.1037/0003-066X.47.12.1597

Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Cuidar los que cuidan: Desgaste Profesional y Cuidado de Los Equipos que Trabajan con Violencia. *Sistemas Familiares, 1*(2), 1–13.

Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. American Psychological Association.

Baker, C. & Gabriel, L. (2021). Exploring how therapists engage in self-care in times of personal distress. *British Journal Of Guidance & Counselling, 49*(3), 435-444. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1885010>

Barbosa, S. C., Souza, S. & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 14*(3), 315-323.

Barnett, J. E., & Hillard, D. (2001). Psychologist distress and impairment: The availability, nature, and use of colleague assistance programs for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 205-210.

Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychotherapist wellness as an ethical imperative. In L. VandeCreek, & J. B. Allen (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on health and wellness*, 257–271. Professional Resources Press.

Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603- 612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>

Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a Culture of Self-Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20.

Benedetto, M. D. (2015). Comentário sobre “O autocuidado de psicólogos e profissionais de saúde mental” - Trabalhar com doentes mentais é um perigo para a saúde mental: o que podemos fazer a respeito? *Australian Psychologist*, 50(6), 400-404. <https://doi.org/10.1111/ap.12144>

Bettney, L. (2017). Refletindo sobre as práticas de autocuidado durante o treinamento em psicologia clínica e além. *Reflective Practice*, 18(3), 369-380. <https://doi.org/10.1080/14623943.2017.1294532>

Boiças, P. A. C. (2015). *Fadiga por Compaixão em Voluntários na área da Saúde: Relações entre a Empatia, Resiliência e as Estratégias de Coping* [Master's thesis, Universidade Lusófona de Lisboa]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/7067>

Bride, E.B., Radey, M., Figley, C.R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>

Burnett, H. J., & Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 318– 326. <http://dx.doi.org/10.4172/1522-4821.1000165>

Carvalho, P. R. C. & Sá, L. O. (2011). *Escala de Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão (tradução e adaptação da ProQOL5)* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa – Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/4202>

Castro, E. K., Massom, T. & Dalagasperina, P. (2018). Estresse Traumático Secundário em Psicólogos. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 115-125. doi: [hΣp://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.554](https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.554)

- Colman, D. E., Echon, R., Lemay, M. S., McDonald, J., Smith, K. R., Spencer, J., & Swift, J. K. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology, 10*(4), 188–197. <https://doi.org/10.1037/tep0000130>.
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 5–13. doi: 10.1037/0735-7028.28.1.5
- Dattilio, F.M. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Australian Psychologist, 50*(6), 393-399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for Psychologists. *Journal of Counseling Psychology, 64*(3), 325–334. doi: 10.1037/cou0000206
- El-Ghoroury, N., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(2), 122–134. <https://doi.org/10.1037/a0028768>.
- Farber, B. A., & Heifetz L. J. (1981). The Satisfactions and Stresses of Psychotherapeutic Work: A Factor Analytic Study. *Professional Psychology, 12*(5), 621-630. DOI: 0033-0175/81/1205-0621100.75
- Freud, S. (1937/1963). Analysis terminable and interminable. In P. Rieff (Ed.), *Sigmund Freud: Therapy and technique*, 233–271. Collier.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 1-20. Routledge.
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice, 58*(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2014). *A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience*. <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>.

- Figley, C., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.), *APA Handbook of trauma psychology: foundations in knowledge*, 573-593. American Psychological Association. doi: 10.1037/0000019-029
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. U. Chicago Press.
- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3/4), 37– 61. https://doi.org/10.1300/J189v01n03_03.
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self - care by other - care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3–24. doi: 10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402–407. doi: 10.1037/0735-7028.33.4.402
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Guy, J. D. (2000). Self-care corner: Holding the holding environment together: Self-psychology and psychotherapist care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(3), 351–352.
- Haas, L.J., & Hall, J.E. (1991). Impaired, unethical, or incompetent? Ethical issues for colleagues and ethics committees. *Register Report*, 16(4), 6-8.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional Contagion*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1080/00029157.1997.10403399>

Jilou, V., Duarte, J. M. G., Gonçalves, R. H. A., Vieira, E. E. & Simões, A. L. A. (2021). Fadiga por compaixão no contexto dos profissionais da saúde e estratégias de enfrentamento: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116– 122.

Kissil, K., & Niño, A. (2017). Does the person-of-the-therapist training (POTT) promote self-care? Personal gains of MFT trainees following POTT: A retrospective thematic analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(3), 526–536. <https://doi.org/10.1111/jmft.12213>

Kramen-Kahn, B., & Hansen, N. D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 130–134. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.2.130>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). In R. S. Lazarus & S. Folkman (Eds.), *Stress, Appraisal and Coping*, 1-21. Springer Publishing Company.

Lee, E., Daugherty, J., Eskierka, K., & Hamelin, K.(2019). Compassion fatigue and burnout, one institution's interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 767-773.

Maia, B., & Dias, P. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia*, 37, 1-8.

Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' Personal Problems and Self-Care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16.

Manuelito, C. S. L. (2016). *Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão em Profissionais de Cuidados Pré-Hospitalares/Emergência* [Master's thesis, Universidade Lusófona de Lisboa]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/7061>

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Psiquilibrios Edições.

Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO: EL COSTE DE CUIDAR EL TRAUMA. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.

Mota, A. B. (2017). *O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33255>

Nel, L. & Fouché, P. (2017). The Positive Experiences of Becoming a Psychologist: A Master's Student's Journey. *Jornal Indo-Pacífico de Fenomenologia*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.1080/20797222.2017.1299284>

Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57-68.

Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Hoglend, P. A., Monsen, J. T., & Ronnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 483– 495.

Norcross, J.C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.

Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. The Guilford Press.

Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the Office: A guide to Psychotherapist Self-Care* (2^aed). The Guilford Press.

O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 345-350. doi: 10.1037//0735-7028.32.4.345

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Documento de Apoio à Prática Profissional: Recomendações para a Prática de Intervisão em Psicologia*. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3107>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Documento de Apoio à Prática Profissional: Recomendações para a Prática da Supervisão em Psicologia*. https://www.ordendospsicologos.pt/ficheiros/documentos/recomendaacoes_para_a_pratica_da_supervisao_em_psicologia.pdf

Pakenham, K. I. (2015). Comentário sobre “O autocuidado de psicólogos e profissionais de saúde mental”. *Australian Psychologist*, 50(6), 405-408. <https://doi.org/10.1111/ap.12145>

Pocinho, M. & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367. doi: 10.1590/S1517-97022009000200009.

Portnoy, D. (2011). Burnout and Compassion Fatigue: Watch for the Signs. *Journal of the Catholic Health Association of United States: Health Progress*, 47-50.

Pope, K., & Tabachnick, B. (1994). Therapists as patients: a national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258. doi: 10.1037/0735-7028.25.3.247

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2005). *How to survive and thrive as a therapist: Information, ideas, and resources for psychologists in practice*. American Psychological Association. doi: 10.1037/11088-012

Quick, J., Quick, J., Nelson, D., & Hurrell, Jr. (1997). *Preventive Stress Management in Organizations*. American Psychological Association.

Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207– 214. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>

Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 82– 84. doi:10.1037/0735-7028.31.1.82

Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>

Sampaio, LR, dos Santos Camino, CP, & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (2), 212–227. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002>

Sanzovo, C. E., & Coelho, M. E. C. (2007). Clinical psychologists' stress sources and coping strategies. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 227-238.

Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria clínica*, 9, 301-316.

Simms, J. (2017). Transformative practice. *Counselling psychology review*, 32(2), 46-56.

Silva, A. N. (2019). *Autocuidado nos psicoterapeutas*. <https://www.psicologia.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2020/03/REVISTOAna-NS-Auto-cuidado-nos-psicoterapeutas.pdf>

Skovholt, T., & Trotter-Mathison, M. (2011). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals* (2nd ed.). Taylor & Francis.

Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 1–15. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x

Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. A. & Nazareno, E. (2009). *Estresse Ocupacional, Coping e Burnout*. *Revista Estudos*, 36 (1/2), 57-74.

Stamm, B.H. (2005). *The ProQOL manual*. <http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. (2nd ed.). Pocatello

Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579-592. DOI: 10.1037/a0021769

Ventura, I. (2018). *Cuidar de Si para cuidar do Outro: Autocuidado de Psicólogos Clínicos que trabalham com Pessoas que vivenciaram Situações Traumáticas*. [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/38326>

Webb, 2011 Webb, K. B. (2011). Care of others and self: A suicidal patient's impact on the psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 215–221. doi: 10.1037/a0022752

Wicks, R. J. (2008). *The resilient clinician*. Oxford University Press

Wise, E. H., & Gibson, C. M. (2012). Continuing education, ethics and self-care: A professional life span perspective. In G. J. Neimeyer & J. M. Taylor (Eds.), *Continuing professional development and life-long learning: Issues, impacts and outcomes*, 199 – 222. Nova Science Publishers.

Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Reenvisioning the Stress-Distress Continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-494. <https://doi.org/10.1037/a0029446>

Wise, E., & Barnett, J. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim & L. F. Campbell (Eds.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 5. Education and Profession*, 209-222. American Psychological Association.

Wityk, T. L. (2003). Burnout and the ethics of self-care for therapists. *Alberta Counsellor*, 28(1), 4–11.

Rabu, M., Moltu, C., Binder, P., & McLeod, J. (2015). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' 65 experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737-749. <https://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>

Ziede, J. S & Norcross, J. C. (2020). Terapia pessoal e autocuidado na formação de psicólogos. *The Journal of Psychology*, 154(8), 585-618. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.175759>

ANEXOS

Anexo A: Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa

*Jan contentat a aluna e
solicitação.)*
[Signature]
16.12.2022

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/PSC - 329/22	15 de Dezembro de 2022

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentado por Francisca Redinha Tavares, intitulado "Fadiga por compaixão e o autocuidado: um estudo exploratório em psicólogos portugueses".

O projeto tem como objetivo geral compreender e identificar a prevalência de fadiga por compaixão nos psicólogos portugueses e as estratégias de autocuidado adotadas, contextualizando a sua necessidade de desenvolvimento e implementação na vida destes profissionais.

Como objetivos específicos, propõe-se a análise da prevalência de fadiga por compaixão na vida profissional dos participantes, avaliação das estratégias de autocuidado e aferição da relação entre as mesmas. Compreender o estado atual dos níveis de fadiga por compaixão nos participantes; quais as estratégias de autocuidado adotadas para a contrair e quais os obstáculos impostos à ausência de autocuidado.

Neste projeto serão recolhidos apenas dados estritamente necessários ao estudo, desta forma toda a informação recolhida será mantida sob anonimato e confidencialidade. Após a conclusão do estudo, serão destruídos todos os dados.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente e nada tem a opor quanto à sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso
Inês Lopes Cardoso

Anexo B: Pedido de autorização para utilização da Escala EAAP

Autorização para utilização da EAAP Externos Caixa de entrada x



Francisca Redinha Tavares <38176@ufp.edu.pt>
para MTeresa.reis97@gmail.com

quarta, 9/11/2022, 11:33



Bom dia,

Antes de mais espero que se encontre bem.

O meu nome é Francisca Tavares e sou estudante do último ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa.

Encontro-me a realizar um projeto de investigação para a minha dissertação sob orientação da Professora Dra. Carla Fonte, que tem como principal objetivo, aferir a relação entre a prevalência de fadiga por compaixão e a prática de autocuidado nos psicólogos portugueses. Após pesquisa bibliográfica encontrei a sua dissertação sobre "O Autocuidado dos Psicólogos: Adaptação da Self-Care Assessment for Psychologists Scale (Scap) para Portugal", onde consta a versão portuguesa, a Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP).

Desta forma, demonstro o meu interesse na utilização desta escala para o meu estudo, visto ser uma mais valia para o mesmo, requerer assim autorização para a sua utilização (acesso ao questionário, às suas normas, procedimentos de cotação e interpretação).

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento acerca dos meus propósitos para a utilização da EAAP.

Desde já obrigada pela sua atenção.

Aguardo resposta.

Obrigada.

Com os melhores cumprimentos,
Francisca Tavares



Teresa Reis <mteresa.reis97@gmail.com>
para mim

terça, 15/11/2022, 09:53



Bom dia Francisca,

Espero que te encontres bem! Acredito que já tinha respondido antes, mas por algum problema não chegaste a receber. Podes claro utilizar a escala sem problema algum 😊 A nível de base de dados acredito que a minha colega Inês te consiga ajudar, uma vez que o meu computador onde fiz a tese teve um problema e eu perdi toda a informação que lá estava.

Qualquer questão diz-me.

Beijinhos e boa sorte para este último ano!
Teresa Reis

Anexo C: Consentimento Informado (online)

O presente estudo decorre no âmbito do projeto "Fadiga por compaixão e o autocuidado: um estudo exploratório em psicólogos portugueses", sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte, na Universidade Fernando Pessoa.

Este estudo tem como objetivo, aferir a relação entre a prevalência de fadiga por compaixão e a prática de autocuidado em psicólogos portugueses, consistindo no preenchimento de um questionário online com uma duração aproximada de 10/15 minutos.

Para a participação neste estudo é necessário:

- Ser psicólogo estagiário ou a concluir o 2º ciclo de estudos em Psicologia;
- Ou ser psicólogo júnior;
- Ou ser membro efetivo da OPP;
- Residir em Portugal;
- Comunicar em português.

A sua participação ocorrerá uma única vez e é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, assim como anónima e confidencial, uma vez que a informação recolhida não permite identificar os participantes e será apenas utilizada no âmbito desta investigação.

Caso deseje receber informação sobre os resultados principais deste estudo ou tenha alguma dúvida/necessidade de esclarecimento, poderá contactar-me através do seguinte e-mail: 38176@ufp.edu.pt

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade,

Francisca Tavares,
Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Anexo D: Questionário Sociodemográfico

1. Género	
Feminino	
Masculino	
Outro	

2. Idade: _____

3. Estado civil	
Solteiro	
Casado	
União de facto	
Divorciado	
Viúvo	

4. Escolaridade	
Licenciatura Pré-Bolonha	
Licenciatura Pós-Bolonha	
Mestrado	
Doutoramento	
Pós-Graduação	
Outro: _____	

5. Situação Profissional Atual	
Psicólogo Estagiário (a realizar estágio curricular do 2º Ciclo de Estudos em Psicologia)	
Psicólogo Júnior (Inscrito na OPP, a realizar estágio do ano profissional júnior)	
Membro Efetivo (Inscrito na OPP)	

5.1. No caso de ser membro efetivo qual ou quais as suas especialidades? (ex. Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia da Educação e Psicologia das Organizações)

5.2. Tem alguma especialidade avançada?

6. Anos de experiência profissional: _____

7. Em que contexto trabalha ou está a realizar estágio curricular e/ou profissional?	
Privado (Hospital /Consultório privado/Outro)	
Público (Hospital /Centro de saúde/Clinica/Ipss/Centro de dia/Outro)	

8. Em que área trabalha? (ex. saúde, escolar, comunidade, organizações, etc)

9. Indique a faixa ou as faixas etárias da população com que trabalha	
Crianças	
Adolescentes	
Jovens Adultos	
Adultos	
Adultos Sêniores	

10. Recorre a supervisão?	
Sim	
Não	

10.1 Se não, porquê?

10.2. Recorre a intervisão?	
Sim	
Não	

10.3. Se não, porquê?

11. Com que frequência recorre a supervisão?

12. Com que frequência recorre a intervisão?

Anexo F: Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência pratica os comportamentos que lhe serão apresentados. Escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação, numa escala de 1 (Nunca) a 7 (Sempre).

1. Cultivo relações profissionais com os meus colegas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Evito isolar-me no local de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
3. Partilho os meus stresses de trabalho com colegas de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
4. Partilho experiências de trabalho positivas com os meus colegas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mantenho um sistema de apoio profissional.	1	2	3	4	5	6	7
6. Participo em atividades que promovem o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mantenho contacto com organizações da minha comunidade profissional que são importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
9. Encontro maneiras de me manter atualizado(a) ao nível do conhecimento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
10. Maximizo o tempo em atividades profissionais de que gosto.	1	2	3	4	5	6	7
11. Passo tempo com pessoas cuja companhia eu aprecio.	1	2	3	4	5	6	7
12. Passo tempo com a família ou amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Procuvo atividades ou pessoas com as quais me sinto confortável.	1	2	3	4	5	6	7
14. Encontro maneiras de promover um sentimento de conexão social e de pertença na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
16. Monitorizo os meus sentimentos e reações face aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
17. Estou consciente dos estímulos que desencadeiam ou aumentam o stresse profissional.	1	2	3	4	5	6	7
18. Faço um esforço proativo para gerir os desafios da minha atividade profissional.	1	2	3	4	5	6	7
19. Faço pausas ao longo do dia de trabalho.	1	2	3	4	5	6	6
20. Retiro algum tempo para relaxar todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
21. Evito comprometer-me excessivamente com responsabilidades do trabalho.	1	2	3	4	5	6	7