



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**O Papel Mediador da Fadiga por Compaixão na Relação entre
Regulação Emocional e *Burnout* em Profissionais de Saúde**

CONSTANÇA BERNARDES BAETA

Orientador de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA BRANDÃO

Professor de Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA BRANDÃO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Tânia Brandão, apresentada no ISPA-Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A conclusão deste projeto de dissertação representa não apenas o encerramento de uma etapa acadêmica, mas também o culminar de um percurso intenso de crescimento pessoal e profissional. Por tudo isto, devo agradecer a todos os que contribuíram, de formas diferentes, para que esta experiência fosse tão significativa.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Tânia Brandão, orientadora de dissertação do ISPA, pela disponibilidade, orientação rigorosa e apoio constante ao longo de todo o processo. Obrigada por aceitar este meu projeto e por me ter acompanhado com todo o profissionalismo, clareza e presença sempre encorajadora, que marcaram profundamente esta jornada.

Agradecer aos meus colegas de seminário, pelas partilhas, reflexões e desafios semanais, com os quais pude aprender e crescer coletivamente. Obrigada, também aos amigos mais próximos, que desde o primeiro dia, foram porto seguro, repleto de entreajuda, companheirismo e dedicação.

À minha família, pais, irmã, tios e primos, por estarem sempre presentes, por ouvirem cada desabado e por me incentivarem incondicionalmente nos momentos de maior desafio e ansiedade. Ao Daniel, por ser também ele, um pilar fundamental de incentivo diário, ao relembrar-me constantemente de que a resiliência é o caminho. Que continuemos a celebrar, da forma mais pura que existe no amor, todas as nossas conquistas.

Por fim, agradecer às duas estrelinhas que refletem no céu uma saudade eterna, a inspiração e a força do acreditar e do lutar pelos meus sonhos e objetivos desde criança. Convosco aprendi que a sorte dá mesmo muito trabalho.

Um obrigada, de coração.

Resumo

O *burnout* surge como uma consequência às exigências emocionais e físicas das sociedades modernas, especialmente no setor da saúde, onde a pressão diária é intensa. Este fenómeno multifacetado impacta não só os profissionais, mas também a sociedade, afetando as dimensões psicossociais, emocionais e fisiológicas.

Este estudo pretende contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as relações entre *burnout*, regulação emocional, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão em profissionais da saúde, baseado numa amostra de 154 profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos.

Este estudo transversal, revelou uma relação positiva significativa entre as dificuldades na regulação emocional e os níveis de *burnout*, pelo que quanto maiores foram as dificuldades em gerir emoções maiores foram os níveis de *burnout* reportados. Por outro lado, níveis elevados de satisfação por compaixão e níveis baixos de fadiga por compaixão associam-se a menores níveis de *burnout*. Além disso, profissionais com horários de trabalho rotativos apresentaram níveis mais elevados de *burnout*, indicando que a organização do trabalho também influencia o bem-estar destes profissionais.

O estudo destaca ainda que a fadiga por compaixão medeia a relação entre as dificuldades de regulação emocional e os níveis de *burnout*: dificuldades emocionais aumentam a fadiga por compaixão, que, por sua vez, aumentam os níveis de *burnout*.

Face a estes resultados sugerem-se intervenções que promovam competências de regulação emocional, que reforcem o sentido de propósito e valorizem o trabalho desempenhado para preservar a saúde mental dos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: *Burnout*, Regulação Emocional, Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão.

Abstract

Burnout emerges because of the emotional and physical demands of modern societies, especially in the healthcare sector, where daily pressure is intense. This multifaceted phenomenon impacts not only professionals but also society at large, affecting psychosocial, emotional, and physiological dimensions.

This study aims to deepen the understanding of the relationships between *burnout*, emotional regulation, compassion fatigue, and compassion satisfaction among healthcare professionals, based on a sample of 154 healthcare workers aged between 22 and 62 years.

This cross-sectional study revealed a significant positive relationship between difficulties in emotional regulation and levels of *burnout*: the greater the difficulties in managing emotions, the higher the reported levels of *burnout*. Conversely, high levels of compassion satisfaction and low levels of compassion fatigue are associated with lower levels of burnout. Additionally, professionals with rotating work schedules exhibited higher levels of *burnout*, indicating that work organization also influences the well-being of these professionals.

The study further highlights that compassion fatigue mediates the relationship between emotional regulation and *burnout*: emotional difficulties increase compassion fatigue, which in turn raises *burnout* levels.

Based on these results, interventions are suggested to promote emotional regulation skills, reinforce a sense of purpose, and value the work performed to preserve the mental health of healthcare professionals.

Keywords: *Burnout*, Emotional Regulation, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction

Índice

1. Introdução.....	10
2. Revisão de Literatura	12
2.1. Síndrome de <i>Burnout</i> e a sua Conceptualização	12
2.2. O Modelo Tridimensional de <i>Burnout</i> (Maslach & Jackson, 1981).....	13
2.3. O Modelo de <i>Burnout</i> de Kristensen et al. (2005).....	15
2.4. Fatores Explicativos da Síndrome de <i>Burnout</i> em Profissionais de Saúde	16
2.4.1. Fatores Individuais e Psicológicos.....	16
2.4.2. Fatores Sociodemográficos	16
2.4.3. Fatores Sociais e Relacionais.....	17
2.4.4. Fatores Organizacionais.....	17
2.5. Consequências da Síndrome de <i>Burnout</i> em Profissionais de Saúde.....	17
2.5.1. Consequências Individuais.....	18
2.5.2. Consequências Comportamentais e Sociais.....	18
2.5.3. Consequências Profissionais e Organizacionais	18
2.6. Fadiga por Compaixão e a sua Conceptualização	19
2.7. O Modelo da Qualidade de Vida Profissional (Stamm, 2010)	20
2.8. Fatores Explicativos da Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde.....	23
2.8.1. Fatores Individuais e Psicológicos.....	23
2.8.2. Fatores Sociodemográficos	23
2.8.3. Fatores Sociais e Relacionais.....	24
2.8.4. Fatores Organizacionais.....	24
2.9. Consequências da Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde.....	24
2.9.1. Consequências Individuais.....	24
2.9.2. Consequências Sociais e Relacionais.....	25
2.9.3. Consequências Profissionais e Organizacionais	25
2.10. A Regulação Emocional.....	26

2.11. O Modelo Multidimensional de Regulação Emocional (Gratz & Roemer, 2004)	27
2.12. Pertinência Teórica e Empírica do Estudo	29
3. Método	32
3.1. Participantes.....	32
3.2. Instrumentos	35
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	35
3.2.2. Copenhagen <i>Burnout</i> Inventory (CBI) – Versão Portuguesa (Fonte, C., 2011).....	35
3.2.3. Professional Quality of Life Scale (ProQOL5) – Versão Portuguesa (Carvalho & Sá, 2011)	36
3.2.4. The Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (DERS-SF) – Versão Portuguesa (Moreira et al., 2022)	38
3.3. Procedimento	39
3.4. Análise de Dados	40
4. Resultados	43
4.1. Comparação dos Níveis de <i>Burnout</i> , Fadiga Por Compaixão e Dificuldades de Regulação Emocional nas Variáveis Sociodemográficas Qualitativas.....	43
4.2. Associação entre <i>Burnout</i> , Fadiga Por Compaixão e Dificuldades de Regulação Emocional com as Variáveis Sociodemográficas Quantitativas.....	45
4.3. Associação entre Dificuldades na Regulação Emocional, <i>Burnout</i> , Fadiga Por Compaixão e Satisfação Por Compaixão.....	46
4.4. Análise do Papel Mediador da Fadiga Por Compaixão na Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e <i>Burnout</i>	47
4.5. Análise do Papel Mediador da Satisfação Por Compaixão na Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e <i>Burnout</i>	48
5. Discussão.....	50
6. Conclusão	55
6.1. Limitações e Estudos Futuros.....	56
6.2. Implicações Práticas	57
7. Referências	58

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra ($n = 154$).....	33
Tabela 2. Resultados da Comparação de <i>Burnout</i> pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas Qualitativas.....	43
Tabela 3. Resultados da Comparação das Dificuldade de Regulação Emocional pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas Qualitativas.....	44
Tabela 4. Resultados da Comparação de Fadiga por Compaixão pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas Qualitativas.....	44
Tabela 5. Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i> entre <i>Burnout</i> , Dificuldades na Regulação Emocional e Fadiga por Compaixão com Variáveis Sociodemográficas Quantitativas.....	45
Tabela 6. Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i> entre Variáveis.....	46

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (QVP) (Stamm, 2010).....	22
Figura 2. Modelo de Mediação da Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e <i>Burnout</i> mediada por Fadiga por Compaixão.....	48
Figura 3. Modelo de Mediação da Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e <i>Burnout</i> mediada por Satisfação por Compaixão.....	49

1. Introdução

O contexto laboral dos profissionais de saúde caracteriza-se por elevadas exigências emocionais, exposição contínua a riscos físicos e desafios psicossociais, frequentemente vivenciados em ambientes marcados pela imprevisibilidade e responsabilidade acrescida (Barbosa et al., 2014; Pinto et al., 2021). O contacto direto e constante com o sofrimento humano contribui para níveis significativos de *stress*, exaustão e desgaste emocional (Barbosa et al., 2014).

Neste seguimento, a síndrome de *burnout*, destaca-se como uma das principais ameaças à saúde física e mental destes profissionais, comprometendo não somente o seu bem-estar individual, mas também a qualidade dos cuidados prestados, sendo que em Portugal, diversos estudos têm sinalizado uma prevalência preocupante desta síndrome, com implicações ao nível da satisfação dos utentes e da eficiência do sistema de saúde (Carlotto & Câmara, 2017; Haymaker et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020; Perniciotti et al., 2020; Queirós, 2005).

A regulação emocional tem vindo a ser reconhecida como um recurso fundamental no contexto da saúde, permitindo aos profissionais reconhecer, compreender e gerir adequadamente as emoções no exercício das suas funções, visto que, dificuldades nesta área estão associadas a níveis mais elevados de *burnout* e a comportamentos disfuncionais, comprometendo a tomada de decisões clínicas e a qualidade da relação terapêutica estabelecida com os utentes (Brillon et al., 2025; Haymaker et al., 2022). Neste âmbito, destaca-se ainda um fenómeno denominado por fadiga por compaixão, isto é, uma resposta emocional à exposição contínua e prolongada ao sofrimento alheio, característica das profissões de cuidado, que na ausência de suporte emocional adequado, pode agravar o desgaste psicológico e potenciar o desenvolvimento de *burnout* (Azam et al., 2023; Brillon et al., 2025; Cruz, 2014; Gonçalves et al., 2023; Pálfi et al., 2024; Pinto et al., 2021; Zhang et al., 2018).

Embora o *burnout* e a fadiga por compaixão tenham origens distintas, coexistem frequentemente e partilham fatores de risco e sintomatologia, reforçando o seu impacto negativo sobre o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde (Adams et al., 2006; Kim et al., 2020; Zhang et al., 2018). Assim sendo, torna-se essencial compreender a associação entre dificuldades na regulação emocional e *burnout*, considerando a fadiga por compaixão uma variável mediadora particularmente relevante (Brillon et al., 2025; Maresca et al., 2022). Apesar do crescente interesse sobre o tema, os estudos que exploram simultaneamente o *burnout*, a

fadiga por compaixão e as dificuldades de regulação emocional em profissionais de saúde portugueses continuam escassos, evidenciando esta lacuna, a relevância do presente estudo, que procura integrar três variáveis centrais na compreensão do desgaste psicológico no contexto da saúde, contribuindo tanto para o avanço teórico como para o conhecimento empírico em Portugal (Carvalho et al., 2014; Fonseca et al., 2022).

Este trabalho organiza-se em cinco partes: a fundamentação teórica, a descrição da metodologia adotada, incluindo participantes, instrumentos e procedimentos, a apresentação e discussão dos resultados obtidos e por fim, as conclusões, limitações, sugestões para futuras investigações e implicações práticas.

2. Revisão de Literatura

2.1. Síndrome de *Burnout* e a sua Conceptualização

O termo *burnout*, cuja tradução se traduz em *queimar até à exaustão*, foi introduzido na literatura por Herbert Freudenberger em 1974 (Vieira, 2010). Com base na sua experiência clínica, Freudenberger (1974), procurou descrever o estado de esgotamento físico e mental recorrente em profissionais dedicados a causas sociais e a contextos de prestação de cuidados (Marôco et al., 2016; Melo-Ribeiro et al., 2023; Perniciotti et al., 2020; Roque & Soares, 2012).

Estes profissionais eram alvo de uma perda gradual de motivação e empenho, acompanhados por sintomas físicos e psicológicos, que culminavam em colapsos (Loureiro et al., 2008; Melo-Ribeiro et al., 2023). Tal estado disfuncional, era marcado por fadiga e frustração persistentes, que resultavam da dedicação intensa a uma atividade que falhava em proporcionar a recompensa esperada, levando ao esgotamento de recursos tanto emocionais como físicos necessários à função profissional (Marôco et al., 2016; Melo-Ribeiro et al., 2023; Perniciotti et al., 2020; Roque & Soares, 2012).

Observado inicialmente em profissões de cuidado, como médicos, enfermeiros, psicólogos e professores, o *burnout* surgiu como uma resposta à tensão emocional derivada do contacto com o sofrimento alheio (Melo-Ribeiro et al., 2023; Roque & Soares, 2012). Contudo, foi progressivamente ampliado, sendo hoje reconhecido como uma condição transversal a diferentes contextos laborais (Melo-Ribeiro et al., 2023; Roque & Soares, 2012). De acordo com a literatura, o *burnout* é entendido como uma resposta crónica ao *stress* ocupacional, refletindo uma falha na adaptação às diversas exigências do ambiente de trabalho (Cardoso et al., 2017; Carlotto & Câmara, 2017; Queirós, 2005).

A definição mais amplamente aceite é a proposta de Maslach e Jackson (1981), que caracterizam o *burnout* como uma síndrome multidimensional que agrega três dimensões: (1) a exaustão emocional, (2) a despersonalização e a (3) diminuição da realização profissional. Ademais, é importante salientar que o *burnout* não deve ser confundido com outras condições psicológicas como a depressão ou o *stress* pontual, pois embora partilhem sintomatologia, o *burnout* é um fenómeno específico do contexto laboral e da relação que o indivíduo tem com o mesmo (Loureiro et al., 2008). Esta especificidade levou à sua inclusão pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), como um fenómeno ocupacional associado à incapacidade de gerir o *stress* crónico no local de

trabalho (Cardoso et al., 2017; Marques & Carlotto, 2024; Melo-Ribeiro et al., 2023; World Health Organization, 2019).

Nas últimas décadas, a investigação tem consolidado o *burnout* como uma síndrome que resulta da exposição prolongada a fatores de stress ocupacionais, decorrentes de ambientes laborais exigentes, sendo reconhecido pela sua complexidade enquanto conceito e pelo seu desenvolvimento gradual desencadeado pela exaustão emocional e evoluindo para atitudes negativas em relação aos outros e por sentimentos de inadequação pessoal (Mata, et al., 2016; Pike et al., 2025; Roque & Soares, 2012). Desta forma, enquanto fenómeno multidimensional, prolongado e com consequências psicossociais, emocionais e fisiológicas significativas, manifestado tanto a nível individual como organizacional, torna-se importante a sua compreensão, especialmente em contextos de elevada exigência emocional, como a área da saúde (Marôco et al., 2016 & Perniciotti et al., 2020).

2.2. O Modelo Tridimensional de *Burnout* (Maslach & Jackson, 1981)

Segundo Maslach e Jackson (1981) o *burnout* não emergiu de um modelo teórico pré-estabelecido, nem de uma compreensão fixa e clara do fenómeno. As suas investigações evoluíram de estudos sobre as emoções e da forma como os indivíduos, nomeadamente médicos e enfermeiros, percecionavam e geriam a intensidade dessas mesmas emoções no seu quotidiano, especialmente em contextos laborais exigentes (Maslach, 1998).

A definição do conceito foi reformulada ao longo de diferentes publicações, sendo caracterizada como uma síndrome que resulta da exposição prolongada a fatores de *stress* crónicos, de natureza emocional e interpessoal, no ambiente de trabalho (Maslach & Jackson, 1981; Queirós, 2005; Vieira, 2010). É particularmente prevalente em profissões que exigem o contacto humano intenso e contínuo, como a área da saúde, educação e serviços sociais manifestando-se através das seguintes dimensões: (1) exaustão emocional e física, (2) despersonalização e (3) sentimento de ineficácia ou baixa realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981; Queirós, 2005; Vieira, 2010).

A exaustão emocional, enquanto dimensão central do *burnout* refere-se ao esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo, traduzindo-se em sintomas físicos e psicológicos de fadiga intensa, apatia e desmotivação, que decorrem também da sobrecarga de trabalho, das exigências emocionais constantes e de possíveis conflitos existentes no contexto profissional

(Maslach, 1998; Rosa & Carlotto, 2005; Queirós, 2005). A despersonalização implica, por sua vez, o desenvolvimento de atitudes negativas, insensíveis e distantes em relação aos outros com quem se interage no trabalho (Maslach, 1998; Maslach, & Jackson, 1982; Rosa, C. & Carlotto 2005). Surge, muitas vezes, como um mecanismo de defesa perante a sobrecarga emocional, podendo resultar na desumanização e na perda de empatia, representando a dimensão interpessoal do *burnout* (Maslach, 1998). A baixa realização pessoal, reflete-se por fim, em sentimentos de ineficácia e desvalorização do próprio desempenho profissional, comprometendo a perceção de produtividade profissional e reduzindo a motivação para a mesma (Maslach, 1998). Esta dimensão trata-se da dimensão de autoavaliação do *burnout* e é frequentemente associada a sintomas depressivos agravados pela ausência de apoio social e de oportunidades de crescimento profissional (Maslach, 1998; Maslach & Jackson, 1982; Rosa & Carlotto, 2005).

Este modelo tridimensional representa um avanço significativo face às perspetivas unidimensionais, ao integrar na compreensão do conceito componentes emocionais, interpessoais e de autoavaliação (Maslach, 1998). Reconhece que o *burnout* se desenvolve de forma sequencial e progressiva, inicialmente manifestado pela exaustão emocional, seguida pela despersonalização e, por fim, pela redução da realização pessoal, podendo apresentar diferentes níveis de gravidade (Carlotto, 2011; Maslach, 1998). Destaca-se ainda, por considerar as interações interpessoais no ambiente de trabalho como fatores centrais do *burnout*, atuando simultaneamente como causa e consequência do fenómeno (Maslach, 1998).

Além de simbolizar um progresso conceptual, a perspetiva de Maslach e Jackson (1982) cimentou instrumentos específicos de avaliação, como o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), concebido para medir as três dimensões do respetivo modelo teórico (Carlotto & Câmara, 2004; Maslach, 1998). O *Maslach Burnout Inventory* (MBI), é dos instrumentos mais utilizados para avaliar o *burnout*, constituindo uma referência empírica primordial na área, tendo sido originalmente formulado para profissionais de serviços humanos, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, com a premissa de que o *burnout* é uma condição relativamente estável ao longo do tempo, o que permite uma avaliação consistente dos níveis de desgaste emocional em diferentes contextos laborais (Carlotto & Câmara, 2004; Maslach et al., 1996).

Com o intuito de alargar a investigação a outras populações, o instrumento foi adaptado a diferentes contextos de trabalho, resultando em três versões: a versão original, *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS), direcionada a profissionais da saúde

e serviços sociais, o *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey* (MBI-ES) desenvolvido especificamente para professores e profissionais da área da educação e o *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI – GS) versão mais abrangente direcionada a trabalhadores de outras áreas ocupacionais (Borges et al., 2002; Fonte, 2011; Maslach, et al., 1996). A estrutura tridimensional é mantida em todas as versões, existindo apenas alguns ajustes que refletem os contextos e desafios específicos de cada grupo profissional (Borges et al., 2002; Fonte, 2011; Maslach, et al., 1996).

2.3. O Modelo de *Burnout* de Kristensen et al. (2005)

À semelhança de outros modelos e instrumentos, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), foi alvo de críticas de ordem metodológica e conceptual, o que motivou o desenvolvimento de instrumentos alternativos, como o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005).

Este instrumento foi desenvolvido por Kristensen et al. (2005), no âmbito do *Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction* (PUMA), um estudo de intervenção longitudinal que procurou investigar a prevalência do *burnout*, as suas causas, consequências e estratégias de mitigação. O modelo teórico proposto pelos autores, introduz uma nova perspetiva sobre a síndrome, ao considerar a exaustão física e psicológica como a sua dimensão central ((Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005). Esta abordagem contrasta com os modelos tradicionais, que reconheciam a despersonalização como uma estratégia de *coping* face à exaustão e a redução da realização pessoal como uma consequência e não como dimensão central do *burnout* (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005; Maslach, et al., 1996).

Com base nesta reconceptualização, foi desenvolvido o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), que permite avaliar detalhadamente o *burnout* em diferentes esferas da vida profissional: (1) o *burnout* pessoal (que mede o nível geral de exaustão física e psicológica do sujeito, independentemente da sua ocupação), (2) o *burnout* relacionado com o trabalho (que avalia a fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pelo sujeito em relação ao seu trabalho, aplicando-se a qualquer trabalhador) e (3) o *burnout* relacionado com o cliente/utente (que mede o impacto emocional resultante do contacto direto e intenso com os utentes, sendo especialmente relevante para profissionais de serviços humanos) (Fonte, 2011).

Este instrumento foi posteriormente adaptado a diferentes contextos culturais e profissionais, apresentando uma abordagem holística, que contempla fatores organizacionais, pessoais e relacionais na sua avaliação (Fonte, 2011).

2.4. Fatores Explicativos da Síndrome de *Burnout* em Profissionais de Saúde

A síndrome de *burnout* envolve múltiplos fatores de risco, agrupados em quatro dimensões: fatores individuais e psicológicos, fatores sociodemográficos, fatores sociais e relacionais e fatores organizacionais (Melo-Ribeiro et al., 2023; Perniciotti et al., 2020).

2.4.1. Fatores Individuais e Psicológicos

Estes fatores refletem características pessoais que predis põem a síndrome (Melo-Ribeiro et al., 2023). Entre os mais relevantes destacam-se traços de personalidade, como o perfeccionismo, o neuroticismo, a autocrítica excessiva e o *l*ocus de controlo externo, isto é, a tendência para atribuir os acontecimentos a fatores externos (Melo-Ribeiro et al., 2023; Sousa, 2018). A baixa autoestima é de igual forma considerada, por estar associada a maiores níveis de exaustão emocional, menor realização pessoal e maior suscetibilidade ao *stress* ocupacional (Perniciotti et al., 2020). Além disso, indivíduos com reduzidas capacidades de *coping* e escassos recursos emocionais para lidar com situações de exigência revelam maior propensão ao esgotamento profissional (Perniciotti et al., 2020). Segundo Perniciotti et al (2020), importa ainda salientar que a perceção do *stress* é subjetiva, estando dependente da interpretação individual atribuída aos eventos experienciados, o que explica o porquê de nem todos os profissionais desenvolverem *burnout* mesmo com condições laborais semelhantes.

2.4.2. Fatores Sociodemográficos

Segundo Melo-Ribeiro et al. (2023), profissionais de saúde mais jovens tendem a apresentar níveis mais elevados de *burnout*. O sexo feminino está associado a maiores níveis de exaustão emocional, enquanto os homens tendem a manifestar mais sintomas de despersonalização (Melo-Ribeiro et al., 2023; Sousa, 2018). Além disso, o estado civil também influencia, com os profissionais solteiros a apresentarem maior propensão ao *burnout* (Melo-Ribeiro et al., 2023). Adicionalmente, um nível de escolaridade elevado, rendimentos familiares reduzidos e o facto de se ter filhos com idade inferior a 21 anos, são elementos que contribuem para a exaustão e para o aumento do *stress* dificultando o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional (Melo-Ribeiro et al., 2023; Sousa, 2018).

2.4.3. Fatores Sociais e Relacionais

Estes dizem respeito à qualidade e à dinâmica das interações interpessoais no ambiente laboral, sendo que, relações interpessoais frágeis marcadas por conflitos tanto com colegas como com a chefia, estão entre os principais elementos desestabilizadores do bem-estar emocional dos profissionais (Melo-Ribeiro, et al., 2023; Perniciotti et al., 2020). A falta de coesão e apoio entre os membros de equipa compromete o sentimento de pertença, enfraquecendo a rede de suporte emocional no local de trabalho (Perniciotti et al., 2020). Adicionalmente, conflitos de papéis e diferentes perceções sobre as responsabilidades e práticas profissionais também geram tensões, prejudicando a colaboração e o ambiente de trabalho, que ao não serem geridas de forma eficaz aumentam o risco de *burnout* (Perniciotti et al., 2020).

2.4.4. Fatores Organizacionais

Estes fatores representam as condições laborais e o ambiente institucional (Perniciotti et al., 2020; Trigo, et al., 2007). Entre os principais destaca-se a sobrecarga de trabalho, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, frequentemente agravada pela escassez de recursos humanos e materiais (Perniciotti et al., 2020; Trigo, et al., 2007). Os horários irregulares e turnos rotativos comprometem o descanso adequado, dificultando a recuperação física e emocional dos profissionais (Melo-Ribeiro et al., 2023). A falta de autonomia e controlo sobre as tarefas, associada ao reduzido envolvimento e participação na tomada de decisões e à perceção de desvalorização do trabalho realizado são também aspetos relevantes (Perniciotti et al., 2020; Trigo, et al., 2007).

Em adição, políticas institucionais marcadas pelo excesso de burocracia e por avaliações de desempenho centradas exclusivamente em critérios quantitativos, contribuem para um ambiente laboral instável, onde a falta de reconhecimento e de recompensas, seja de natureza material ou simbólica, constitui também um fator de risco importante (Trigo, et al., 2007). Por fim, estruturas físicas e logísticas inadequadas, que dificultam o fluxo de trabalho, bem como lideranças ausentes e frágeis, intensificam ainda mais a predisposição ao desenvolvimento da síndrome (Perniciotti et al., 2020).

2.5. Consequências da Síndrome de *Burnout* em Profissionais de Saúde

A síndrome do *burnout* acarreta consequências significativas para os profissionais de saúde, afetando múltiplas esferas da sua vida pessoal e profissional (Carlotto & Câmara, 2017; Costa et al., 2024; Perniciotti et al., 2020; Queirós, 2005). As suas manifestações revelam-se ao

nível psicossomático, psicológico e comportamental podendo ser agrupados em três níveis: individual, comportamental e social, e organizacional (Carlotto & Câmara, 2017; Costa et al., 2024; Perniciotti et al., 2020; Queirós, 2005).

2.5.1. Consequências Individuais

Fisicamente, os profissionais afetados apresentam frequentemente sintomas como cefaleias, insónias, tonturas, dispneia, alterações e perturbações do sono e alimentares, fadiga crónica, alterações de peso, distúrbios gastrointestinais, disfunções sexuais e agravamento de doenças crónicas já existentes (Carlotto & Câmara, 2017; Marôco et al., 2016; Trigo et al., 2007). É também comum o recurso excessivo a substâncias como café, tabaco, álcool, tranquilizantes ou drogas ilícitas numa tentativa de mitigar os efeitos do cansaço e exaustão extrema (Carlotto & Câmara, 2017). A nível psicológico e emocional, são comuns sentimentos de fracasso, desilusão, ansiedade, tristeza, depressão, irritabilidade, labilidade emocional e baixa autoestima (Carlotto & Câmara, 2017; Marôco et al., 2016). Em situações severas, pode verificar-se ideação suicida, sendo particularmente preocupante a taxa de suicídio entre médicos, que excede a média da população (Marôco et al., 2016; Melo-Ribeiro et al., 2023).

2.5.2. Consequências Comportamentais e Sociais

É frequente observar-se atitudes de isolamento, rigidez nas interações, indiferença e hostilidade para com os colegas, pacientes e supervisores (Carlotto, & Câmara, 2017). Acresce a desmotivação, a diminuição da satisfação pessoal e profissional que culminam na intenção e no abandono da profissão (Perniciotti et al., 2020). Socialmente, o *burnout* compromete vínculos familiares e aumenta conflitos interpessoais, sendo relatado também o desinteresse pela convivência que promove o distanciamento afetivo e a despersonalização (Carlotto & Câmara, 2017; Queirós, 2005).

2.5.3. Consequências Profissionais e Organizacionais

No contexto organizacional, o *burnout* está associado a altos níveis de absentismo, presenteísmo, rotatividade de recursos humanos, pouca produtividade, falhas e conflitos laborais (Murcho & Pacheco, 2020). As más práticas institucionais, como falta de reconhecimento, excesso de formalismo, supervisão ineficaz, sobrecarga de trabalho, défice na autonomia e conflitos de valores são também consideráveis (Carlotto & Câmara, 2017). O mesmo, afeta não só o bem-estar dos profissionais, como compromete seriamente a qualidade

dos cuidados prestados, diminuindo a eficácia e a segurança no atendimento dos utentes (Faria et al., 2019; Perniciotti et al., 2020).

2.6. Fadiga por Compaixão e a sua Conceptualização

Embora o *burnout* seja amplamente estudado entre profissionais de saúde, é igualmente importante compreender uma outra manifestação típica deste grupo de profissionais: a fadiga por compaixão (Torres et al., 2018). A preocupação com os efeitos do trabalho sobre a saúde física e mental em diferentes profissões é antiga, mas adquire novos contornos nos contextos de saúde, onde o “cuidar” constitui a essência da função (Torres et al., 2018).

Enquanto o *burnout* resulta do *stress* crónico associado a condições laborais adversas, afetando qualquer profissional, independentemente do contacto com situações traumáticas, a fadiga por compaixão está relacionada com o envolvimento empático e prolongado com o sofrimento do outro, sendo particularmente prevalente em profissionais da área da saúde (Adams et al., 2006; Azam et al., 2023; Matos et al., 2023). Entre médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde e psicólogos, o contacto contínuo com o sofrimento alheio predispõe o desenvolvimento de condições psicoemocionais, que afetam a qualidade de vida pessoal e o desempenho profissional dos indivíduos (Torres et al., 2018). O vínculo empático indispensável à relação de cuidado, é também um fator que compromete os profissionais ao desgaste emocional, pois quanto maior for a motivação e o envolvimento afetivo com o sofrimento do outro, maior será a vulnerabilidade a esta condição (Matos et al., 2023; Torres et al., 2018).

A fadiga por compaixão é um fenómeno psicológico que se desenvolve de forma progressiva em profissionais que atuam em contextos de cuidado, caracterizando-se pelo esgotamento físico, emocional e mental que resulta da exposição contínua ao sofrimento alheio e da empatia em relação à dor dos outros (Lago & Codo, 2013). Este desgaste, comum em ambientes laborais emocionalmente exigentes, fomenta respostas defensivas como a desmotivação e a diminuição da qualidade do atendimento com impactos significativos na saúde mental dos profissionais e respetivos pacientes (Lago & Codo, 2013). Manifesta-se como um fenómeno afetivo de exaustão biológica, psicológica e social, associado ao desejo genuíno de ajudar o outro, marcado por sentimentos de impotência, culpa e responsabilidade persistentes tal como a revivência constante das experiências traumáticas dos outros (Adams et al., 2006; Azam et al., 2023; Figley, 2002; Figley & Abendroth, 2011; Lago & Codo, 2013; Matos et al., 2023).

O conceito foi inicialmente descrito por Joinson (1992), ao identificar sinais de desgaste emocional em enfermeiros expostos a situações de sofrimento extremo. Posteriormente, Charles Figley (1995), aprofundou o termo, ao estudar veteranos de guerra e os profissionais que os acompanhavam, descrevendo-o e comparando-o como uma forma de *stress* traumático secundário, enquanto resposta emocional desencadeada pelo contacto com indivíduos traumatizados ou em situações de dor profunda (Azam et al., 2023). Figley (1995), definiu este tipo de *stress* como reações emocionais e comportamentais resultantes do conhecimento de eventos traumáticos vividos por outros, com sintomatologia semelhante à Perturbação de Stress Pós-Traumático (Bride et al., 2007).

Figley (1995, citado por Fonseca, 2017), identificou adicionalmente três fatores que contribuem para o desenvolvimento da fadiga por compaixão, nomeadamente um sentimento contínuo de responsabilidade pelo sofrimento do outro, originado pela empatia, a dificuldade de o profissional desvincular-se emocionalmente dessa responsabilidade e a presença de memórias traumáticas que geram sintomas típicos do *stress* pós-traumático, como ansiedade ou depressão. Em adição, o autor defende ainda que este estado emocional pode ser agravado por mudanças significativas na vida pessoal e profissional dos profissionais em contextos de cuidado, incluindo doenças, mudanças no estilo de vida, alterações no estatuto social e responsabilidades existentes no seu quotidiano (Figley, 1995 citado por Fonseca, 2017).

Em suma, e enquanto fenómeno gradual, a fadiga por compaixão, resulta da exposição contínua ao sofrimento alheio, sendo considerado um custo do ato de cuidar em profissionais de saúde, comprometendo não só o seu bem-estar como a qualidade dos serviços que prestam (Fonseca, 2017).

2.7. O Modelo da Qualidade de Vida Profissional (Stamm, 2010)

Numa revisão dedicada ao estudo da fadiga por compaixão, Lago e Codo (2013) identificaram uma panóplia de instrumentos utilizados na mensuração deste conceito. Entre eles, destaca-se o *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), desenvolvido por Charles Figley, no final da década de 1980, estruturado a partir da sua experiência clínica e centrado nos aspetos negativos da fadiga por compaixão (Lago & Codo, 2013).

No entanto, devido às limitações psicométricas identificadas, o *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), foi posteriormente atualizado em colaboração com Beth Stamm (2010), incorporando novos conceitos teóricos acerca da fadiga por compaixão nas profissões de

cuidado (Lago & Codo, 2013). Posto isto e representando uma evolução conceptual, o *Modelo da Qualidade de Vida Profissional*, passou a reconhecer não somente os aspetos negativos da fadiga por compaixão, mas também os aspetos positivos associados às profissões de cuidado, como o altruísmo e a satisfação que advém do ato de cuidar (Barbosa, et al., 2014; Stamm, 2010).

Segundo Stamm (2010), a Qualidade de Vida Profissional (QVP), diz respeito à perceção que o profissional tem do seu bem-estar no trabalho e da qualidade do auxílio que presta, sendo esta, influenciada por fatores pessoais, organizacionais e pela exposição a situações traumáticas no desempenho das suas funções (Lucena et al., 2024; Stamm, 2010). Por sua vez, a Qualidade de Vida Profissional (QVP), estrutura-se em dois polos complementares, o positivo e o negativo (Stamm, 2010). O polo positivo, representado pela satisfação por compaixão (SC), traduz-se no prazer de realizar o bem e nos sentimentos positivos que advém da perceção do profissional face à sua capacidade de ajudar os outros, sendo esta dimensão uma fonte de bem-estar emocional (Barbosa et al., 2014; Stamm, 2010). Em contrapartida, o polo negativo é representado pela fadiga por compaixão (FC), que diz por sua vez respeito, ao desgaste emocional causado pelo contacto constante com o sofrimento alheio (Stamm, 2010). Este polo subdivide-se em dois componentes centrais: o *burnout* (BO), referente a um estado de exaustão e esgotamento físico e emocional persistente no trabalho derivado das suas componentes tridimensionais e organizacionais, e o *stress* traumático secundário (STS), reação decorrente do contacto e exposição a eventos traumáticos vividos pelos sujeitos que o profissional em questão procura ajudar (Barbosa, et al., 2014; Maslach & Jackson, 1981; Stamm, 2010).

De acordo com este modelo, a fadiga por compaixão pode desencadear-se não apenas pela exposição direta ao sofrimento alheio, mas também por fatores organizacionais adversos (como a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais, a ausência de apoio institucional e a falta de reconhecimento profissional), os quais estão frequentemente também implicados no *burnout* (Carvalho & Sá, 2011). Apesar da inter-relação entre estes conceitos, importa reforçar, conforme anteriormente enumerado, que a fadiga por compaixão e o *burnout* são fenómenos distintos (Adams et al., 2006; Azam et al., 2023; Matos et al., 2023). O *burnout* é uma síndrome ocupacional associada ao *stress* crónico no contexto de trabalho, geralmente provocado por fatores organizacionais (como carga laboral excessiva, escassez de recursos, apoio institucional disfuncional ou expectativas irrealistas) que refletem uma falha na

adaptação às exigências prolongadas no trabalho (Carlotto & Câmara, 2017; Cardoso et al., 2017; Peters, 2018; Queirós, 2005). Já a fadiga por compaixão é um fenómeno psicológico que se desenvolve progressivamente em profissionais expostos ao sofrimento alheio, como os que atuam na área da saúde e em contextos de prestação de cuidados, resultando do envolvimento empático intenso e da preocupação constante com o bem-estar do outro, marcado pelo esgotamento físico, emocional e mental (Lago & Codo, 2013, Peters, 2018). Como reforça Peters (2018), a diferença entre estes fenómenos reside essencialmente na origem do desgaste: organizacional, no caso do *burnout*, sem implicar necessariamente uma relação empática com os outros, e relacional/emocional, no caso da fadiga por compaixão, que pressupõe uma ligação emocional direta com o sofrimento do outro.

Deste modo, o modelo proposto por Stamm (2010), enfatiza que a Qualidade de Vida Profissional (QVP), nas profissões de cuidado depende do equilíbrio dinâmico entre a satisfação e a fadiga por compaixão, sendo que ao prevalecer a satisfação, promove-se o bem-estar psicológico e ao predominar o polo negativo, acentua-se o risco de sofrimento emocional e esgotamento/exaustão. Embora a compaixão constitua um elemento fundamental nos profissionais de saúde, representa um fator de vulnerabilidade, sobretudo quando não são asseguradas as condições que favorecem o bem-estar emocional em contexto laboral, reforçando a necessidade de investir em estratégias que promovam a satisfação e redução dos riscos associados, salvaguardando não apenas o seu equilíbrio psicológico, mas também a qualidade dos serviços prestados (Fonseca, 2017). Alinhado com esta perspetiva, o modelo de Stamm (2010), representado na Figura 1., serviu de base à construção do *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL), instrumento que será utilizado no presente estudo (Lago & Codo, 2013).

Figura 1

Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (QVP) (Stamm, 2010)



2.8. Fatores Explicativos da Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde

A fadiga por compaixão resulta da interação de fatores individuais e psicológicos, sociodemográficos, sociais e relacionais e organizacionais, sendo fundamental compreender os mesmos, não só para prevenir, como para mitigar esta condição, que tanto influencia o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados (Mota et al., 2005; Nascimento et al., 2024; Torres et al., 2018).

2.8.1. Fatores Individuais e Psicológicos

Neste sentido, elementos como o perfil do profissional, história pessoal, experiências prévias, formação académica, anos de experiência e a natureza do trabalho exercido são determinantes no desenvolvimento da fadiga por compaixão (Fonseca, 2017; Labib, 2015). Segundo Mooney (2017, citado por Fonseca, 2017), a experiência profissional reduz os níveis de fadiga por compaixão, ao fomentar mecanismos de defesa mais eficazes e um maior distanciamento emocional sentido em relação ao sofrimento dos outros. Entretanto, a predisposição a traços de afeto negativo, como a frustração, tristeza e irritabilidade, exacerbam as reações emocionais perante o sofrimento alheio, especialmente quando associadas também a expectativas irrealistas dos profissionais sobre os cuidados prestados, aumentando a vulnerabilidade à fadiga por compaixão (Fonseca, 2017; Labib, 2015). A saúde mental é igualmente importante, visto que, sintomas ansiogénicos e depressivos pré-existentes estão associados ao risco elevado desta condição, destacando simultaneamente a relevância da promoção e do investimento em competências de autorregulação emocional e equilíbrio psíquico (Torres et al., 2018).

2.8.2. Fatores Sociodemográficos

Entre os fatores sociodemográficos associados à fadiga por compaixão destacam-se a idade, o sexo e as condições socioeconómicas dos profissionais (Fonseca, 2017; Torres et al., 2018). Profissionais mais jovens, entre os 18 e os 39 anos, tendem a apresentar maior vulnerabilidade em comparação com aqueles com mais de 50 anos, cuja maturidade emocional e experiência parecem conferir maior resiliência (Fonseca, 2017; Torres et al., 2018). Segundo Fonseca (2017), a população feminina reporta frequentemente sintomatologia associada à fadiga por compaixão. Ademais, dificuldades económicas contribuem também para o desenvolvimento deste fenómeno (Fonseca, 2017; Torres et al., 2018).

2.8.3. Fatores Sociais e Relacionais

A nível social e relacional, questões como a perceção de isolamento, a ausência de reconhecimento ou valorização do trabalho realizado e inexistência de espaços de escuta ativa e apoio emocional contribuem ativamente para o desgaste psicológico progressivo (Fonseca, 2017; Labib, 2015; Nascimento et al., 2024). A desmotivação, a ausência de realização pessoal face à função desempenhada e as más relações com colegas e chefias são também potenciadores deste fenómeno (Fonseca, 2017; Torres et al., 2018). A exclusão na tomada de decisão na prática destes profissionais, perante a discrepância entre as expectativas criadas e os resultados obtidos que conduzem à frustração e à impotência acentuam a vulnerabilidade emocional, sendo importante promover ambientes de trabalho pautados pela confiança, comunicação e reconhecimento (Fonseca, 2017; Labib, 2015).

2.8.4. Fatores Organizacionais

No ambiente organizacional, condições laborais adversas, como a sobrecarga de trabalho, turnos prolongados e trabalho noturno, ausência de compensação por horas extraordinárias, escassez de recursos humanos e materiais bem como a ambiguidade de funções, amplificam esta condição (Nascimento et al., 2024; Torres et al., 2018). A pressão resultante de situações críticas, na ausência de suporte institucional adequado, aliado à falta de supervisão, de medidas de prevenção e de apoio psicológico intensificam também este quadro clínico (Fonseca, 2017; Labib, 2015). Adicionalmente e segundo Sabo (2011, citado por Fonseca, 2017), fatores como a ausência de reconhecimento e recompensas, fraco sentido de comunidade e conflitos de valores, contribuem para um sentimento generalizado de desmotivação. As políticas de contenção de custos nos sistemas de saúde, o baixo investimento em recursos humanos e a ausência de estratégias institucionais de apoio, reconhecidas também em Portugal, perpetuam condições estruturais que potenciam este fenómeno (Fonseca, 2017).

2.9. Consequências da Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde

A fadiga por compaixão agrega consequências ao nível individual, social e relacional, profissional e organizacional (Barbosa et al., 2014; Fonseca, 2017).

2.9.1. Consequências Individuais

Os seus efeitos manifestam-se primeiramente a nível emocional e psicológico, abrangendo alterações de humor, irritabilidade, ansiedade, tristeza, apatia e, em casos mais severos, depressão (Fonseca, 2017; Labib, 2015). Estes sintomas tendem a ser acompanhados

por sentimentos de culpa, hipersensibilidade, inquietação, frustração e angústia persistente (Fonseca, 2017; Labib, 2015). A par disso, também se observam dificuldades cognitivas, ao nível da memória, concentração e tomada de decisões, que podem estar, por sua vez, associadas ao uso de substâncias diversas (Fonseca, 2017; Labib, 2015).

Do ponto de vista comportamental, salienta-se a desmotivação e apatia, bem como a desorganização, ineficácia no desempenho de funções e o uso recorrente a baixas médicas como resposta à exaustão (Branch, 2013; Fonseca, 2017; Labib, 2015; Lombardo & Eyre, 2011; Mota et al., 2005). Fisicamente, a fadiga por compaixão expressa-se através do cansaço constante, cefaleias, problemas gastrointestinais, alimentares e do sono, tensão muscular e sintomas cardiovasculares como taquicardia e palpitações (Branch, 2013; Lombardo & Eyre, 2011; Mota et al., 2005; Peters, 2018). Questões do fórum espiritual, como a perda de discernimento e questionamentos existenciais associados ao propósito do trabalho, somam-se também a este quadro (Branch, 2013; Lombardo & Eyre, 2011; Mota et al., 2005; Peters, 2018).

2.9.2. Consequências Sociais e Relacionais

Socialmente, as consequências estendem-se às relações interpessoais, especialmente familiares e afetivas, visto que os profissionais tendem a afastar-se emocionalmente, perdendo inclusive o interesse por atividades anteriormente prazerosas (Fonseca, 2017; Labib, 2015). Segundo Fonseca (2017) e Labib (2015), estas alterações dificultam a manutenção de relações interpessoais saudáveis, contribuindo para o isolamento e diminuição da qualidade de vida.

2.9.3. Consequências Profissionais e Organizacionais

A nível profissional e organizacional, a fadiga por compaixão compromete seriamente a motivação, a autoestima e o desempenho dos profissionais de saúde (Torres et al., 2018). A apatia e o desgaste emocional aumentam a incidência de erros, dificuldades na tomada de decisões e deterioração da qualidade dos cuidados prestados (Torres et al., 2018). Este estado tende a levar ao abandono da profissão ou à procura de funções menos exigentes (Fonseca, 2017; Labib, 2015). Quando generalizado este fenómeno, afeta toda a organização, traduzindo-se em maiores níveis de absentismo, elevada rotatividade de pessoal e dificuldade no recrutamento e retenção de profissionais qualificados (Fonseca, 2017; Labib, 2015; Torres et al., 2018).

A ausência de suporte institucional, reconhecimento profissional e estratégias adequadas de prevenção contribui para o aumento da insatisfação e para a ineficácia das equipas, sendo que esta fragilidade organizacional compromete a continuidade dos serviços prestados e a segurança daqueles de quem cuidam (Fonseca, 2017; Labib, 2015; Torres et al., 2018). Assim, as repercussões da fadiga por compaixão extrapolam o nível individual, influenciando o funcionamento geral das instituições de saúde e a excelência dos serviços fornecidos (Torres et al., 2018). O sofrimento daqueles que cuidam apresenta consequências tangíveis, sendo crucial, por isso, identificar este fenómeno como algo urgente e investir em práticas eficazes de prevenção, auxílio e incentivo da satisfação destes profissionais salvaguardando a sua saúde mental e garantido serviços humanizados (Torres et al., 2018).

2.10. A Regulação Emocional

As emoções são essenciais para a adaptação humana, atuando como reações evolutivas que, embora não determinem rigidamente o comportamento, aumentam a possibilidade de certas respostas em contextos específicos (Lazarus, 1991; Santana & Gondim, 2016). Tais reações podem ocorrer de forma automática e instintiva ou através de uma análise deliberada da situação, sendo que em ambos os casos, envolvem alterações fisiológicas, cognitivas e comportamentais que influenciam a interação social e a adaptação quotidiana (Vaz et al., 2008). Quando as emoções se adequam às exigências do ambiente, incentivam respostas eficazes e positivas, contudo, na ausência dessa correspondência, torna-se necessário recorrer a estratégias de regulação emocional, sendo, por isso, fundamental compreender as emoções enquanto processos afetivos de curta duração, mas com elevado impacto adaptativo, bem como os mecanismos que permitem regulá-las (Gross, 2010; Veloso et al., 2011).

O conceito de regulação emocional emergiu na década de 1980 com os contributos de Thompson (1994), adquirindo mais tarde relevância com o trabalho de James Gross (1998). Através de uma perspetiva social, este autor destacou o relevo das dinâmicas emocionais para a adaptação, considerando-as parâmetros significativos de resposta influenciados pelos processos de regulação (Gross, 1998; Thompson, 1994).

A regulação emocional é revista como um processo dinâmico e multifacetado que envolve a capacidade de gerir, modular e expressar emoções de forma adequada em diferentes contextos (Gross & Thompson, 2007; Vaz et al., 2008). Segundo Gross (2002), diz respeito aos processos pelos quais os indivíduos influenciam quando, como e quais emoções experienciam

e expressam, englobando a compreensão e gestão da vivência emocional. Este processo, que pode ser consciente ou inconsciente, incluindo a monitorização, avaliação e modificação das reações emocionais, envolve processos intrínsecos e extrínsecos que conferem flexibilidade e competências aos indivíduos, permitindo-lhes responder de forma adaptativa às exigências do ambiente (Gross & Thompson, 2007; Vaz et al., 2008; Veloso et al., 2011). A capacidade de regulação emocional depende da utilização adequada e flexível de estratégias, que variam consoante o significado atribuído às emoções, ao contexto em que ocorrem e às experiências prévias, desenvolvendo-se de forma gradual e influenciado a intensidade, duração e expressão das emoções, podendo atuar diretamente sobre a emoções ou sobre processos cognitivos, comportamentais, afetivos e relacionais (Santana & Gondim, 2016; Veloso et al., 2011).

Apesar de ser incessantemente associada à atenuação de emoções negativas, a regulação emocional visa também a manutenção ou intensificação de estados emocionais positivos, exercendo um papel basilar na compreensão de comportamentos desadaptativos, associados a numerosas patologias (Gratz & Roemer, 2004; Veloso et al., 2011). A pertinência deste construto tem vindo a ser percebida na literatura científica, emergindo como um dos principais indicadores do ajuste e desenvolvimento psicológico, traduzindo a sua relevância para a saúde mental (Santana & Gondim, 2016; Thompson, 1994; Veloso et al., 2011). Trata-se, portanto, da capacidade consciente ou inconsciente de manter, potencializar ou reduzir os componentes da resposta emocional, permitindo ao indivíduo adaptar-se ao meio, sendo esta capacidade influenciada por múltiplos fatores (Veloso et al., 2011).

Dada a sua importância no campo da saúde mental, o desenvolvimento contínuo das competências de regulação emocional é essencial, constituindo um fator central para o bem-estar psicológico e para o funcionamento adaptativo (Santana & Gondim, 2016; Veloso et al., 2011).

2.11. O Modelo Multidimensional de Regulação Emocional (Gratz & Roemer, 2004)

Gratz e Roemer (2004) propuseram um modelo *macro* e multidimensional da regulação emocional, com uma abordagem funcional e integrativa centrada nas competências emocionais individuais. Ao contrário do modelo tradicional e sequencial de James Gross (1998), que se procura focar na sequência temporal das estratégias de regulação emocional e nos momentos específicos em que as emoções ocorrem, o modelo conceptual de Gratz e Roemer (2004), enfatiza a qualidade do funcionamento emocional individual, assumindo as emoções como

fenómenos naturais e adaptativos que devem ser compreendidos, aceitos e geridos (Coutinho et al., 2010; Veloso et al., 2011).

Este modelo identifica quatro componentes centrais para uma regulação emocional eficaz: (1) a consciência e compreensão das emoções, (2) a aceitação das mesmas, (3) a capacidade de controlar impulsos e agir segundo os objetivos pessoais, mesmo sob emoções negativas e (4) a capacidade de recorrer a estratégias eficazes e flexíveis de regulação emocional, de acordo com os contextos e os objetivos pessoais (Gratz & Roemer, 2004). A ausência ou fragilidade em qualquer uma destas competências pode sugerir dificuldades ao nível da regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004; Veloso et al., 2011).

Este modelo sublinha ainda a importância da monitorização e compreensão das emoções como pilares fundamentais de uma regulação emocional eficiente (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022). Regular as emoções não implica a sua supressão ou eliminação, mas sim a modulação da sua intensidade e duração, de modo a facilitar comportamentos coerentes com os objetivos pessoais, mesmo em situações emocionalmente desafiantes (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022). A evidência empírica tem demonstrado que a tendência para evitar experiências emocionais internas ou para controlar rigidamente a sua expressão contribui para níveis mais elevados de desregulação emocional, enquanto a aceitação das emoções se associa a um funcionamento psicológico mais saudável (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022).

Neste sentido, a desregulação emocional tende, por sua vez, a emergir da combinação entre a elevada vulnerabilidade emocional e uma reduzida capacidade de regulação, manifestada por dificuldades ao nível da aceitação, compreensão e processamento das emoções, bem como no uso de estratégias desadaptativas (Veloso et al., 2011). Importa sublinhar que estes estados de desregulação não decorrem necessariamente apenas da presença de emoções negativas, mas sobretudo da forma como estas são efetivamente geridas (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004). A ausência de aceitação emocional, a dificuldade em controlar comportamentos face ao sofrimento e a interpretação inadequada das emoções contribuem, assim, para um funcionamento psicológico desadaptativo (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

Por conseguinte, o modelo de Gratz e Roemer (2004) oferece uma perspetiva funcional e dimensional da regulação emocional, valorizando a aceitação, compreensão e flexibilidade emocional como elementos essenciais para uma regulação e funcionamento saudável. A

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), desenvolvida com base neste modelo, avalia múltiplos domínios da desregulação emocional e será utilizada no presente estudo, por ser aplicável em diversos contextos profissionais, destacando-se no trabalho social, onde a gestão emocional é vital para enfrentar desafios e prevenir a fadiga por compaixão e o *burnout* (Moreira et al., 2022; Azam et al., 2023).

2.12. Pertinência Teórica e Empírica do Estudo

O contexto laboral dos profissionais de saúde é amplamente reconhecido como exigente e emocionalmente desgastante, caracterizado pela exposição prolongada a riscos físicos, exigências emocionais intensas e desafios psicossociais constantes (Barbosa et al., 2014; Pinto et al., 2021). Estes profissionais, enfrentam diariamente situações de elevada responsabilidade e contacto direto com o sofrimento humano, muitas vezes em contextos de imprevisibilidade, que contribuem para elevados níveis de *stress*, exaustão e desgaste emocional (Barbosa et al., 2014).

A literatura tem documentado a vulnerabilidade acrescida destes profissionais ao desenvolvimento de síndromes como o *burnout* e à fadiga por compaixão, sobretudo em contextos de emergência (Gonçalvez et al., 2023; Pálfi et al., 2024; Pinto et al., 2021). Em Portugal, estudos recentes confirmam uma elevada prevalência de *burnout*, com impactos significativos na saúde mental, no desempenho profissional e na qualidade dos cuidados prestados (Gonçalvez et al., 2023; Pinto et al., 2021).

Embora a compaixão seja considerada um pilar essencial nas profissões de cuidado, a sua expressão contínua, sem o suporte e apoio de estratégias eficazes de regulação emocional, pode conduzir à exaustão psicológica e comprometer a qualidade da assistência prestada (Azam et al., 2023; Cruz, 2014; Zhang et al., 2018). Apesar de apresentarem origens distintas, estando o *burnout* associado a fatores profissionais e organizacionais e a fadiga por compaixão, à exposição contínua ao sofrimento alheio proveniente do contexto específico de trabalho destes profissionais, ambos os fenómenos, que se encontram positivamente correlacionados, podem coexistir, partilhando fatores de risco e sintomatologia, reforçando mutuamente os seus efeitos negativos e o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde (Adams et al., 2006; Kim et al., 2020; Zhang et al., 2018). Com isto, aprofundar a relação entre a fadiga por compaixão e o *burnout* é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de promoção da saúde mental dos profissionais de saúde, considerando a correlação positiva frequentemente

observada entre estes fenómenos (Maresca et al., 2022; Rosenberg et al., 2020; Torres et al., 2018).

Neste enquadramento, a regulação emocional assume um papel fundamental (Brillon et al., 2025). A regulação emocional, entendida como a capacidade que envolve o reconhecimento, a compreensão e a gestão das próprias emoções, é crucial para lidar com o *stress* ocupacional e prevenir o desgaste psicológico (Brillon et al., 2025). Diferentes estudos evidenciam que dificuldades nesta área estão fortemente associadas à adoção de estratégias desadaptativas, como o evitamento ou a supressão emocional, que aumentam a vulnerabilidade ao *burnout* e à fadiga por compaixão (Brillon et al., 2025; Cummings et al., 2021; Kim et al., 2020; Maresca et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020). Em contraste, estratégias adaptativas de regulação emocional, como a reavaliação cognitiva e a aceitação emocional, têm sido associadas a níveis mais baixos de *burnout* e a níveis mais elevados de satisfação por compaixão, atuando como fatores protetores (Brillon et al., 2025; Cummings et al., 2021; Kim et al., 2020; Maresca et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020). Adicionalmente, Haymaker et al. (2022), demonstraram que dificuldades na regulação emocional predizem níveis mais elevados de *burnout*, incluindo as suas três dimensões (*burnout* pessoal, *burnout* relacionado com o trabalho e *burnout* relacionado com o utente).

Os profissionais de saúde enfrentam diariamente elevadas responsabilidades e exigências, frequentemente sem tempo para processar as próprias emoções, o que reforça a necessidade do desenvolvimento de competências de regulação emocional, sobretudo em profissionais mais jovens e com pouca experiência laboral (Haymaker et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020). A síndrome do *burnout* envolve consequências sérias não apenas para os profissionais como para os utentes, incluindo menor adesão aos tratamentos, insatisfação com os cuidados e o agravamento de condições clínicas que afetam todo o sistema de saúde (Carlotto & Câmara, 2017; Haymaker et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020; Perniciotti et al., 2020; Queirós, 2005).

Quando desregulados emocionalmente, os profissionais tendem a sentir-se sobrecarregados, a reagir de forma inadequada às próprias emoções e a tomar decisões menos eficazes, que comprometem a distância emocional necessária na relação com os pacientes, que contribuem para sentimentos de culpa e ineficácia, diretamente ligados à fadiga por compaixão e, por sua vez, ao *burnout* (Brillon et al., 2025). Neste sentido, a regulação emocional pode influenciar o *burnout* tanto de forma direta quanto indireta, mediada pela fadiga por compaixão,

o que destaca a importância de investigar esta última variável mediadora para fundamentar intervenções mais eficazes na promoção do bem-estar emocional destes profissionais (Brillon et al., 2025; Maresca et al., 2022;).

Contudo, apesar da crescente investigação científica, os estudos que aprofundam estas três variáveis, o *burnout*, a fadiga por compaixão e a regulação emocional, em profissionais de saúde permanecem escassos. Esta lacuna evidencia a importância de desenvolver investigações que clarifiquem o papel da fadiga por compaixão como mediadora entre dificuldades na regulação emocional e o *burnout* (Carvalho et al., 2014; Fonseca et al., 2022). Assim, o presente estudo assume uma dupla pertinência: teórica, ao integrar três variáveis relevantes nos contextos da saúde, e empírica, ao procurar clarificar o papel mediador da fadiga por compaixão na relação entre dificuldades de regulação emocional e *burnout*, colmatando a lacuna existente na literatura. Este estudo propõe-se então a:

1. Analisar a influência de variáveis sociodemográficas nos níveis de *burnout*, fadiga por compaixão e regulação emocional;
2. Analisar a associação entre dificuldades na regulação emocional e *burnout*, esperando-se que maiores dificuldades na regulação emocional estejam associadas a níveis mais elevados de *burnout*;
3. Analisar a associação entre dificuldades na regulação emocional e fadiga por compaixão, esperando-se que profissionais de saúde com maiores dificuldades na regulação emocional tendem a experienciar mais fadiga por compaixão;
4. Analisar a associação entre fadiga por compaixão e *burnout*, esperando uma correlação positiva entre variáveis que frequentemente tendem a coexistir;
5. Analisar o papel mediador da fadiga por compaixão na relação entre regulação emocional e o *burnout*, esperando-se que profissionais de saúde com maiores dificuldades de regulação emocional apresentem elevados níveis de fadiga por compaixão, o que, por sua vez, contribui para elevados níveis de *burnout*.

Com este estudo, pretende-se contribuir para a fundamentação de estratégias de promoção do bem-estar emocional no contexto de trabalho, reforçando, com base em evidência, o papel da regulação emocional como um recurso essencial para a sustentabilidade da prática clínica e qualidade dos cuidados prestados (Maresca et al., 2022; Potter et al., 2010).

3. Método

3.1. Participantes

Foram definidos como critérios de inclusão: profissionais de saúde de nacionalidade portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos, e com, pelo menos, um ano de experiência profissional. Como critérios de exclusão, consideraram-se profissionais estrangeiros, com menos de um ano de experiência ou com idade inferior a 18 anos.

A amostra é composta por 154 participantes, com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos ($M = 37.05$; $DP = 9.94$). A maioria dos participantes, isto é, 87.0% ($n = 134$) tem menos de 50 anos, enquanto 13.0% ($n = 20$) tem 50 anos ou mais. Grande parte dos participantes é do sexo feminino ($n = 144$; 93.5%), sendo todos os participantes de nacionalidade portuguesa.

Relativamente ao estado civil, 44.8 % ($n = 69$) são solteiros, 48.1% ($n = 74$) casados e 7.1% ($n = 11$) são divorciados. No que diz respeito ao nível de escolaridade, apenas 1.3% ($n = 2$) concluíram o ensino secundário, 0.6% ($n = 1$) tem um curso técnico, 50.6% ($n = 78$) possuem uma licenciatura e 47.4% ($n = 73$) mencionam ter obtido um mestrado como grau académico. A distribuição profissional da amostra abrange: 64.3% ($n = 99$) enfermeiros, 16.2% ($n = 25$) psicólogos, 7.8 % ($n = 12$) médicos, 2.6% ($n = 4$) auxiliares de saúde, 3.2% ($n = 5$) fisioterapeutas, 1.9% ($n = 3$) terapeutas da fala, 1.9% ($n = 3$) técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), 0.6% ($n = 1$) farmacêutico, 0.6% ($n = 1$) terapeuta ocupacional e 0.6% ($n = 1$) nutricionista. O número de anos de experiência profissional varia entre 1 e 37 anos, com uma média de 13.6 anos e um desvio padrão de 10.1 anos.

Quanto ao setor de atividade, 53.9% ($n = 83$) trabalham no setor público, 31.2% ($n = 48$) no setor privado e 14.9% ($n = 23$) exercem funções em ambos os setores. No que diz respeito ao número de instituições, 35.1% ($n = 54$) trabalham em mais do que uma instituição, enquanto os restantes 64.9% ($n = 100$) trabalham apenas numa instituição. A carga horária semanal da amostra varia entre as 6 e as 77 horas, com uma média de 40.6 horas e um desvio padrão de 9.9 horas. Em relação ao tipo de horário, 57.1% ($n = 88$) trabalham apenas em horário diurno, 0.6% ($n = 1$) em horário exclusivamente noturno e 42.2% ($n = 65$) em regime misto. Quanto à regularidade do horário, 39.0% ($n = 60$) têm um horário rotativo, 48.7% ($n = 75$) horário fixo e 12.3% ($n = 19$) apresentam ambos os tipos de horário. Em relação ao rendimento médio salarial, 1.9% ($n = 3$) auferem menos de 800€, 10.4% ($n = 16$) têm um rendimento entre 800€ e 1000€, 37.0% ($n = 57$) entre 1000€ e 1500€, 20.8% ($n = 46$) entre 1500€ e 2000€ e 20.8% ($n = 32$) têm rendimentos superiores a 2000€ (20.8%).

Mais de metade da amostra, cerca de 56.5% ($n = 87$) referiram ter pensado em mudar de profissão, instituição ou serviço no último mês. Quanto à saúde mental, 23.4% ($n = 36$) fazem atualmente medicação psiquiátrica, 48.1% ($n = 74$) têm ou já tiveram apoio psicológico e 51.9% ($n = 80$) nunca tiveram apoio psicológico. O número de horas de sono da presente amostra varia entre as 4 e 9 horas, com uma média de 6.6 horas e um desvio padrão de 1 hora. Quanto à perceção da qualidade do sono, 5.2% ($n = 8$) classificam-na como muito boa, 51.9% ($n = 80$) como boa, 37.7% ($n = 58$) como má e 5.2% ($n = 8$) como muito má.

No que toca ao estilo de vida e hábitos saudáveis, 54,5% da amostra ($n = 84$) praticam exercício físico e 61.0% ($n = 94$) referem ter hábitos de lazer. Referente ao contacto com situações de dor ou sofrimento intenso no trabalho, 1.9% da amostra ($n = 3$) nunca contactaram com situações de dor ou sofrimento intenso no trabalho, 7.8% ($n = 12$) raramente contactam, 22.7% ($n = 35$) contactam por vezes, 39.6% ($n = 61$) contactam frequentemente e 27.9% ($n = 43$) muito frequentemente contactaram com situações de dor ou sofrimento intenso no trabalho. Por fim, cerca de 28.6% ($n = 44$) referem ter passado por um evento traumático recentemente, enquanto 71.4% ($n = 110$) não passaram por nenhum. Estes resultados podem ser consultados na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra ($n = 154$)

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	144	93.5
	Masculino	10	6.5
Estado Civil	Solteiro(a)	69	44.8
	Casado(a)/União de Facto	74	48.1
	Divorciado(a)	11	7.1
Nível de escolaridade	Ensino Secundário	2	1.3
	Curso Técnico	1	0.6
	Licenciatura	78	50.6
	Mestrado	73	47.4
Profissão	Enfermeiros	99	64.3
	Psicólogos	25	16.2
	Médicos	12	7.8
	Auxiliares de Saúde	4	2.6

	Fisioterapeutas	5	3.2
	Terapeutas da Fala	3	1.9
	TSDT	3	1.9
	Farmacêutico	1	0.6
	Nutricionista	1	0.6
Setor de Atividade	Público	83	53.9
	Privado	48	31.2
	Ambos	23	14.9
Número de Instituições	Uma	100	64.9
	Mais de Uma	54	35.1
Tipo de Horário	Diurno	88	57.1
	Noturno	1	0.6
	Ambos	65	42.2
Regularidade do Horário	Rotativo	60	39.0
	Fixo	75	48.7
	Ambos	19	12.3
Rendimento Médio Mensal (€)	Menos de 800€	3	1.9
	800€-1000€	16	10.4
	1000€-1500€	57	37.0
	1500€-2000€	46	20.8
	Mais de 2000€	32	20.8
Intenção de Mudar de Profissão	Sim	87	56.5
	Não	67	43.5
Medicação Psiquiátrica	Sim	36	23.4
	Não	118	76.6
Apoio Psicológico	Têm	74	48.1
	Nunca tiveram	80	51.9
Qualidade do sono	Muito Boa	8	5.2
	Boa	80	51.9
	Má	58	37.7
	Muito Má	8	5.2
Prática de Exercício Físico	Sim	84	54.5
	Não	70	45.5
Prática de hábitos de Lazer	Sim	94	61.0
	Não	60	39.0

Contacto com Dor/Sufrimento	Nunca	3	1.9
	Raramente	12	7.8
	Por vezes	35	22.7
	Frequentemente	61	39.6
	Muito frequentemente	43	27.9
Evento Traumático Recente	Sim	44	28.6
	Não	110	71.4
Variáveis	<i>Min - Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade (anos)	22 - 62	37.1	9.9
Número de filhos	0 - 3	0.8	1.0
Experiência Profissional (anos)	1 - 37	13.6	10.1
Carga Horária (horas)	6 - 77	40.6	9.5
Sono (horas)	4 - 9	6.6	1.0

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Para a caracterização da amostra, foi elaborado um questionário sociodemográfico com questões que abrangeram dados descritivos gerais (idade, sexo, nacionalidade, estado civil e número de filhos), formação e experiência profissional (grau de escolaridade, profissão, anos de experiência, setor de trabalho, número de instituições, carga horária, tipo e organização do horário, rendimento mensal e intenção recente de mudança profissional) e estilo de vida e bem-estar (horas e qualidade do sono, prática de exercício físico, hábitos de lazer, uso de medicação, acompanhamento psicológico, frequência e contacto com sofrimento intenso no trabalho e vivência de eventos traumáticos recentes). Estas variáveis visam complementar a análise de dados, permitindo uma compreensão mais alargada dos fatores contextuais associados aos fenómenos em estudo.

3.2.2. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – Versão Portuguesa (Fonte, C., 2011)

Este instrumento foi desenvolvido no âmbito do projeto *PUMA* (Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction), com o objetivo de investigar a prevalência, causas e consequências do *burnout*, bem como explorar estratégias que o mitigassem (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005). Propõe-se a avaliar o *burnout* especificamente em trabalhadores de serviços humanos, sendo adaptado e validado para Portugal (Fonte, 2011). Abrange 19 questões organizadas em três dimensões (Fonte, 2011):

1. **Burnout Pessoal:** dimensão que reflete sintomas globais de cansaço físico e mental que podem surgir em qualquer contexto, composta por 6 questões (itens 2, 4, 7, 9, 10, 11) (Fonte, 2011). A frequência no *burnout* pessoal é avaliada numa escala com 5 opções que varia de 0 = *nunca/quase nunca* a 100 = *sempre* (Fonte, 2011). A consistência interna destes 6 itens é excelente ($\alpha = .91$, $M = 53.7$, $DP = 21.4$), variando a correlação entre itens entre o mínimo de .63 e o máximo de .86.
2. **Burnout relacionado com o Trabalho:** dimensão composta por 7 questões (itens 3, 5, 8, 12, 13, 14, 17), aplicável a todos os trabalhadores, independentemente da área de atuação (Fonte, 2011). A frequência no *burnout* relacionado com o trabalho é avaliada numa escala com 5 opções: nos itens 3, 5, 8, 12 varia entre 0 = *nunca/quase nunca* e 100 = *sempre*, sendo o item 12 codificado invertidamente (Fonte, 2011). Nos itens 13, 14 e 17, varia entre 0 = *muito pouco* e 100 = *muito* (Fonte, 2011). A correlação entre itens varia entre .29 (no item 12 invertido) e .82, sendo a consistência interna considerada como boa ($\alpha = .85$, $M = 54.4$, $DP = 19.5$).
3. **Burnout relacionado com o Utente:** dimensão composta por 6 questões (itens 1, 6, 15, 16, 18, 19), aplicando-se a profissionais de serviços humanos que lidam diretamente com pessoas (Fonte, 2011). A frequência no *burnout* relacionado com o utente é avaliada numa escala com 5 opções: nos itens 1 e 6 varia entre entre 0 = *nunca/quase nunca* e 100 = *sempre* e nos itens 15, 16, 18, 19, varia entre 0 = *muito pouco* e 100 = *muito* (Fonte, 2011). A correlação entre itens varia entre .62 e .74, sendo a consistência interna considerada como boa ($\alpha = .88$, $M = 45.6$, $DP = 23.8$).

De acordo com este instrumento, considera-se um elevado nível de *burnout* em valores iguais ou superiores a 50 pontos (0 = *nunca/quase nunca/muito pouco*; 25 = *raramente/pouco*; 50 = *às vezes/assim, assim*; 75 = *frequentemente/bastante* e 100 = *sempre/muito*) (Fonte, 2011). No conjunto dos 19 itens a consistência interna verificada neste estudo foi de $\alpha = .94$, com $M = 51.4$ e $DP = 19.5$.

3.2.3. *Professional Quality of Life Scale (ProQOL5) – Versão Portuguesa (Carvalho & Sá, 2011)*

Para avaliar a fadiga por compaixão, dimensão incluída no modelo da Qualidade de Vida Profissional (QVP) associada ao exercício das profissões de ajuda, foi utilizada a *Professional Quality of Life Scale – Version 5 (ProQOL-5)*, originalmente desenvolvida por Stamm (2010) e adaptada e validada para a população portuguesa por Carvalho e Sá (2011). Este, trata-se de um instrumento de autorrelato amplamente utilizado na investigação com profissionais de

saúde, cuja principal função é avaliar o impacto positivo e negativo do envolvimento com indivíduos que sofreram com experiências traumáticas ou de sofrimento profundo (Carvalho & Sá, 2011). A versão portuguesa da escala, desenvolvida com a colaboração da autora original é composta por 30 itens distribuídos por três subescalas (Carvalho & Sá, 2011):

1. **Satisfação por Compaixão (SC)**, que avalia o prazer e a realização no exercício profissional derivado do ato de ajudar os outros (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30) (Carvalho & Sá, 2011).
2. **Burnout (BO)**, que mede a exaustão emocional e sobrecarga no trabalho (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29), onde os itens 1, 4, 15, 17 e 29, são inversamente codificados (Carvalho & Sá, 2011).
3. **Fadiga por Compaixão (FC)**, que avalia o impacto emocional negativo resultante da exposição ao sofrimento dos outros (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28) (Carvalho & Sá, 2011).

Cada item é cotado numa escala de *Likert* com 5 pontos, variando entre 1 = *nunca* e 5 = *muito frequentemente*, tendo como referência a frequência com que o/a participante experienciou cada situação nos últimos 30 dias (Carvalho & Sá, 2011). No presente estudo, apenas foram utilizadas as subescalas de Satisfação por Compaixão (SC) e Fadiga por Compaixão (FC), visto que a síndrome de *burnout* foi avaliada com um instrumento específico. Como cada subescala mede um construto distinto e funciona de forma independente, não foi calculado um coeficiente *Alpha de Cronbach* global para o total da escala.

Deste modo, a subescala de Satisfação por Compaixão (SC) revelou uma consistência interna excelente, com um *Alpha de Cronbach* de .94, valor superior ao obtido na versão portuguesa de Carvalho & Sá (2011) ($\alpha = .86$) e também ao valor reportado por Stamm (2010) na versão original da escala ($\alpha = .88$). Esta subescala apresentou $M = 37.7$ e $DP = 8.1$, sendo que, de acordo com os critérios definidos por Stamm (2010), esta pontuação corresponde a um nível moderado de satisfação por compaixão, onde valores iguais ou inferiores a 22 pontos indicam um nível baixo, valores entre 23 e 41 pontos correspondem a um nível moderado e valores iguais ou superior a 42 pontos correspondem a um nível elevado.

A subescala Fadiga por Compaixão (FC) apresentou igualmente uma boa consistência interna, com um valor de *Alpha de Cronbach* de .89. Este valor também se revelou superior ao obtido na versão portuguesa ($\alpha = .83$; Carvalho & Sá, 2011) e na versão original ($\alpha = .81$; Stamm, 2010), confirmando a fiabilidade da escala no contexto amostral deste estudo. Esta

subescala apresentou $M = 22.0$ e $DP = 7.2$, situando-se no limite superior do nível baixo de fadiga por compaixão (Stamm, 2010).

3.2.4. The Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (DERS-SF) – Versão Portuguesa (Moreira et al., 2022)

Para avaliar as dificuldades na regulação emocional, foi utilizada a versão reduzida portuguesa da *Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form* (DERS-SF), adaptada por Moreira et al. (2022), com base na conceptualização de Gratz e Roemer (2004).

Este é um instrumento de autorrelato multidimensional composto por 18 itens, distribuídos por 6 subescalas, com 3 itens cada (Moreira et al., 2022). A adaptação portuguesa teve como objetivo reduzir a extensão e a redundância da versão original de 36 itens, mantendo a sua estrutura fatorial e apresentando boas propriedades psicométricas (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022). As seis subescalas são:

- 1. Consciência emocional (Consciência):** avalia a desatenção e a falta de percepção e atenção face aos próprios estados emocionais (itens 2, 8, 10) (Moreira et al., 2022).
- 2. Não aceitação das respostas emocionais (Não Aceitação):** reflete reações negativas secundárias frente a emoções negativas, como culpa ou vergonha (itens 12, 25, 29) (Moreira et al., 2022).
- 3. Dificuldades em manter comportamentos orientados para objetivos (Objetivos):** mede a dificuldade em manter o foco ou concluir tarefas durante estados emocionais intensos (itens 13, 18, 26) (Moreira et al., 2022).
- 4. Acesso limitado a estratégias de regulação emocional (Estratégias):** avalia a crença de que pouco pode ser feito para regular e gerir emoções em momentos de vulnerabilidade emocional (itens 16, 28 e 35) (Moreira et al., 2022).
- 5. Dificuldades no controlo de impulsos (Impulsos):** analisa a incapacidade de controlar comportamentos impulsivos perante emoções negativas (itens 14, 32, 27) (Moreira et al., 2022).
- 6. Falta de clareza emocional (Clareza):** mede a confusão ou a dificuldade em compreender os próprios estados emocionais (itens 4, 5 e 9) (Moreira et al., 2022).

Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, 1 = *quase nunca* a 5 = *quase sempre*, sendo que as pontuações de cada subescala correspondem à média dos respetivos itens (Moreira et al., 2022). À exceção da subescala Consciência, que é codificada de forma inversa (valores mais elevados indicam menores dificuldades nesta dimensão), nas restantes subescalas,

pontuações mais elevadas correspondem a maiores dificuldades na regulação emocional (Moreira et al., 2022).

Contudo, a evidência empírica tem reportado que a subescala Consciência apresenta uma consistência interna inferior às demais subescalas, não se alinhando com o fator global de desregulação emocional (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022; Osborne et al., 2017). Ademais, os itens invertidos podem também introduzir efeitos de método (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022; Osborne et al., 2017). Desta forma e tal como recomendado, os itens da subescala Consciência (itens 2, 8, 10), foram excluídos do cálculo da pontuação total da escala no presente estudo (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022; Osborne et al., 2017).

A consistência interna verificada da versão reduzida, com a exclusão dos itens da subescala Consciência considerou-se excelente sendo de $\alpha = .92$, $M = 34.1$, $DP = 11.7$, $n = 15$. As correlações item-total corrigidas variaram entre $.39$ e $.77$, não se registrando quaisquer itens com correlações inferiores a $.30$, nem um impacto negativo no *alpha* total em caso de exclusão. Adicionalmente, foi avaliada a consistência interna de cada subescala individualmente, incluindo a subescala Consciência, uma vez que esta pode ser analisada separadamente (Moreira et al., 2022). Todas as subescalas revelaram bons níveis de consistência interna, neste estudo, variando entre $\alpha = .77$ e $\alpha = .89$, conforme estudos anteriores (Consciência $\alpha = .77$, Não aceitação $\alpha = .86$, Objetivos $\alpha = .88$, Estratégias $\alpha = .83$, Impulsos $\alpha = .89$, Clareza $\alpha = .80$) (Coutinho et al., 2010; Moreira et al., 2022; Osborne et al., 2017).

3.3. Procedimento

Este estudo teve início após a aprovação pela Comissão de Ética do ISPA - Instituto Universitário. A recolha de dados foi realizada através de um questionário *online* criado na plataforma *Google Forms*, o qual foi previamente testado para assegurar o seu correto funcionamento.

Antes de iniciarem a participação, todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da sua participação, os procedimentos envolvidos, bem como as garantias de anonimato e confidencialidade. Foi igualmente assegurado o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer penalização. O consentimento informado foi apresentado na primeira página do questionário, sendo a continuação da participação, condicionada à sua aceitação explícita.

O questionário foi estruturado em várias secções, seguindo-se de questões sociodemográficas e da aplicação dos três instrumentos de avaliação utilizados no estudo, cuja ordem permaneceu constante para todos os participantes. No final, foi incluída uma mensagem de agradecimento e solicitado o endereço de *e-mail* para a participação num sorteio de três *vouchers*, no valor de 30 euros cada, como incentivo à participação.

A amostra foi obtida através de uma amostragem não-probabilística, combinando técnicas de conveniência e efeito *bola-de-neve* (Maroco, 2021). Esta abordagem, justifica-se pelo facto de os participantes não terem sido selecionados aleatoriamente a partir da população-alvo (profissionais de saúde portugueses), mas sim, por divulgação do questionário em redes sociais diversas (Facebook, Instagram, LinkedIn), páginas e grupos direcionados a profissionais, contactos pessoais e envio de *e-mails* a organizações (Maroco, 2021). O efeito *bola-de-neve* consistiu em solicitar aos participantes que partilhassem o questionário com outros profissionais da área, contribuindo para o aumento do número de respostas (Maroco, 2021).

A recolha de dados decorreu exclusivamente *online* e de forma anónima, entre 2 de fevereiro e 12 de maio de 2025. Durante este período, foram obtidas 167 respostas, das quais 154 foram consideradas válidas após a exclusão de 13 participantes (um por falta de consentimento, três por nacionalidade estrangeira e nove por não pertencerem profissionalmente à área da saúde). O sorteio dos *vouchers* foi realizado posteriormente, de forma aleatória.

3.4. Análise de Dados

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao seu tratamento e à realização das análises estatísticas, utilizando o software *IBM SPSS – Statistics Package for Social Science*, versão 30.0 para *Windows*, bem como o *PROCESS Macro*, versão 5.0.

Para a caracterização da amostra, recorreu-se a tabelas de frequências para as variáveis qualitativas, apresentando-se as frequências absolutas (*n*) e relativas (%) e no caso das variáveis quantitativas, descreveram-se os valores mínimo (*Min*) e máximo (*Max*), a média (*M*) e o desvio-padrão (*DP*). Posteriormente, foi possível analisar a fiabilidade interna das escalas e subescalas utilizadas no estudo, através do coeficiente *Alpha de Cronbach*, sendo considerados os seguintes valores de referência: excelente (acima de .90), bom (.80 a .90), satisfatório (.70 a .80), fraco (.60 a .70) e inaceitável (inferior a .60) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Para analisar a associação entre *burnout*, fadiga por compaixão ou regulação emocional e as variáveis sociodemográficas qualitativas (sexo, estado civil, escolaridade, rendimento, regularidade de horário e intenção de mudar de profissão) avaliou-se a normalidade das variáveis acima indicadas nas categorias das variáveis qualitativas, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) se $n > 30$ ou pelo teste de *Shapiro-Wilk* (S-W) se a dimensão da amostra for $n \leq 30$.

Quando a normalidade foi confirmada aplicaram-se testes paramétricos, nomeadamente o teste *t-Student*, para variáveis com duas categorias e ANOVA, para variáveis com mais de duas categorias. A homogeneidade das variâncias foi verificada com o teste de *Levene*. Quando pelo menos uma categoria não apresentou normalidade, recorreram-se a testes não paramétricos, nomeadamente o teste de *Mann-Whitney* (para duas categorias) e o teste de *Kruskal-Wallis* (para mais de duas categorias). Desta forma, garantiu-se que a análise estatística fosse adequada à distribuição dos dados em cada situação.

Sempre que se verificaram diferenças significativas nas variáveis qualitativas com mais de duas categorias, realizaram-se comparações múltiplas, com o objetivo de identificar entre que categorias ocorriam diferenças. A dimensão do efeito foi igualmente analisada ou através de *d* de Cohen ($d < 0.20$ efeito fraco, $0.20 < d < 0.50$ efeito moderado, e $d > .50$ efeito elevado) ou através de *eta* quadrado ($\eta^2 > .01$ efeito fraco, $.02 < \eta^2 < .06$ efeito moderado, $\eta^2 > .14$ efeito elevado) (Cohen, 1988).

Foi ainda avaliada a normalidade das variáveis sociodemográficas quantitativas (idade, experiência profissional e carga horária), assim como das variáveis *burnout*, fadiga por compaixão e regulação emocional, utilizando o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (atendendo que a amostra possui mais de 30 participantes), com o objetivo de determinar o coeficiente de correlação mais adequado. Posteriormente, analisaram-se as correlações entre essas variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo. Como algumas variáveis não apresentaram distribuição normal, optou-se por se utilizar o coeficiente de correlação de *Spearman*. A intensidade dos coeficientes de correlação foi definida de acordo com Maroco (2021): muito fraca (inferior a .20), fraca (.20 a .40), moderada (.40 a .60), forte (.60 a .80) e muito forte (superior a .80).

Por fim, para analisar o modelo de mediação inicialmente proposto, isto é, de que forma é que a fadiga por compaixão (enquanto variável mediadora) explica a relação entre a regulação emocional (variável independente) e o *burnout* (variável dependente), foi utilizado o PROCESS

Macro 5.0, uma macro do *IBM SPSS – Statistics Package for Social Science* desenvolvido especificamente para facilitar análises de mediação e moderação (Hayes, 2018). Todos os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância de 1% ($p < .01$) e 5% ($p < .05$). Reportaram-se efeitos diretos, totais e indiretos não estandardizados. Os efeitos indiretos foram avaliados por meio de intervalos de confiança *bootstrap* (95% IC) e considerados estatisticamente significativos quando tais intervalos não englobavam o valor zero.

4. Resultados

Apresentam-se seguidamente os principais resultados obtidos, com base na análise dos dados recolhidos, organizados de acordo com os objetivos específicos do presente estudo.

4.1. Comparação dos Níveis de *Burnout*, Fadiga Por Compaixão e Dificuldades de Regulação Emocional nas Variáveis Sociodemográficas Qualitativas

Os resultados da comparação dos níveis de *burnout* em função das variáveis sociodemográficas qualitativas categóricas, nomeadamente: sexo, escolaridade e regularidade de horário, e na variável ordinal rendimento, encontram-se na Tabela 2. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa em função da regularidade do horário de trabalho ($p = .014$). Comparações múltiplas *à posteriori* revelaram que profissionais com horário rotativo apresentavam níveis mais elevados de *burnout* do que aqueles que têm horário fixo ($p = .011$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *burnout* em função do sexo, escolaridade ou rendimento.

Os dados relativos à comparação das dificuldades de regulação emocional por categorias das variáveis sociodemográficas qualitativas atrás descritas encontram-se na Tabela 3. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados, sugerindo que o nível de dificuldade de regulação emocional dos participantes não varia em função do sexo, escolaridade, rendimento ou regularidade de horário.

A Tabela 4 apresenta os resultados da comparação dos níveis de fadiga por compaixão entre categorias das variáveis sociodemográficas qualitativas. Verificaram-se diferenças significativas entre os profissionais que pretendem mudar de profissão e aqueles que desejam permanecer ($p = .002$), indicando que a intenção de mudar de carreira está associada a maiores níveis de fadiga por compaixão.

Tabela 2

Resultados da Comparação de Burnout pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas Qualitativas

Variáveis	Categorias	$K-S^a$ $S-W$	M	DP	$Levene^b$	ET^c	$Efeito^d$
Sexo	Feminino	.048	51.98	19.49	.031	1.345	.440
	Masculino	.931	43.42	19.00			
Escolaridade	Secundário	---			.012	1.340	.218
	Licenciatura	.059	53.74	19.63			
	Mestrado	.056	49.48	19.49			

Rendimento	Menos de 800€	---					
	800€ - 1000€	.945	48.27	19.75	.085	.675	.014
	1000€ - 1500€	.990	54.02	20.16			
	1500€ - 2000€	.977	51.00	19.22			
	Mais de 2000€	.977	48.73	19.34			
Regularidade de horário	Rotativo	.110	57.04	18.79	.267	4.377*	.055
	Fixo	.087	47.33	19.26			
	Ambos	.906	49.86	19.47			

Nota. ^a testes à normalidade de Kolmogorov-Smirnov/Shapiro/Wilk; ^b teste de homogeneidade de variâncias; ^c estatística de teste; ^d dimensão do efeito; *p<.05, **p<.001

Tabela 3

Resultados da Comparação das Dificuldades de Regulação Emocional pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas Qualitativas

Variáveis	Categorias	K-S ^a S-W	M	DP	ET ^b	Efeito ^c
Sexo	Feminino	.111**	2.32	.70	.961	.077
	Masculino	.992	2.07	.49		
Escolaridade	Secundário	---				
	Licenciatura	.164**	2.41	.76	1.360	.111
	Mestrado	.084	2.21	.61		
Rendimento	Menos de 800€	.910	2.89	.64	5.373	.009
	800€ - 1000€	.994	2.38	.74		
	1000€ - 1500€	.140**	2.36	.75		
	1500€ - 2000€	.123**	2.30	.56		
	Mais de 2000€	.118	2.13	.74		
Regularidade de horário	Rotativo	.144**	2.46	.73	5.462	.023
	Fixo	.085	2.24	.64		
	Ambos	.926	2.07	.71		

Nota. ^a testes à normalidade de Kolmogorov-Smirnov/Shapiro/Wilk; ^b teste de homogeneidade de variâncias; ^c estatística de teste; ^d dimensão do efeito; *p<.05, **p<.001

Tabela 4

Resultados da Comparação de Fadiga por Compaixão pelas Categorias das Variáveis Sociodemográficas Qualitativas

Variáveis	Categorias	K-S ^a S-W	M	DP	ET ^b	Efeito ^c
Sexo	Feminino	.125**	22.22	7.27	1.531	.123

	Masculino	.874	18.90	6.00		
Estado Civil	Solteiro	.124*	22.07	7.12	1.376	.004
	Casado/União de facto	.131**	21.66	7.38		
	Divorciado	.933	23.82	7.15		
Escolaridade	Secundário	---				
	Licenciatura	.124**	22.46	7.10	.893	.072
	Mestrado	.140**	21.67	7.40		
Rendimento	Menos de 800€	---				
	800€ - 1000€	.928	24.25	7.52	3.452	.003
	1000€ - 1500€	.187**	22.47	8.05		
	1500€ - 2000€	.141**	21.59	6.64		
	Mais de 2000€	.157*	20.59	6.19		
Intenção de mudar de profissão	Sim	.122**	23.59	7.61	3.165**	.255
	Não	.132**	19.94	6.15		

Nota. ^a testes à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov/Shapiro/Wilk*; ^b teste de homogeneidade de variâncias; ^c estatística de teste; ^d dimensão do efeito; * $p < .05$, ** $p < .001$

4.2. Associação entre *Burnout*, Fadiga Por Compaixão e Dificuldades de Regulação Emocional com as Variáveis Sociodemográficas Quantitativas

Conforme descrito anteriormente no método deste estudo, foi inicialmente aplicado o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* para identificar qual o coeficiente de correlação mais apropriado. Dado que algumas variáveis não apresentaram uma distribuição normal, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* para analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas quantitativas (como a idade, experiência profissional e carga horária) com as variáveis *burnout*, dificuldades na regulação emocional e fadiga por compaixão.

Os resultados revelaram a ausência de correlações estatisticamente significativas entre as três variáveis do estudo e as variáveis sociodemográficas quantitativas, estando os valores obtidos expressos na Tabela 5.

Tabela 5

Coefficientes de Correlação de Spearman entre Burnout, Dificuldades na Regulação Emocional e Fadiga por Compaixão com Variáveis Sociodemográficas Quantitativas

Variáveis	<i>Burnout</i>	Dificuldades	Fadiga por Compaixão
-----------	----------------	--------------	-------------------------

		de Regulação Emocional	
Idade	-.125	-.139	-.044
Experiência Profissional	-.076	-.118	-.071
Carga horária	.096	.046	.025

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

4.3. Associação entre Dificuldades na Regulação Emocional, *Burnout*, Fadiga Por Compaixão e Satisfação Por Compaixão

Com o intuito de analisar as associações entre as dificuldades de regulação emocional, o *burnout*, a fadiga por compaixão, e a satisfação por compaixão, foi inicialmente testada a normalidade das distribuições das variáveis, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Os resultados indicaram desvios significativos em relação à distribuição normal, na escala de dificuldades na regulação emocional ($p < .001$) e na dimensão de fadiga por compaixão ($p < .001$). Uma vez que não se cumpriu o pressuposto de normalidade, optou-se pela utilização do coeficiente de correlação de *Spearman*. A Tabela 6 apresenta os coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo.

Tabela 6

Coefficientes de Correlação de Spearman entre Variáveis

Variáveis	<i>Burnout</i>	Dificuldades de Regulação Emocional	Fadiga por Compaixão
Dificuldades de Regulação Emocional	.461**		
Fadiga por compaixão	.504**	.367**	
Satisfação por Compaixão	-.669**	-.443**	-.312**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

Os resultados revelam correlações estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas. Observou-se primeiramente uma associação positiva, estatisticamente significativa, mas moderada, entre as **dificuldades de regulação emocional** e o *burnout* indicando que profissionais com maiores dificuldades ao nível da regulação emocional tendem a apresentar níveis mais elevados de *burnout*. Da mesma forma, também se verificou uma correlação fraca positiva entre as **dificuldades de regulação emocional** e a fadiga por compaixão, sugerindo

que profissionais com maiores dificuldades na regulação emocional tendem a experienciar maiores níveis de fadiga por compaixão. Além disso, os resultados evidenciaram também uma associação moderada entre o *burnout* e a fadiga por compaixão, sendo esta relação mais forte do que a observada entre as **dificuldades de regulação emocional** e fadiga por compaixão.

No que diz respeito à satisfação por compaixão, os dados indicam uma correlação negativa forte com o *burnout*, negativa moderada com as dificuldades de regulação emocional, e negativa fraca com a fadiga por compaixão. Estes resultados sugerem que maiores níveis de satisfação por compaixão estão associados a baixos níveis de *burnout*, menores dificuldades ao nível da regulação emocional e de fadiga por compaixão.

4.4. Análise do Papel Mediador da Fadiga Por Compaixão na Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e *Burnout*

A análise de mediação tem como objetivo compreender se o impacto das dificuldades de regulação emocional (variável independente) sobre o *burnout* (variável dependente) é parcialmente ou totalmente explicado pela fadiga por compaixão (variável mediadora), ou seja, procura-se verificar se a inclusão da fadiga por compaixão no modelo, reduz o efeito direto da regulação emocional sobre o *burnout*. Neste contexto, a análise da mediação compara o efeito da variável independente na variável dependente (*c - path*), designado por efeito total, e que corresponde ao impacto global da regulação emocional sobre o *burnout* sem considerar a variável mediadora, com o efeito da variável independente sobre a variável dependente após o controlo da variável mediadora (*c' - path*), que é o efeito direto.

O modelo foi estimado por OLS, usando o método *Huber-White* (HC0), também chamado de robusto à heterocedasticidade (Maroco, 2021), que garante a homocedasticidade dos resíduos, posteriormente verificada pelo teste de *Breusch-Pagan*. Os resultados estão apresentados na Figura 2.

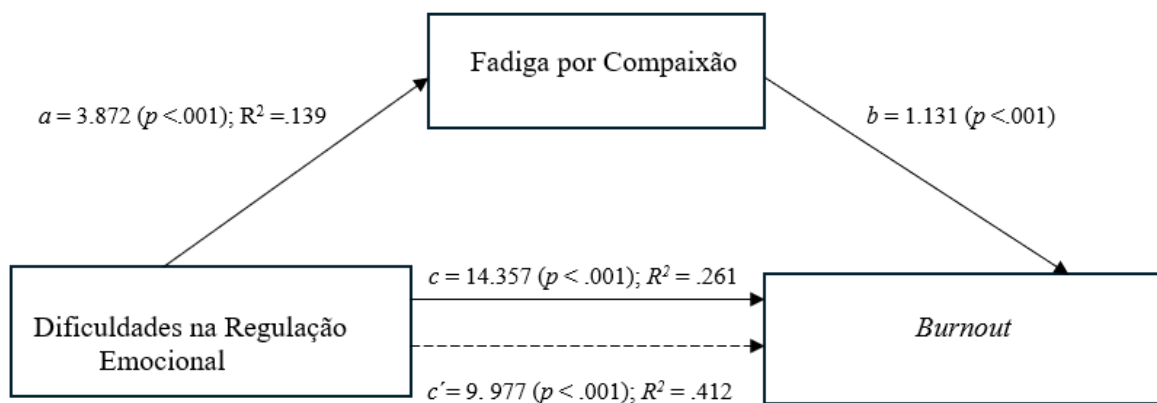
Através da Figura 2 pode observar-se que existe um efeito significativo das dificuldades na regulação emocional na fadiga por compaixão ($p < .001$); um efeito significativo das dificuldades na regulação emocional com o *burnout* ($p < .001$), sendo o efeito total $c = 14.36$; um efeito significativo da fadiga por compaixão no *burnout* ($p < .001$), e a diminuição do efeito direto sendo $c' = 9.98$. O efeito indireto foi calculado pelo produto dos coeficientes $a \times b$ resultando em 4.38. O intervalo de confiança de 95%, obtido a partir de 5000 amostras *bootstrap*, situa-se entre 1.95 e 7.28. Como esse intervalo não inclui o valor zero, pode afirmar-se que o efeito indireto é estatisticamente significativo. Isso indica que as dificuldades de

regulação emocional impactam o *burnout* por meio da fadiga por compaixão. Ao transformar o efeito indireto em termos de proporção do efeito total, observa-se que 30,50% do efeito das dificuldades de regulação emocional sobre o *burnout* ocorre por via fadiga por compaixão.

Assim, a presença de uma mediação parcial sugere que a fadiga por compaixão desempenha um papel intermediário na relação entre a regulação emocional e os níveis de *burnout*, isto é, a fadiga por compaixão contribui com 30,50% para explicar a associação entre as dificuldades de regulação emocional e o *burnout*. O teste de *Breusch-Pagan* robusto ($p = .061$) revelou que não existe heterocedasticidade nos resíduos dos modelos.

Figura 2

Modelo de Mediação da Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Burnout mediada por Fadiga por Compaixão

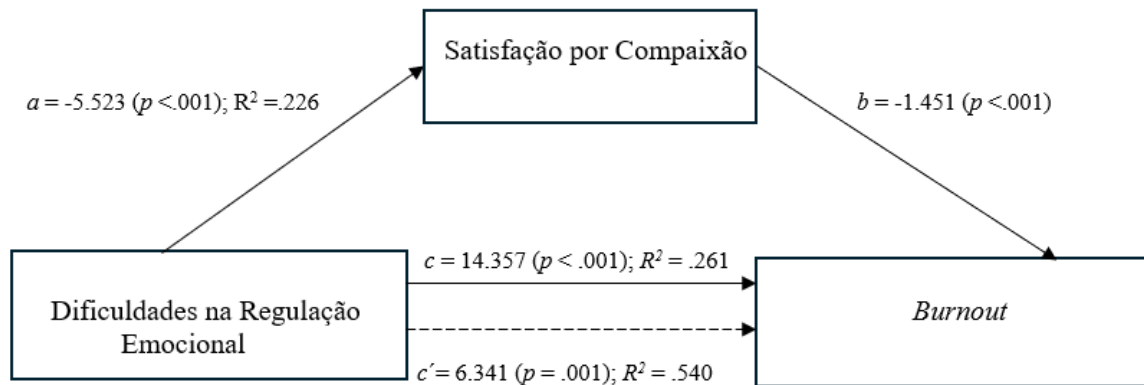


4.5. Análise do Papel Mediador da Satisfação Por Compaixão na Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e *Burnout*

Decidiu-se ainda estimar o modelo de mediação simples da satisfação por compaixão (enquanto variável mediadora) na relação entre as dificuldades de regulação emocional (variável independente) e o *burnout* (variável dependente). Os resultados estão apresentados na Figura 3.

Figura 3

Modelo de Mediação da Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Burnout mediada por Satisfação por Compaixão



Com base na Figura 3 pode observar-se um efeito significativo das dificuldades de regulação emocional na fadiga por compaixão ($p < .001$); um efeito significativo entre as dificuldades de regulação emocional e o *burnout* ($p < .001$), sendo o efeito total $c = 14.36$, tal como no caso anterior; um efeito significativo da satisfação por compaixão no *burnout* ($p < .001$), e por fim, uma redução do efeito direto da regulação emocional sobre o *burnout*, sendo $c' = 6.34$. O efeito indireto foi calculado pelo produto dos coeficientes $a \times b$ cujo resultado foi de 8.02. O intervalo de confiança de 95%, obtido a partir de 5000 amostras *bootstrap*, situa-se entre 5.11 e 10.94, pelo que o efeito indireto é estatisticamente significativo. Transformando o efeito indireto numa proporção do efeito total, verifica-se que 55.85% do efeito das dificuldades de regulação emocional sobre o *burnout* ocorre por via da satisfação por compaixão. Assim, estes resultados, sugerem que há uma mediação parcial da satisfação por compaixão na relação entre as dificuldades de regulação emocional e os níveis de *burnout*, onde a satisfação por compaixão atua como uma variável que contribui para explicar a relação entre as dificuldades de regulação emocional e os níveis de *burnout* com um efeito ainda mais expressivo do que o observado na mediação pela fadiga por compaixão. O teste de *Breusch-Pagan* robusto ($p = .588$) revelou que não existe heterocedasticidade nos resíduos dos modelos.

5. Discussão

Nas últimas décadas, a investigação tem consolidado o *burnout* como uma consequência da exposição prolongada a contextos de elevado *stress* ocupacional, sobretudo em profissões com exigências emocionais e profissionais intensas (Mata, et al., 2016; Pike et al., 2025; Roque & Soares, 2012). Este fenómeno multidimensional tem implicações psicológicas, sociais e fisiológicas, afetando não apenas os profissionais, mas também os utentes e as instituições envolvidas (Carlotto & Câmara, 2017; Costa et al., 2024; Perniciotti et al., 2020; Queirós, 2005). Compreender os mecanismos subjacentes ao *burnout*, especialmente em contextos como o das profissões de saúde, é essencial, tendo o presente estudo contribuído para esse entendimento ao explorar as relações entre dificuldades na regulação emocional, fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e *burnout* em profissionais de saúde portugueses.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se uma diferença significativa nos níveis de *burnout* em função do horário de trabalho, com os profissionais em regime rotativo a apresentarem níveis mais elevados de *burnout* do que os que têm horário fixo. Este resultado, enfatiza a evidência que associa horários instáveis e irregulares a um maior desgaste emocional, devido ao impacto no descanso e no equilíbrio entre a vida pessoal e laboral dos profissionais de saúde (Melo-Ribeiro et al., 2023; Trigo et al., 2007). Por outro lado, não se observaram diferenças significativas nos níveis de *burnout*, quanto ao sexo, escolaridade ou rendimento, sugerindo neste contexto, que os fatores organizacionais possam ter um peso mais relevante do que as características individuais (Melo-Ribeiro et al., 2023; Perniciotti et al., 2020; Trigo, et al., 2007).

Similarmente, as dificuldades na regulação emocional não apresentaram variações significativas em função do sexo, escolaridade, rendimento ou tipo de horário. Estes resultados sugerem que a capacidade de regulação emocional poderá ter uma maior influência por fatores psicológicos individuais, como traços de personalidade e o uso de estratégias de *coping*, do que por características sociodemográficas, uma vez que, e por exemplo, indivíduos com menores recursos emocionais para lidar com as exigências profissionais tendem a demonstrar maior vulnerabilidade à exaustão (Fonseca, 2017; Labib, 2015; Melo-Ribeiro et al., 2023; Perniciotti et al., 2020). Acresce referir que 48,1% dos participantes indicaram beneficiar de acompanhamento psicológico, o que poderá ter atenuado o impacto das variáveis sociodemográficas, funcionando como um fator protetor face ao sofrimento emocional.

Quanto à fadiga por compaixão, verificou-se uma associação significativa com a intenção de mudar de profissão, sendo os níveis mais elevados entre os profissionais que manifestaram esse desejo. Este resultado é consistente com estudos anteriores que identificam a fadiga por compaixão como preditor da vontade de abandonar a profissão, devido à exposição prolongada ao sofrimento alheio (Matos et al., 2023; Torres et al., 2018). Ainda assim, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo, estado civil, escolaridade ou rendimento, que mais uma vez, podem ser justificadas pela maior influência de fatores psicológicos, individuais e também organizacionais (Fonseca, 2017; Labib, 2015; Nascimento et al., 2024; Torres et al., 2018).

As análises correlacionais revelaram ausência de associações significativas, pois embora os coeficientes tenham apresentado pequenas tendências negativas entre a idade e a experiência com *burnout* e as dificuldades na regulação emocional, estes não foram suficientes para concluir uma relação significativa. Apesar da literatura apontar para uma maior vulnerabilidade ao *burnout* e à fadiga por compaixão entre profissionais mais jovens, do sexo feminino, com menor experiência ou rendimentos mais baixos, os resultados deste estudo não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas para a maioria destas variáveis (Fonseca, 2017; Melo-Ribeiro et al., 2023; Trigo et al., 2007; Torres et al., 2018). Tal ausência, pode dever-se a características específicas da amostra, nomeadamente: o seu reduzido tamanho, a predominância feminina (93.5%), a média de experiência profissional elevada (13.6 anos) e a baixa representatividade de grupos minoritários (como o sexo masculino ou rendimentos baixos). A homogeneidade destes dados pode ter limitado a variabilidade necessária à identificação de diferenças estatísticas, onde adicionalmente, a ausência de exposição recente a eventos traumáticos pode também ter contribuído para níveis mais homogêneos de sofrimento emocional.

Ainda assim, a elevada percentagem de profissionais com acompanhamento psicológico (48.1%) juntamente com a intenção de mudar de profissão (56.5%) parecem indiciar um mal-estar emocional, ainda que não totalmente explicado pelas variáveis sociodemográficas analisadas. Estes resultados, sublinham a importância de incluir variáveis organizacionais e psicológicas na análise do *burnout*, fadiga por compaixão e dificuldades na regulação emocional. A ausência de diferenças estatísticas não deve ser interpretada como uma ausência total da influência das variáveis sociodemográficas, mas antes como uma possível limitação relacionada com o tamanho e características da amostra utilizada.

Este estudo procurou ainda analisar de que forma as dificuldades na regulação emocional se relacionam com o *burnout*, considerando o papel mediador da fadiga por compaixão e da satisfação por compaixão, sendo que em ambos os modelos testados, foi verificada uma mediação parcial destas variáveis.

Verificou-se uma associação positiva moderada entre dificuldades na regulação emocional e *burnout*, sugerindo que profissionais com maior dificuldade ao nível da regulação emocional, tendem a apresentar níveis mais elevados de *burnout* (Brillon et al., 2025; Cummings et al., 2021; Maresca et al., 2022). Em concordância com a literatura, sugere-se que esta relação se deve à adoção de estratégias desadaptativas como a supressão ou o evitamento emocional, que dificultam o processamento adequado das emoções dos profissionais de saúde face às exigências da profissão (Brillon et al., 2025; Cummings et al., 2021; Haymaker et al., 2022; Kim et al., 2020; Maresca et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020). Além disso, verificou-se uma associação positiva, ainda que mais fraca, entre dificuldades na regulação emocional e fadiga por compaixão, sugerindo isto, que profissionais de saúde com dificuldades em regular as suas emoções, têm maior dificuldade em estabelecer um distanciamento emocional saudável perante o sofrimento dos outros, tornando-se mais suscetíveis a sentimentos de frustração, culpa e exaustão emocional (Brillon et al., 2025; Haymaker et al., 2022). Neste seguimento, quando o processamento emocional é comprometido e o mesmo tende a persistir, é potenciado o desenvolvimento da fadiga por compaixão (Brillon et al., 2025; Haymaker et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020).

Deste modo, no primeiro modelo de mediação, a fadiga por compaixão atuou como variável mediadora parcial, dado que o efeito da regulação emocional sobre o *burnout* diminuiu com a inclusão desta variável no modelo, mas manteve-se significativo. Este resultado, reforça a noção de que profissionais com maiores dificuldades emocionais tendem a experienciar mais fadiga por compaixão (desgaste empático derivado da exposição contínua ao sofrimento dos outros), e que quando os seus estados emocionais não são devidamente processados através de mecanismos de suporte emocional e estratégias de *coping* adaptativas, como a reavaliação cognitiva, a aceitação emocional, ou o apoio social, limitam a sua capacidade de manter um distanciamento emocional saudável face ao sofrimento dos outros (Brillon et al., 2025; Cummings et al., 2021; Kim et al., 2020; Maresca et al., 2022; Martín-Brufau et al., 2020). Por sua vez, esta vulnerabilidade, contribui para o desenvolvimento de *burnout*, visto que a fadiga

por compaixão apresentou também uma associação positiva moderada com o *burnout* (Brillon et al., 2025).

A evidência obtida neste estudo, corrobora investigações anteriores que identificam as dificuldades na regulação emocional como um mecanismo central no desenvolvimento da fadiga por compaixão, e esta última, como um precursor direto do esgotamento emocional, especialmente em contextos laborais exigentes e marcados pela exposição contínua ao sofrimento alheio (Carvalho et al., 2014; Fonseca et al., 2022; Gonçalves et al., 2023; Pálfi et al., 2024; Pinto et al., 2021). A fadiga por compaixão, ao apresentar uma associação positiva moderada com o *burnout*, reforça a forte ligação entre ambas as condições, que costumam coexistir, partilhar sintomatologia e a interagir negativamente com o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde (Adams et al., 2006; Kim et al., 2020; Zhang et al., 2018). Assim, o modelo de mediação parcial confirma que a fadiga por compaixão pode funcionar como ponte entre as dificuldades de regulação emocional e o *burnout*, onde as dificuldades emocionais potenciam o desgaste empático, que ao não ser mitigado por fatores protetores ou estratégias de *coping* eficazes, dificultando o alívio emocional dos profissionais, culminam num estado de exaustão emocional (Matos et al., 2023; Torres et al., 2018). Esta relação, reforça a importância de capacitar os profissionais de saúde com competências de autorregulação emocional, promovendo estratégias adaptativas e de apoio que previnam a síndrome de *burnout*.

Em contraste com o impacto negativo da fadiga por compaixão, a satisfação por compaixão, revelou-se uma variável protetora, apresentando correlações negativas com todas as variáveis analisadas, sendo particularmente forte a sua associação com o *burnout*. Neste seguimento, no segundo modelo de mediação, a satisfação por compaixão também mediou parcialmente a relação entre dificuldades na regulação emocional e *burnout*, visto que, a inclusão desta variável reduziu o efeito das dificuldades emocionais sobre o *burnout*, sugerindo que, profissionais com menor capacidade de regular as suas emoções tendem a perceber menor sentido de propósito, gratificação e realização no seu trabalho, o que os torna mais vulneráveis e suscetíveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Este resultado, em consonância com a literatura, evidencia o papel protetor da satisfação por compaixão, enquanto fonte de gratificação emocional, sentido de propósito e eficácia profissional, uma vez que, profissionais que retiram satisfação do cuidado que prestam estão menos vulneráveis ao desenvolvimento de fadiga por compaixão e de *burnout*, e demonstram maior capacidade de regulação emocional (Barbosa et al., 2014; Stamm, 2010). A satisfação por compaixão atua

assim, como um fator de proteção, promovendo a resiliência e o bem-estar psicológico nos profissionais de saúde, ao associar-se a sentimentos de eficácia, reconhecimento e propósito (Maresca et al., 2022; Stamm, 2010;).

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciam a relevância do desenvolvimento de competências de regulação emocional e do fortalecimento e promoção da satisfação por compaixão, enquanto fatores cruciais de resiliência e estratégias de prevenção da fadiga por compaixão e do *burnout* em profissionais de saúde (Brillon et al., 2025; Maresca et al., 2022; Stamm, 2010; Torres et al., 2018). A regulação emocional assume um papel central, não somente para a gestão do desgaste causado pelo sofrimento alheio, mas também na proteção da saúde mental dos próprios profissionais face ao *burnout*, reforçando a necessidade de intervenções organizacionais e formativas centradas na consolidação destas competências e na promoção de um ambiente de trabalho mais valorizado e com sentido.

6. Conclusão

O presente estudo evidencia a centralidade da regulação emocional no bem-estar dos profissionais de saúde, influenciando diretamente os níveis de *burnout* e, indiretamente, através da fadiga e da satisfação por compaixão. Profissionais com maiores dificuldades ao nível da regulação emocional revelam de facto, maior propensão ao desenvolvimento de fadiga por compaixão e da síndrome de *burnout*, enquanto aqueles que retiram sentido e realização do cuidado para com o outro demonstram maior resiliência e menor vulnerabilidade ao esgotamento.

A ausência de correlações significativas com variáveis sociodemográficas enfatiza que a fadiga por compaixão e o *burnout* decorrem, sobretudo, de fatores de natureza individual, psicológica e contextual. No entanto, a irregularidade dos horários e a intenção de mudança de profissão associam-se a níveis mais elevados de esgotamento, evidenciando a necessidade urgente de políticas organizacionais mais ajustadas às exigências emocionais laborais.

A análise de mediação observada confirmou que a fadiga por compaixão intensifica os efeitos das dificuldades de regulação emocional sobre o *burnout*, do mesmo modo, que a satisfação por compaixão os atenua, reforçando a importância de intervenções integradas que promovam simultaneamente o desenvolvimento de competências emocionais e a construção de ambientes laborais que valorizem a satisfação profissional. Importa destacar ainda, que a fadiga por compaixão pode agravar as dificuldades na regulação emocional, uma vez que os profissionais emocionalmente desregulados tendem a comprometer a sua capacidade de distância emocional saudável no exercício das suas funções, favorecendo conseqüentemente, um maior desgaste emocional.

Apesar das limitações, os resultados deste estudo constituem um contributo importante para a literatura, ao clarificarem o papel determinante da capacidade de regulação emocional na mitigação da fadiga por compaixão e no *burnout*. Este estudo, salienta a relevância desta competência como um fator transversal e imprescindível à qualidade dos cuidados prestados e à resiliência dos profissionais, sublinhando a necessidade de estratégias organizacionais e formativas direcionadas à sua promoção. Torna-se importante, implementar medidas que promovam a saúde emocional nos contextos laborais de saúde, através do desenvolvimento de competências de regulação emocional e da valorização da satisfação profissional, tendo em conta que estas podem não só reduzir o risco de *burnout*, como também favorecer a retenção dos profissionais e a qualidade dos serviços prestados. Em suma, a promoção da satisfação por

compaixão e a capacitação emocional dos profissionais de saúde revelam-se elementos fundamentais na prevenção do sofrimento ocupacional e na construção de contextos laborais mais sustentáveis e humanizados.

6.1. Limitações e Estudos Futuros

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos seus resultados, contribuindo também para possíveis linhas de investigação futuras.

Em primeiro lugar, o carácter transversal impede uma análise evolutiva das variáveis ao longo do tempo, restringindo a inferência de relações causais. Sugere-se com isto, a realização de investigações futuras longitudinais que permitam acompanhar estas dinâmicas, dado que variáveis como o *burnout* podem apresentar estabilidade, mas também flutuações significativas. Ademais, a utilização de um método de amostragem não-probabilístico, aliado à autosselecção dos participantes, poderá ter introduzido enviesamentos, uma vez que os sujeitos que optam por participar voluntariamente podem não refletir as características da população de profissionais de saúde. A este fator, soma-se a limitação na recolha de dados, predominantemente *online*, aliada à dimensão reduzida da amostra e ao seu perfil marcadamente feminino, que limita também a representatividade e dificulta a generalização dos resultados.

Posteriormente a exclusividade do recurso a instrumentos de autorrelato constitui outra limitação, podendo comprometer a fiabilidade dos dados, já que os participantes podem ter sido influenciados pelo seu estado emocional no momento da resposta ou pela deseabilidade social. Possíveis e futuras investigações devem considerar, neste sentido, a inclusão de metodologias diversificadas, bem como o estudo de variáveis contextuais adicionais que permitam clarificar o seu papel na origem do sofrimento emocional dos profissionais de saúde e na promoção de fatores protetores (clima e cultura organizacional, recursos e exigências laborais, perfil do profissional).

Acresce ainda a escassez de literatura que integra, de forma articulada, as três variáveis principais em estudo, que dificultou consequentemente a elaboração de hipóteses robustas e a sustentação teórica de algumas discussões e reflexões. Esta lacuna existente na literatura, constitui uma oportunidade para futuras investigações aprofundarem estas relações, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimento contextualizado e orientado para a prática. Recomenda-se também a realização de estudos experimentais que testem a eficácia de programas de promoção de competências de regulação emocional e da satisfação por compaixão, que poderá fornecer evidência empírica valiosa para orientar práticas

organizacionais e políticas de prevenção de fadiga por compaixão e *burnout*. Por fim, será pertinente explorar o papel de outras variáveis mediadoras, como mecanismos de *coping*, traços de personalidade, na dinâmica entre dificuldades de regulação emocional e *burnout*, permitindo a identificação de perfis mais propensos ao desenvolvimento da síndrome e estratégias de intervenção eficazes.

6.2. Implicações Práticas

Os resultados deste estudo oferecem orientações relevantes para a implementação de estratégias que visam a promoção do bem-estar emocional dos profissionais de saúde. A primeira implicação diz respeito à necessidade de desenvolver e implementar programas de formação e sensibilização de estratégias de regulação emocional, focados no reconhecimento, na aceitação e gestão adequada das emoções. Estes programas devem direcionar-se a todos os profissionais, mas em especial, aos mais jovens, com menos experiência e no início de carreira. Além disso, é fundamental, desenvolver ações de sensibilização sobre a fadiga por compaixão e o *burnout*, uma vez que, estas condições se associam a uma maior intenção de abandono da profissão. A criação de espaços de supervisão clínica e grupos de apoio emocional podem também contribuir para a redução do sofrimento dos profissionais de saúde e para a retenção de profissionais qualificados.

A promoção da satisfação por compaixão deve ser igualmente potenciada, enquanto fator protetor. As entidades empregadoras devem criar condições que reforcem a perceção de sentido, realização e valorização do trabalho, através de políticas de reconhecimento, entretajuda, *feedback* positivo e incentivo ao fortalecimento de relações interpessoais positivas no ambiente de trabalho. As condições organizacionais merecem também atenção, no que diz respeito aos horários de trabalho, pelo que se recomenda a adoção de estratégias que minimizem a rotatividade, promovendo o descanso e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

O acompanhamento psicológico e o suporte emocional devem igualmente ser considerados como uma prioridade, visto que quase metade dos participantes deste estudo revelou beneficiar deste apoio. A sua integração nos serviços de saúde, deve constituir-se como uma medida preventiva e de intervenção regular e acessível para combater o desgaste emocional. Para terminar, importa avaliar frequentemente o estado de saúde mental dos profissionais, através de instrumentos de rastreio e diagnóstico, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados e acima de tudo o seu bem-estar emocional.

7. Referências

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Azam, H., Rehman, M., Rehman, M. (2023). Burnout, compassion fatigue and vicarious traumatic experiences among social workers: emotional regulation as a protective factor. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, 11(4), 4694-4710. <https://doi.org/10.52131/pjhss.2023.v11i4.1772>
- 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. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a07.pdf>
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. de S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. da. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: Um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 189–200. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100020>
- Branch, C. (2013). *Compassion fatigue: prevalence among nurses at a midwest pediatric hospital* [Dissertação de doutoramento em Prática de Enfermagem, University of Missouri-St. Louis]. Institutional Repository Library. <https://irl.umsl.edu/dissertation/287>
- Bride, B. E., 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>

- Brillon, P., Dewar, M., Lapointe, V., Paradis, A. & Phillippe, F. L. (2025). Emotional regulation and compassion fatigue in mental health professionals in a context of stress: a longitudinal study. *Plos Mental Health*, 2(2), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000187>
- Cardoso, H. F., Baptista, M. N., Sousa, D. F. A. & Júnior, E. G. (2017). Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(2), 121-128. <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12796>
- Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499–505. <https://www.scielo.br/j/pe/a/sqhs5pPk4QBspW3DKXrmxnP/>
- Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2017). Psychosocial risks associated with burnout syndrome among university professors. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 447-457. <http://dx.doi.org/10.12804/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4036>
- Carlotto, M. S. (2011). Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 403–410. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400003>
- Carvalho, C. M. S., Barata, E. M. M. A., Parreira, P. M. S. D. & Oliveira, D. C. (2014). Emotional labor and emotion management in oncology health care teams: a qualitative study. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(1), 9–15. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/11356>
- Carvalho, P. & Sá, L. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”*. [Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, Instituto de

Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da UCP.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/8918.pdf>

Cohen, J. (1988). *Análise Estatística de Poder para as Ciências Comportamentais* (2ª Ed.).
Routledge.

Costa, N. M. S., Andrade, N. F. de, & Pinto, E. V. (2024). Síndrome de burnout: a
responsabilidade civil do empregador. *Revista Ibero-Americana de Humanidades,
Ciências e Educação*, 10(11), 5567–5586.
<https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.17111>

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R. & Dias, P. (2010). The portuguese version of the
difficulties in emotion regulation scale and its relationship with psychopathological
symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-51.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

Cruz, B. S. P. (2014). *Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portuguesas*.
[Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade
de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/27328>

Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R., & Benuto, L. T. (2021). Compassion satisfaction to
combat work-related burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress. *Journal
of Interpersonal Violence*, 36(9-10), 5304-5319.
<https://doi.org/10.1177/0886260518799502>

Faria, S., Queirós, C., Borges, E., Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: contributos
do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde
Mental*, 22, 9-18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0258>

- Figley, C. R. & Abendroth, M. (2011). Compassion fatigue in nursing. In P. S. Cowen, S. Moorhead (8Ed.), *Current Issues in Nursing* (pp. 757-764). Mosby/Elsevier.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 1–20). Brunner/Mazel
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fonseca, C. I. N. S. (2017). *Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência hospitalar* [Dissertação de mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/21098>
- Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., Faria, S., Silva, M., Ramos, M. J., Azevedo, G., Barbosa, A. R. & Queirós, C. (2022). Medical rescuers' occupational health during covid-19: contribution of coping and emotion regulation on burnout, trauma and post-traumatic growth. *Análise Psicológica*, 40(1), 1-13. <http://hdl.handle.net/10400.12/8697>
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para portugueses do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* [Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/18118>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x?saml_referrer

- Gonçalves, J. V., Castro, L., Nunes, R. & Rêgo, G. (2023). Burnout among physicians working in palliative care during the covid-19 pandemic in portugal: a cross-sectional study. *Acta Médica Portuguesa*, 36(3), 183-192. <https://doi.org/10.20344/amp.18361>
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://www.sispse.it/wp-content/uploads/2019/05/Gratz-Roemer-2004-DERS-DERS-DERS.pdf>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). The Guildford Press. https://www.researchgate.net/publication/303248970_Emotion_Regulation_Conceptual_Foundations
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2010). The future’s so bright, i gotta wear shades. *Emotion Review*, 2(3), 212-216. <https://doi.org/10.1177/1754073910361982>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach* (2^a Ed.). Guilford Press.
- Haymaker, C. M., Bane, C. M., Roise, A., & Greene, J. (2022). Emotion regulation and burnout in family medicine residents. *Family Medicine*, 54(2), 139–141. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2022.660204>

- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4),116-120.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
- Kim, H., Ha, J. & Jue, J. (2020) Compaixão, satisfação e fadiga, dissonância emocional e burnout em terapeutas em hospitais de reabilitação. *Psicologia*, 11(1), 190-203.
<https://doi.org/10.4236/psych.2020.111013>
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). The copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192- 207.
<https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Labib, M. (2015). *Compassion fatigue, the wellness of care providers, and the quality of patient care*. [Dissertação de mestrado em Ciências em Ciências e Honras Universitárias, Portland State University]. PDXScholar. <https://doi.org/10.15760/honors.206>
- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 213–221.
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/?format=pdf&lang=pt>
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. In P. R. Shaver & L. A. Pervin (Eds), *Handbook of personality: Theory and research*. Guilford Press.
https://www.researchgate.net/publication/232438867_Emotion_and_Adaptation/citations
- Lombardo, B. & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse’s primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., Pessoa, A. R. (2008). Burnout at work. *Revista Referência*, 2(7), 33-41.

https://rr.esenfc.pt/pa3/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=cren%E7as&id_artigo=2103&id_revista=4&id_edicao=23

Lucena, V. L., Silva, S. C., Silva, G. B. & Rodrigues, J. L. S. (2024). Satisfaction and compassion fatigue in professionals of an institutional support home for children and adolescents. *Revista Seminário de Visu*, 12(1), 331-349. <https://doi.org/10.31416/rsdv.v12i1.464>

Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: a systematic review. *Medicina*, 58(2), 1-9. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Disponível em, [10.14417/lp.763](https://doi.org/10.14417/lp.763)

Maroco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, (8ª ed.). Lisboa: ReportNumber,

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout in portuguese healthcare professionals: an analysis at the national level. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>

Marques, V. S. & Carlotto, M. S. (2024). Burnout syndrome in clinical psychologists: a demand-resources model. *Revista Subjetividades*, 24(2), 1-12. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i2.e13726>

Martín-Brufau, R., Martín-Gorgojo, A., Suso-Ribera, C., Estrada, E., Capriles-Ovalles, M.-E., & Romero-Brufau, S. (2020). Estratégias de regulação emocional, condições de carga de trabalho e burnout em residentes de saúde. *Internacional Journal of Environmental Reserach and Public Health*, 17(21), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217816>

- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 68–85). Oxford University Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. In G. S. Sanders & J. Suls (Ed.) *Social psychology of health and illness*, (pp. 227-251). Lawrence Erlbaum.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3^a ed.). Consulting Psychologists Press.
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(3), 179–186. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i3.11789>
- Matos, F. R. N., Vaz, P., Mesquita, R. F. de, & Pocinho, M. (2023). A produção científica sobre fadiga por compaixão: análise bibliométrica. *Perspetivas em Ciência da Informação*, 28, 1-24. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/26441>
- Melo-Ribeiro, P., Marta, P., & Mota-Oliveira, M. (2023). Avaliação de burnout em profissionais de saúde da unidade de faro do centro hospitalar universitário do algarve. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 9(4), 126–136. <https://doi.org/10.51338/rppsm.532>
- Moreira, H., Gouveia, M., & Canavarro, M. (2022). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and

adults. *Current Psychology*, 41, 757-782.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-019-00602-5>

Mota, D. D. C. F., Cruz, D. A. L. M & Pimenta, C. A. M. (2005). Fatigue: a concept analyses.

Acta Paulista de Enfermagem, 18(3), 285-293. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300009>

Murcho, N. Á. C., & Pacheco, J. E. P. (2020). Caracterização do burnout em profissionais de

saúde em Portugal: um artigo de revisão. *Psique*, 16(1), 8–23.

<https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.4>

Nascimento, F. C., Santos, N. R. F. M., Cavalcante, A. A., Costa, J. A., Batista, E. M. M., Santos,

T. L. C., Silva, N. A. G., & Silva, G. B. (2024). Compassion fatigue and burnout in

health care professionals: a narrative review on their similarities, differences and

clinical implications. *Revista Observatório De La Economia Latinoamericana*, 22(1),

1727-1752. <https://doi.org/10.55905/oelv22n1-092>

Osborne, T. L., Michonski, J., Sayrs, J & Welch, S. S. (2017). Factor structure of the Difficulties

in Emotion Regulation Scale (DERS) in adult outpatients receiving dialectical

behavior therapy (DBT). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*,

39(2). <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9586-x>

Pálfi, K., Major, J., Horváth-Sarródi, A., Deák, A., Fehér, G. & Gács, B. (2024). Adaptive

emotion regulation might prevent burnout in emergency healthcare professionals: an

exploratory study. *BMC Public Health*, 24, 1-10. [https://doi.org/10.1186/s12889-024-](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20547-0)

[20547-0](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20547-0)

Perniciotti, P., Serrano Júnior, C. V., Guarita, R. V., Morales, R. J., & Romano, B. W. (2020).

Burnout syndrome in healthcare professionals: update on definitions, risk factors and

- preventive measures. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 23(1), 35–52. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.23.98>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*, 53(4), 466–480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Pike, N. M., Floyd, R. G., Porter, C. M. (2025). The interplay of stress, burnout, and mindful self-care in school psychologists. *School Psychology*. <https://research.ebsco.com/c/rz466f/viewer/html/vecvzhds4j?auth-callid=302f058e-9bc9-47c5-9ef7-2fa9fb4f9ab0>
- Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., Zózimo, N. & Vala, J. (2021). Predictors of burnout among physicians: evidence from a national in Portugal. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699974>
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56–62. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62>
- Queirós, P. J. P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros e o clima organizacional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 3-15. https://www.researchgate.net/publication/276273212_Burnout_no_trabalho_e_conjugal_nos_enfermeiros_e_o_clima_organizacional#fullTextFileContent
- Roque, L., & Soares, L. (2012). Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 2-14. https://www.researchgate.net/publication/262632627_Burnout_numa_amostra_de_psicologos_portugueses_da_regiao_autonoma_da_Madeira

- Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 8(2), 1–15. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.8.18>
- Rosenberg, A. R., Barton, K., Junkins, C., Scott, S., Bradfors, M., Steineck, A., Lau, N. & Comiskey, L. (2020). Creating a resilient research programd lessons learned from a palliative care research laboratory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 857-865. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.033>
- Santana, V. S. & Gondim, S. M. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21(1). <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Sousa, B. T. F. (2018). *Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais* [Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Económicas e Empresariais, com especialização em Gestão de Recursos Humanos, Universidade dos Açores] Repositório da Universidade dos Açores. <http://hdl.handle.net/10400.3/5219>
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2^a ed.) Pocatello, <https://proqol.org/proqol-manual>
- Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Torres, J. D. R. V., Cunha, F. O., Gonçalves, J. T. T., Torres, S. de A. S., Barbosa, H. A., & Silva, C. S. de O. (2018). Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas em Saúde*, 18(3), 178–194. <https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10>

- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223–233. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>
- Vaz, F. M., Martins, C. & Martins, E. C. (2008). Diferenciação emocional e regulação emocional em adultos portugueses. *Psicologia*, 22(2), 123-124. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i2.350>
- Veloso, M., Gouveia, J. & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87-110. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_4
- Vieira, I. (2010). Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 269-276. <https://www.scielo.br/j/rbso/a/KTtx79ktPdtVSxwrVrkkNyD/?format=pdf&lang=pt>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Burn-out. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt#129180281e>
- Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: a correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>