

**DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL NUMA
AMOSTRA DE PSICÓLGOS CLÍNICOS EM PORTUGAL**

VICENTE FERREIRA SALAVESSA RUSSO RODRIGUES

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Coordenador do Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Lisboa, 2024



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto, apresentado no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Clínica

Resumo

Ao longo das recentes décadas tem-se assistido a um interesse crescente em compreender como é que os psicólogos clínicos se sentem ao lidar, diariamente, com clientes que se encontram em sofrimento, investigando-se as estratégias que os mesmos adotam e as variáveis que poderão influenciar o seu bem-estar psicológico. Contudo, ainda nos encontramos com muitas questões por responder, nomeadamente no contexto português. Este estudo foca-se na Qualidade de Vida Profissional (QVP), mais especificamente nas suas dimensões caracterizantes: Satisfação por Compaixão (SC) e Fadiga por Compaixão (FC), composta pelo Burnout e Stress Traumático Secundário (STS). Pretendeu-se investigar as relações entre estes fenómenos e as características sociodemográficas e do trabalho de 456 psicólogos clínicos a viver em Portugal, além de explorar o impacto que as estratégias de *coping* e o autocuidado podem ter. Para tal, foram aplicadas três regressões lineares múltiplas, que nos permitiram verificar como os diferentes tipos de estratégias de *coping* – Estratégias de *Coping* Focadas nos Problemas (ECFP), nas Emoções (ECFE) e Evitantes (ECE) – afetam cada dimensão da QVP. Os resultados revelaram que as ECFP potenciam a SC, enquanto as ECFE e ECE contribuem para o aumento de Burnout e STS. No que concerne o autocuidado, mediou significativamente a relação entre as ECFP e SC e a relação entre as ECE e Burnout. Proporcionando uma visão sobre como o contexto profissional dos psicólogos clínicos em Portugal impacta a QVP, aferimos que as ECFP e o autocuidado aumentam a SC, enquanto as ECE contribuem para a FC.

Palavras-chave: Satisfação por Compaixão, Burnout, Stress Traumático Secundário, Estratégias de *Coping*, Autocuidado, Psicólogos Clínicos

Abstract

Over the last few decades, there has been a growing interest in understanding how therapists feel about dealing, daily, with clients who are suffering, investigating the strategies they adopt and the variables that may influence their psychological well-being. However, we still find ourselves with many unanswered questions, particularly in therapists living in Portugal. This study focuses on Professional Quality of Life (ProQOL), more specifically on its characterising dimensions: Compassion Satisfaction (CS) and Compassion Fatigue (CF), grouping both Burnout and Secondary Traumatic Stress (STS). The aim of this study was to investigate the relationship between these phenomenon's and the sociodemographic and work characteristics of 456 clinical psychologists living in Portugal, as well as to explore the impact that coping strategies and self-care can have on ProQOL. To this end, three multiple linear regressions were conducted, allowing us to see how the different types of coping strategies - Problem-Focused Coping Strategies (PFCS), Emotion-Focused Coping Strategies (EFCS) and Avoidant Coping Strategies (ACS) - affect each dimension of ProQOL. The results showed that PFCS enhances CS, while EFCS and ACS contribute to an increase in Burnout and STS. Regarding self-care, it significantly mediated the relationship between ECFP and CS and the relationship between ACS and Burnout. Providing an insight into how the professional context of clinical psychologists in Portugal impacts on ProQOL, we found that PFCS and self-care increase CS, while ACS contributes to CF.

Keywords: Compassion Satisfaction, Burnout, Secondary Traumatic Stress, Coping Strategies, Self-Care, Therapists

Índice

Lista de Abreviaturas	VII
Lista de Figuras	VIII
Lista de Tabelas.....	VIII
Introdução.....	1
Revisão da Literatura	3
A importância da Empatia na compreensão da Compaixão.....	3
A dimensão negativa da QVP: do Burnout, ao STS, à FC.....	3
A dimensão positiva da QVP: a Satisfação por Compaixão	6
A QVP e as Características Demográficas e do Trabalho dos profissionais de saúde mental.....	6
A influência das Estratégias de Coping e do Autocuidado na QVP dos profissionais de saúde mental.....	8
O Presente Estudo	10
Método	11
Desenho do Estudo.....	11
Participantes	11
Instrumentos	13
Procedimento.....	15
Análise de dados.....	17
Resultados	18
Objetivo 1: Explorar as relações entre as dimensões da QVP e as características dos psicólogos clínicos em Portugal.....	18
Objetivo 2: Investigar se as dimensões da QVP variam consoante o tipo de estratégias de coping utilizado	20

Objetivo 3: Compreender se a relação entre o tipo de estratégias de coping mais preditivo de cada dimensão da QVP é mediada pelo autocuidado	23
Discussão.....	27
Limitações	30
Contribuições	31
Referências	33
ANEXOS.....	38
ANEXO A) Consentimento Informado.....	38
ANEXO B) Questionário Sociodemográfico e das Características do Trabalho e Formação Profissional.....	38

Lista de Abreviaturas

DP – Desvio Padrão

EAAP – Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos

ECE – Estratégias de *Coping* Evitantes

ECFE – Estratégias de *Coping* Focadas nas Emoções

ECFP – Estratégias de *Coping* Focadas nos Problemas

FC – Fadiga por Compaixão

M – Média

ProQOL – Escala de Qualidade de Vida Profissional

QBF – Questionário Brief COPE

QVP – Qualidade de Vida Profissional

SC – Satisfação por Compaixão

STS – Stress Traumático Secundário

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo de Mediação para a Satisfação por Compaixão.....	24
Figura 2 – Modelo de Mediação para o Burnout.....	25
Figura 3 – Modelo de Mediação para o Stress Traumático Secundário.....	26

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características do Trabalho e da Formação Profissional (N=456).....	11
Tabela 2 – Médias, Desvios Padrão e Correlações entre as Variáveis em Estudo.....	18
Tabela 3 – Modelo de Regressão Linear Múltipla prevendo a Satisfação por Compaixão....	21
Tabela 4 – Modelo de Regressão Linear Múltipla prevendo o Burnout	21
Tabela 5 – Modelo de Regressão Linear Múltipla prevendo o Stress Traumático Secundário.....	22
Tabela 6 – Resultados da Análise de Mediação para a Satisfação por Compaixão.....	24
Tabela 7 – Resultados da Análise de Mediação para o Burnout.....	25
Tabela 8 – Resultados da Análise de Mediação para o Stress Traumático Secundário.....	26

Introdução

Os profissionais de ajuda prestam, diariamente, apoio a pessoas em situação de vulnerabilidade, estando constantemente expostos a experiências e relatos de dor e sofrimento. Os esforços para ajudar os outros acarretam uma série de exigências emocionais que nem sempre conseguem ser cumpridas, afetando negativamente o bem-estar físico e psicológico destes profissionais. Os psicólogos clínicos inserem-se, naturalmente, nesta categoria profissional, pelos encontros psicoterapêuticos que os colocam face a face com uma miríade de adversidades e problemáticas complexas (e.g. trauma, abuso, negligência, depressão, ansiedade) (Craig & Sprang, 2010; Rivera-Kloeppe & Mendenhall, 2021). Contudo, note-se que a prestação de serviços psicológicos também envolve uma dimensão positiva, baseada na gratificação em ajudar os outros, que incorpora aspetos como a satisfação pessoal e profissional, o crescimento pessoal e a sensação de ter um impacto positivo no mundo (Velasco et al., 2023).

Tem-se vindo a assistir, nas últimas três décadas, a um interesse crescente em compreender os efeitos que o acompanhamento psicológico tem nos profissionais de saúde mental. Na procura de captar e compreender os diferentes fenómenos psicossociais do stress que a exposição ao trauma e sofrimento psicológico podem suscitar, surgiram diversos termos na investigação, entre os quais, co-vitimização, sobrevivente secundário, contágio emocional, vitimização secundária e stress traumático. No entanto, três construtos centrais destacaram-se – traumatização vicariante, stress traumático secundário (STS) e fadiga por compaixão (FC) –, aos quais se juntou o burnout, um conceito que já tinha sido estudado em contextos organizacionais (Newell et al., 2016). A utilização permeável destes conceitos e dos seus significados, bem como os instrumentos que se propuseram medi-los, nunca geraram consenso na literatura (Craig & Sprang, 2010). Apesar de ainda hoje existirem dúvidas conceptuais entre os construtos centrais, Stamm (2010) assinalou um marco nos estudos desta área com a

elaboração da “*Professional Quality of Life Scale*” (ProQOL), um instrumento baseado no “*Compassion-Satisfaction Self Test*” (Figley & Stamm, 1996). Como um todo, a QVP consiste no equilíbrio percebido pelo profissional de ajuda entre as exigências emocionais e as recompensas profissionais e pessoais do seu trabalho. Engloba, deste modo, os aspectos positivos e negativos de prestar apoio profissional a outros, sendo conceptualizada em duas dimensões – a satisfação por compaixão (SC) e a FC, esta última composta pelo burnout e pelo STS. A QVP é um conceito abrangente e complexo, pois está associado a características do ambiente de trabalho, a características pessoais do profissional de ajuda, e à sua exposição a traumas primários e secundários em contexto profissional (Stamm, 2010).

Conciliar as exigências associadas à prestação de cuidados psicológicos aos outros com o próprio cuidado, torna-se crucial para evitar que o trabalho impacte negativamente o bem-estar destes profissionais (Stamm, 2010). Neste sentido, os psicólogos devem tomar consciência relativamente aos fatores stressores da sua prática profissional, envolvendo-se em práticas de autocuidado e adotando estratégias de *coping* adequadas. Assim, estarão mais bem preparados para lidar com o stress inerente à sua profissão, diminuindo a probabilidade de ocorrência de fenómenos do stress profissional (Klein et al., 2018; Thompson et al., 2014). Adicionalmente, o envolvimento e a adoção destas práticas potenciam a qualidade dos serviços psicológicos prestados pelos psicólogos, contribuindo simultaneamente para o bem-estar dos seus clientes (Rivera-Kloeppel & Mendenhall, 2021).

Revisão da Literatura

A importância da Empatia na compreensão da Compaixão

A empatia e compaixão são dois processos complexos, basilares na prática profissional dos psicólogos clínicos (Patole et al., 2024). Indispensável no desenvolvimento de aliança terapêutica, a empatia permite ao psicólogo adquirir a perspectiva do cliente e a identificação com o próprio, sendo considerada o primeiro passo para um acompanhamento psicológico eficaz (Udipi et al., 2008, Wilkinson et al., 2017). Impulsionada pela empatia, a compaixão é caracterizada, numa primeira fase, pelo sentimento profundo de angústia que surge após um indivíduo confrontar-se com o sofrimento de outro. Na fase consequente, baseia-se numa forte motivação em ajudar o outro e em contribuir para o seu bem-estar (Goetz et al., 2010). Apesar da sua importância, partilhar a experiência emocional do outro pode provocar stress e sentimentos de angústia nos psicólogos, potenciando respostas emocionais e cognitivas desadaptativas, como o desejo de abandonar a situação que desencadeou a preocupação empática (Laverdière et al., 2019; Turgoose & Maddox, 2017). Por vezes, dependendo de aspetos como a intensidade, frequência e duração, estas respostas traduzem-se em manifestações de fenómenos mais complexos do stress profissional, como a FC.

A dimensão negativa da QVP: do Burnout, ao STS, à FC

O burnout foi um fenómeno primeiramente identificado por Freudenberger (1974), num estudo com assistentes sociais. Numa primeira descrição qualitativa, o autor descreveu os assistentes sociais em burnout como jovens idealistas que, embora trabalhassem cada vez mais arduamente, sacrificavam a sua própria saúde no processo de realização de ideais maiores do que eles próprios, obtendo poucas recompensas pelos seus esforços. Poucos anos mais tarde, Maslach e Jackson (1981) difundiram o conceito, caracterizando-o como um estado de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que surge

devido ao stress no contexto de trabalho. O burnout é uma síndrome especialmente presente em profissionais que trabalham diretamente com outras pessoas, sendo descrito como um estado progressivo que ocorre cumulativamente ao longo do tempo, devido a fatores de risco relacionados com o indivíduo, populações atendidas e a organização representada (Maslach & Jackson, 1981; Newell et al., 2016). O surgimento deste conceito na literatura introduziu uma nova orientação, que nos permitiu compreender a influência do stress nos profissionais que trabalham diariamente com clientes que estão em sofrimento (Maslach, 2001).

Na sequência de uma maior sensibilização para o stress relacionado com o trabalho, provocada pela investigação em torno do burnout, surgiu um interesse crescente na ideia de que a prática clínica, particularmente dirigida a clientes com traumas, poderia ter um impacto negativo no profissional de ajuda clínico. Esta ideia sugere que a exposição crónica ao material traumático dos clientes potencia reações emocionais desadaptativas nestes profissionais, com comportamentos associados, que não são totalmente explicados pela conceptualização macro-orientada do burnout. (Newell et al., 2016).

O STS foi um conceito que só surgiu após a traumatização vicariante ter ganho relevância na literatura. A traumatização vicariante foi um termo introduzido por Mccann e Pearlman (1990), estabelecendo-se como o primeiro fenómeno específico do stress profissional dos profissionais de ajuda que trabalhavam com indivíduos em sofrimento emocional e com trauma psicológico. Num estudo com sobreviventes de abuso sexual, as autoras descreveram os efeitos do trauma como vicários, defendendo que os terapeutas que tratavam vítimas de trauma poderiam estar, na verdade, a experienciar indiretamente as reações emocionais traumáticas do cliente, através de um envolvimento empático crónico (Mccann & Pearlman, 1990). O STS, por sua vez, foi introduzido e descrito por Figley (1995) como o sofrimento psicológico que pode ocorrer ao ouvir os detalhes de uma experiência traumática de outra pessoa, espelhando um vasto leque de sintomas da Perturbação de Stress

Pós-Traumático (PTSD) – evitação, pensamentos intrusivos, memórias traumáticas ou pesadelos associados ao trauma do cliente, insónias, irritabilidade crónica, explosões de raiva, fadiga e dificuldade de concentração (Bride et al., 2007, Figley, 1995). Enquanto a traumatização vicariante representa mudanças cognitivas nas crenças e nos pensamentos dos profissionais de ajuda, o STS está relacionado com as mudanças comportamentais e emocionais que surgem através do conhecimento de um acontecimento traumatizante vivido pelo outro (Newell & Macneil, 2010).

A FC foi inicialmente introduzida por Joinson (1992) como uma forma específica de burnout, caracterizada pela perda da capacidade de cuidar nos profissionais de enfermagem. A autora foi a primeira pessoa a discutir a FC na literatura, considerando-a um processo emocionalmente devastador que devia ser reconhecido, para a própria proteção dos profissionais de ajuda (Chachula, 2022). Poucos anos depois, Figley (1995) elaborou o conceito de forma mais precisa e complexa, definindo a FC como o estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social que resulta da exposição prolongada ao stress empático. Apesar de ter as suas raízes na área da traumatologia, sendo estudada maioritariamente em profissionais que apoiam indivíduos com trauma, a FC não é sentida apenas por esses mesmos profissionais. Contudo, é um fenómeno psicológico que ocorre especificamente nos profissionais de ajuda, existindo uma série de estudos que investigaram a prevalência da FC em profissionais de saúde mental, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, polícias, bombeiros, etc. (Turgoose & Maddox, 2017). Este estado de tensão e preocupação com o outro manifesta-se por sintomas como a reexperienciação dos eventos traumáticos dos clientes, o evitamento de situações que os recordem e/ou o entorpecimento em resposta a essas recordações, e excitação persistente (e.g., ansiedade) (Figley, 1995). A FC pode ter efeitos a nível comportamental (e.g., irritação e hipervigilância), cognitivo (e.g., falta de concentração e despersonalização) e emocional (e.g., negatividade, falta de esperança)

(Bride et al., 2007). É, quase sempre, considerada uma combinação de burnout e STS (Sinclair et al., 2017). Deste modo, e apenas ao longo desta secção, iremos referir-nos às associações encontradas na literatura entre a FC e outras variáveis, sem explorar o burnout e o STS como construtos separados.

A dimensão positiva da QVP: a Satisfação por Compaixão

O conceito de SC vai no sentido contrário aos anteriormente apresentados, na medida em que procura demonstrar os efeitos positivos que os profissionais de ajuda sentem ao ajudar indivíduos com trauma ou em sofrimento psicológico. Numa altura em que se assistiu a um interesse crescente em compreender o crescimento pós-traumático não só do cliente, como também do profissional de ajuda que tinha experienciado o trauma direta ou indiretamente, termos como a resiliência vicária e SC surgiram na literatura (Newell et al., 2016).

Inicialmente introduzida por Figley e Stamm, no desenvolvimento do “*Compassion-Satisfaction Self Test*” (1996), a SC caracteriza-se pela sensação de realização, prazer e gratificação que os profissionais obtêm ao desempenharem o seu trabalho com qualidade (Larsen & Stamm, 2008). Embora as suas origens estejam associadas ao ramo da traumatologia, este conceito, tal como a FC, não é exclusivo a profissionais que trabalham com sobreviventes de trauma. A faceta positiva da QVP é composta por três elementos – o nível de satisfação obtido pelo profissional no seu trabalho; a perceção que o profissional tem relativamente à qualidade do seu trabalho, relacionada com os seus níveis de competência, mas também com o controlo que sente ter sobre o material traumático a que é exposto; e o nível de apoio recebido pelo profissional no seu contexto de trabalho, com a particular atenção para o apoio social, estrutural e funcional (Stamm, 2002).

A QVP e as Características Demográficas e do Trabalho dos profissionais de saúde mental

Ao pensar nos fatores que ajudam a manter a QVP dos psicólogos clínicos, devemos ter em consideração as suas próprias características demográficas. No âmbito de identificar

preditores de FC em profissionais de saúde mental, Turgoose e Maddox (2017) realizaram uma revisão narrativa da literatura, onde discutiram os papéis do género e da idade na FC. As associações entre o género e a FC dos profissionais de saúde mental foram inconclusivas – certos estudos revelaram que as mulheres sentem mais FC (Sprang et al., 2007; Thompson et al., 2014; Zeidner et al., 2013), enquanto outro verificou níveis superiores de FC nos homens (Sprang et al., 2011). No que concerne a idade, verificou-se que em apenas um dos oito estudos onde foram encontradas associações com a FC, esta mesma foi significativa, com profissionais de ajuda mais jovens a reportarem maiores níveis de FC (Sprang et al., 2011). Relativamente à investigação empírica da SC em psicólogos, não foram reportadas relações com o género e apenas um revelou uma relação com a idade, sugerindo que psicólogos mais velhos sentem mais SC (Sodeke-Gregson et al., 2013). Os principais preditores da QVP aparentam, deste modo, depender mais de outras variáveis do que do género e da idade.

Na revisão de Turgoose e Maddox (2017) foram identificados dois preditores da FC na literatura relacionados com o trabalho dos profissionais de saúde mental: a experiência profissional – em dois estudos concluiu-se que a FC aumentava com o passar dos anos (Birck, 2001; Robins et al., 2009), enquanto noutros dois foi verificado o oposto (Thompson et al., 2014; Craig & Sprang, 2010) –, e a carga de trabalho – três estudos mostraram que quanto mais tempo os profissionais passavam com os clientes, mais FC sentiam, particularmente em casos que envolvessem PTSD ou traumas complexos (Deighton et al., 2007; Udipi et al., 2008; Tosone, 2010). Ray e colaboradores (2013) investigaram a relação entre a QVP e as seis áreas da vida profissional (carga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, valores e justiça) (Leiter & Maslach, 2003) de profissionais de saúde mental de primeira linha. As autoras concluíram que a FC foi mais prevalente entre os profissionais que percecionavam pior as áreas da vida profissional, à medida que a SC registou maiores níveis quando as

expectativas dos trabalhadores iam de encontro à sua realidade. Adicionalmente, este estudo revelou que os profissionais mais experientes apresentavam níveis mais elevados de SC.

Num estudo em que o objetivo passou por comparar a QVP entre os diferentes profissionais de ajuda, Ondrejková e Halamová (2022) constataram que a FC registou níveis mais baixos e a SC níveis mais elevados em psicoterapeutas. As autoras deduziram que estes resultados positivos se deviam, principalmente, à formação profissional de longa duração e à supervisão contínua a que os psicoterapeutas são submetidos. Outro artigo empírico revelou que a população atendida também constitui um fator preditivo da QVP, visto que os psicólogos clínicos que trabalham com crianças, indivíduos com baixo estatuto socioeconómico, ou com deficiências ou com certas perturbações psicopatológicas (e.g., perturbação de personalidade borderline e perturbações de consumo de substâncias) reportaram maiores níveis de FC. Curiosamente, estes mesmos psicólogos também apresentaram uma maior SC, o que demonstra a complexidade da relação entre as exigências emocionais e as recompensas gratificantes da psicologia clínica (Bowen & Moore, 2014). Tendo em conta as contribuições da literatura, confirmamos que as características relacionadas ao trabalho assumem uma maior importância para avaliarmos a QVP dos profissionais de saúde mental face às demográficas (Thompson et al., 2014; Turgoose & Maddox, 2017). Contudo, o modo como o psicólogo reage aos desafios que o contacto com o sofrimento psicológico impõe, tem vindo a ser cada vez mais um foco na literatura, devolvendo contributos interessantes.

A influência das Estratégias de Coping e do Autocuidado na QVP dos profissionais de saúde mental

O *coping* define-se pelas estratégias cognitivas e comportamentais que as pessoas utilizam quando são confrontadas com circunstâncias adversas, com a finalidade de diminuir o stress (Lazarus & Folkman, 1984). Existem três tipos principais de estratégias de *coping* –

as focadas nos problemas (ECFP), que envolvem o confronto com o estímulo stressor de modo a resolver ativamente o problema; as focadas nas emoções (ECFE), associadas à capacidade de regulação emocional perante estímulos stressores; e as evitantes (ECE), que procuram distanciar-se do problema, ignorando-o (Roth & Cohen, 1986). Nos artigos empíricos que relacionaram a FC com os três tipos de estratégias de *coping* dos profissionais de saúde mental, retiraram-se as seguintes conclusões – o uso de ECFP contribuem para níveis mais baixos de FC, enquanto a utilização de ECFE e ECE preveem uma FC mais elevada (Jacobson, 2012; Thompson et al., 2014; Zeidner et al., 2013). Embora não se verifiquem associações entre a SC e os três tipos de estratégias de *coping*, a SC tem reportado níveis mais elevados entre os profissionais que recorrem a estratégias de *coping* consideradas positivas, como a partilha de situações causadoras de stress profissional com colegas, a psicoterapia pessoal, a auto-compaixão, e, englobando indiretamente todas as anteriores, o autocuidado (La Mott & Martin, 2019; Velasco et al., 2023).

O autocuidado inclui um conjunto de práticas que as pessoas utilizam para manter o seu bem-estar físico, emocional e psicológico. É um padrão complexo, diversificado e idiossincrático, que no caso específico dos psicólogos clínicos se baseia em princípios como o foco nas recompensas do trabalho psicoterapêutico, a promoção da criatividade e do crescimento pessoal e o estabelecimento de limites entre a vida profissional e a vida familiar (Norcross & Guy, 2007). A prática diária do autocuidado na rotina pessoal e profissional do psicólogo, constitui um mecanismo de *coping* eficaz e adequado para a manutenção da sua QVP, contribuindo para a redução da FC e o aumento da SC (Wise & Barnett, 2016). Após elaborarem uma revisão narrativa da literatura, Rivera-Kloepfel e Mendenhall (2023) realçaram a necessidade de termos em consideração as complexas intersecções entre o autocuidado e os dados demográficos do profissional, as suas expectativas e as características do seu local de trabalho. É importante salientar que, embora o autocuidado seja cada vez mais

mencionado nos locais de trabalho dos profissionais de saúde mental, raramente é praticado até que os mesmos estejam a experienciar fenómenos do stress profissional, como a FC. Apesar de estarmos perante uma abundância crescente de estudos empíricos sobre o valor do autocuidado, ainda falta integrar o conceito sob uma visão holística na vida destes profissionais (Baker & Gabriel, 2021; Posluns & Gall, 2020).

O Presente Estudo

Com base no que foi discutido anteriormente, compreendemos que o “custo de cuidar” não é exclusivamente sentido pelos psicólogos clínicos. No decorrer desta secção, foram utilizados por diversas vezes os termos “profissionais de saúde mental” e “profissionais de ajuda”, em vez de nos referirmos diretamente à população alvo da presente investigação. Isto deveu-se ao facto da maioria dos artigos empíricos dirigir-se à QVP de múltiplos profissionais do ramo da saúde mental. Embora este tema tenha vindo a ser alvo de particular atenção nos últimos tempos, é raro a literatura focar-se exclusivamente nos fenómenos do stress profissional dos psicólogos clínicos, carecendo de estudos que avaliam a QVP dos profissionais desta área específica (Velasco et al., 2023).

Os efeitos das estratégias de *coping* e do autocuidado dos profissionais de ajuda estão cada vez mais presentes na literatura, mas raramente são estudados paralelamente (Killian, 2008). Deste modo, o desenvolvimento de um estudo que articule a QVP, as estratégias de *coping* e o autocuidado dos psicólogos clínicos em Portugal torna-se fundamental para compreendermos como é que os psicólogos sentem relativamente à sua prática profissional, condições laborais e o que fazem para lidar com os desafios inerentes à sua profissão. Os objetivos desta investigação baseiam-se em: 1) explorar as relações entre as dimensões da QVP e as características sociodemográficas e do trabalho e formação profissional dos psicólogos clínicos em Portugal; 2) investigar se as dimensões da QVP variam consoante o

tipo de estratégias de *coping* utilizado; 3) compreender se a relação entre o tipo de estratégias de *coping* mais preditivo de cada dimensão da QVP é mediada pelo autocuidado.

Método

Desenho do Estudo

Este estudo caracteriza-se como quantitativo, descritivo-exploratório e correlacional, com um desenho de corte transversal, uma vez que a recolha dos dados foi feita num único momento através do preenchimento de um questionário online.

Participantes

A amostra do estudo, não probabilística e por conveniência, é composta por 456 psicólogos clínicos (403 mulheres e 53 homens) que residem em Portugal e exercem atualmente a profissão. Os participantes têm idades compreendidas entre os 21 e os 66 anos ($M = 37$, $DP = 10$), apenas seis não são de nacionalidade portuguesa (cinco de origem brasileira e um de origem suíça) e mais de metade encontra-se solteiro (51,3%). No que diz respeito à zona geográfica de residência, verifica-se que é no centro que vivem mais respondentes (49,8%), seguindo-se o norte (29,6%), sul (17,1%) e ilhas (3,5%).

Tabela 1

Características do Trabalho e da Formação Profissional (N=456)

Variável	N (%) ou Média (DP)
Anos de Experiência Profissional (M , DP)	11 (9,3)
Grupos Etários Acompanhados	
Crianças	226 (49,6)
Adolescentes	330 (72,4)
Adultos e Idosos	381 (83,6)
Vinculação Laboral - $N=451$	
Contrato sem Termo	124 (27,2)
Contrato de Trabalho a Termo Certo	73 (16)

Contrato de Trabalho a Termo Incerto	32 (7)
Contrato de Prestação de Serviços	45 (9,9)
Recibos Verdes (sem contrato)	168 (36,8)
Empresa Própria	9 (2)
Carga Horária Semanal Laboral (<i>M, DP</i>)	35 (11,4)
Ordenado Mensal (<i>M, DP</i>) - <i>N=421</i>	1583 (1014,3)
Grau Académico	
Licenciatura (pré Bolonha)	83 (18,2)
Mestrado	352 (77,2)
Doutoramento	21 (4,6)
Tem ou está a fazer Formação em Psicoterapia	
Sim	199 (43,6)
Não	257 (56,4)
Orientação Teórica predominante da Prática	
Profissional - <i>N=455</i>	
Cognitivo-Comportamental	213 (46,7)
Psicanalítica / Psicodinâmica	97 (21,3)
Existencial ou Fenomenológica	9 (2)
Sistémica ou Familiar	43 (9,4)
Humanista ou Centrada no Cliente	19 (4,2)
Integrativa ou Eclética	64 (14)
Outras	10 (2,2)
Recebe Acompanhamento Psicológico atualmente	
Sim	179 (39,3)
Não	271 (59,4)
Preferiu não responder	6 (1,3)
Recebeu Acompanhamento Psicológico no passado	
Sim	328 (71,9)
Não	119 (26,1)
Preferiu não responder	9 (2)

A Tabela 1 permite uma análise detalhada das características do trabalho e da formação profissional dos psicólogos clínicos que trabalham no nosso país. Destaca-se o facto de adultos e idosos serem os pacientes mais prevalentes dos questionados (83,6%); da modalidade de vinculação laboral “recibos verdes” ser a mais comum (36,8%); de quase metade dos psicólogos ter ou estar a realizar uma formação em psicoterapia (43,6%); das psicoterapias cognitivo-comportamentais serem a orientação teórica predominante de quase metade (46,7%); e da maioria não receber acompanhamento psicológico no presente (59,4%). Como se pode verificar em algumas análises descritivas, a dimensão da amostra não corresponde ao total, pois existiram omissões ou erros nas respostas dos participantes.

Durante a recolha da amostra, foi excluído apenas um participante – um psicólogo clínico que trabalha num contexto empresarial. Este contexto profissional acaba por não ser elegível para o presente estudo, pela natureza das variáveis do estudo, associadas à entrevista clínica e ao contexto próprio da psicoterapia e não propriamente a contextos empresariais, onde os propósitos da prática do psicólogo diferem. O principal critério de inclusão passou por aceitar respostas de psicólogos clínicos juniores, acrescentando-se a seguinte instrução na questão relativa aos anos de experiência profissional – “Caso esteja a realizar o ano profissional júnior arredonde para 1”.

Instrumentos

Para investigar a QVP dos psicólogos clínicos em Portugal, foram utilizados quatro instrumentos principais.

Questionário das Características Sociodemográficas e do Trabalho e Formação

Profissional: este questionário foi desenvolvido especificamente para este estudo, incluindo cinco questões referentes a dados sociodemográficos dos participantes e 10 questões

destinadas às suas características do trabalho e formação profissional. O conjunto de 15 questões permitiu caracterizar a amostra.

Escala de Qualidade de Vida Profissional, versão 5 (ProQOL): desenvolvida por Stamm (2010) e traduzida para a linguagem portuguesa por Carvalho (2011), a ProQOL é um questionário de autorrelato, composto por 30 itens, em que as respostas são dadas numa escala de likert de 4 pontos, variando do 1 (nunca) ao 5 (muito frequentemente). A escala compreende três subescalas – SC, Burnout e STS –, cada uma composta por 10 itens. Na presente investigação os níveis de confiabilidade da escala foram adequados – SC ($\alpha=.86$), Burnout ($\alpha=.72$) e STS ($\alpha=.71$) –, tal como se verificou na adaptação da escala para a linguagem portuguesa.

Questionário “Brief COPE” (QBF): originalmente desenvolvido por Carver (1997), o QBF é uma medida multidimensional que avalia as diferentes estratégias de *coping* utilizadas por indivíduos em resposta a estímulos stressores. A versão reduzida deste questionário, adaptada para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004), possui 28 itens divididos por 14 subescalas. As respostas são dadas numa escala tipo likert de 4 pontos, variando de 0 (não tenho feito isto) a 3 (tenho feito isto bastante). Para este estudo, foi utilizada a versão portuguesa da escala, que revelou níveis adequados de consistência interna. Teoricamente, consideraram-se as alterações propostas por Dias e colaboradores (2012), que reagruparam os 14 fatores em 3 dimensões principais na linguagem portuguesa: Estratégias de *Coping* focadas nos Problemas (ECFP) – composta por 8 itens, agrupa os fatores originais *coping* ativo, utilização de suporte instrumental, planeamento e reinterpretação positiva, em que pontuações elevadas revelam resiliência psicológica e uma abordagem prática à resolução de problemas; Estratégias de *Coping* focadas nas Emoções (ECFE) – constituída por 12 itens e pelos fatores originais expressão de sentimentos, utilização de suporte emocional, humor, aceitação, autoculpabilização e religião, na qual um score mais elevado revela uma maior capacidade de

regular as emoções perante uma situação stressante; Estratégias de *Coping* Evitantes (ECE) – reúne 8 itens que avaliam as subescalas originais de autodistração, negação, uso de substâncias e desinvestimento comportamental, onde pontuações elevadas revelam esforços físicos ou cognitivos para distanciar-se ao máximo do stressor, enquanto pontuações baixas indicam, usualmente, uma adaptação positiva ao stress. Na presente investigação, registaram-se os seguintes níveis de confiabilidade: ECFP ($\alpha=.81$), ECFE ($\alpha=.75$), ECE ($\alpha=.64$).

Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP): originalmente desenvolvida por Dorociak e colaboradores (2017), a *Self-Care Assessment for Psychologists Scale (SCAP)* foi adaptada para a população portuguesa por Reis (2020). O seu objetivo é avaliar o autocuidado de psicólogos e de outros profissionais da área da saúde mental através de um conjunto de 21 questões. As respostas são dadas numa escala de Likert de 7 pontos, variando de 1 (nunca) a 7 (sempre), solicitando-se ao participante que indique com que frequência pratica o comportamento descrito em cada item. Esta medida compreende cinco subescalas fatorialmente isoladas: apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, estratégias cognitivas e equilíbrio diário. No presente estudo foi aplicada a versão portuguesa da escala, que apresentou propriedades psicométricas adequadas. Dados os objetivos da presente investigação, será considerado o score total da escala e não os scores individuais das cinco dimensões, permitindo uma avaliação global do autocuidado entre os psicólogos clínicos em Portugal. A escala total apresentou uma boa consistência interna, com um valor de Alfa de *Cronbach* de .89.

Procedimento

A construção do protocolo da investigação foi realizada com recurso ao *Google Forms*. O protocolo inicia-se com o consentimento informado (Anexo A), em que é descrito, concisamente, o propósito do estudo. Além disto, é clarificada a população alvo, a confidencialidade e o anonimato das respostas – após os participantes perceberem que podem

desistir do estudo a qualquer momento e que as informações recolhidas serão meramente utilizadas para fins estatísticos, decidem se aceitam participar. Segue-se o questionário sociodemográfico e das características do trabalho e da formação profissional, o ProQOL, o QBF e a EAAP, pela respetiva ordem.

Antes de se proceder à recolha da amostra, foram realizados dois testes piloto, de modo a confirmar a compreensão de todas as questões, a inexistência de erros e a estimativa de duração do preenchimento do protocolo. Adicionalmente, procurou-se compreender como é que o próprio poderia ser aprimorado, incentivando-se sugestões. Assim, foi sugerido que se questionasse não só se o psicólogo recebia acompanhamento psicológico/psicoterapêutico atualmente, como também se já tinha recebido apoio psicológico/psicoterapêutico no passado – esta questão foi acrescentada ao questionário sociodemográfico e das características do trabalho e da formação profissional. O tempo estimado para o preenchimento do protocolo fixou-se nos 12 minutos.

Por último, procedeu-se à escrita do convite para a participação do estudo, e, com todas as condições reunidas, à recolha da amostra. De modo a alcançar o máximo de profissionais na área da psicologia clínica, a recolha fez-se por diversos meios de comunicação: inicialmente foi bastante utilizada a rede de contactos dos autores do estudo; seguiu-se uma fase de envio de e-mails a psicoterapeutas que se encontram inscritos em diversas associações portuguesas de psicoterapia, com os seus e-mails públicos nos respetivos sites; recorreu-se bastante às redes sociais, divulgando o convite em grupos de psicólogos clínicos no *Facebook*, a contas de *Instagram* de psicólogos clínicos e de páginas dedicadas à psicologia/psicoterapia, e, nomeadamente, a psicólogos clínicos que se encontram no *LinkedIn*. No convite de participação, não só ficou claro que a colaboração no estudo era muito agradecida e valorizada, como também a partilha com profissionais da mesma área.

Análise de dados

O momento que ditou o encerramento da fase de recolha da amostra, ditou também o início da construção da base de dados no *Software IBM SPSS Statistics v. 27*. Depois das variáveis terem sofrido as necessárias transformações e terem sido organizadas na base de dados, iniciaram-se as análises estatísticas. Primeiramente, foi efetuada uma análise descritiva com recurso à média, desvio-padrão e frequências relativas das variáveis sociodemográficas e das características do trabalho e da formação profissional, com o objetivo de caracterizar a amostra e perceber a distribuição dos dados recolhidos. Posteriormente, analisou-se a fiabilidade de cada instrumento e das suas dimensões constituintes, de modo a compreender a consistência interna das medidas utilizadas para avaliar as variáveis da investigação.

De seguida, procedeu-se à análise estatística do primeiro dos três principais objetivos do estudo (Explorar as relações significativas entre as dimensões da QVP e as características dos psicólogos clínicos em Portugal). Dado o seu carácter exploratório, foram efetuados 48 testes estatísticos no total, entre correlações de *Pearson*, testes *t* e *One-Way* Anovas.

Relativamente à análise estatística do segundo objetivo (Investigar se as dimensões da QVP variam consoante o tipo de estratégias de *coping* utilizado), foram conduzidos três modelos de regressão linear múltipla, um para cada variável dependente. Em todos os modelos, apenas um dos cinco pressupostos da regressão linear múltipla não foi verificado – o R^2 ajustado apresentou níveis entre 21% e 26%, explicando uma variância inferior a 50% (Marôco, 2018).

Por último, para o terceiro objetivo da investigação (compreender se a relação entre o tipo de estratégias de *coping* mais preditivo de cada dimensão da QVP é mediada pelo autocuidado) foi necessária a instalação da extensão *Process* v4.2, criada por Andrew Hayes, para o software estatístico *SPSS*. A análise das hipóteses de mediação foi efetuada com recurso ao modelo 4 do respetivo programa, produzido para testar os efeitos diretos e

indiretos da mediação. Os resultados foram obtidos através de um método não paramétrico, *Bootstrapping*, em que são geradas 5000 reamostragens de modo a realizar fiavelmente a análise.

O nível de significância utilizado para todas as análises efetuadas foi de 0.05. Na avaliação da intensidade das correlações de *Pearson*, foram considerados os seguintes valores de referência: *r* compreendido entre 0,10 e 0,29 traduz uma correlação fraca; *r* compreendido entre 0,30 e 0,49 traduz uma correlação moderada, *r* superior a 0,50 traduz uma correlação forte.

Resultados

Objetivo 1: Explorar as relações entre as dimensões da QVP e as características dos psicólogos clínicos em Portugal

No primeiro objetivo deste estudo foram considerados os scores das três dimensões da QVP e as frequências das 10 variáveis pertencentes ao questionário das características sociodemográficas e do trabalho e formação profissional. Uma vez que as três variáveis dependentes dizem respeito a escalas, o teste estatístico utilizado variou consoante a natureza da variável independente.

Tabela 2

Médias, Desvios Padrão e Correlações entre as Variáveis em Estudo

	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3
1. SC	40,68	4,88	–		
2. Burnout	22,02	4,62	-.69*	–	
3. STS	20,67	4,24	-.28*	.46*	–
4. Idade	36,60	10,01	.04	-.03	-.04
5. Anos de Experiência Profissional	10,96	9,25	.02	-.02	-.06
6. Carga Horária Laboral Semanal (h)	35,07	11,40	-0.5	.14*	-.03
7. Ordenado (N=421)	1583	1014	-.16*	.14*	-.15*

Nota: * $p < ,05$

Na tabela 2 podemos observar as correlações entre as dimensões da QVP e as variáveis contínuas do questionário das características sociodemográficas e do trabalho e formação profissional. Através da sua análise, compreendemos que a carga horária semanal se relacionou significativamente com o burnout, registando uma correlação positiva fraca. No que diz respeito ao ordenado, apresentou relações significativas com as três dimensões da QVP – obteve correlações negativas fracas com a SC e STS, e uma correlação positiva fraca com o burnout. Note-se, adicionalmente, que a idade dos participantes não se correlacionou com nenhuma dimensão da QVP.

De seguida, pretendeu-se perceber se existiam diferenças significativas na QVP entre os grupos das restantes variáveis do questionário das características sociodemográficas e do trabalho e formação profissional.

Começamos pela SC, que se relacionou significativamente com mais uma variável do questionário – o grupo etário acompanhado. O teste *t* revelou-nos que a média da SC dos psicólogos clínicos que acompanham adolescentes ($M = 41,04$, $DP = 4,78$) é significativamente diferente daqueles que não acompanham ($M = 39,74$, $DP = 5,03$); $t(456) = 2,56$, $p = .01$. O contacto clínico com indivíduos que se encontrem a passar pela fase da adolescência associou-se, deste modo, a níveis maiores de SC.

Tal como a SC, também o STS apresentou diferenças estatisticamente significativas nos seus níveis de acordo com o grupo etário acompanhado. Os participantes que acompanham adultos e idosos apresentaram uma menor média de STS ($M = 20,49$, $DP = 4,13$), significativamente menor daqueles que não acompanham ($M = 21,61$, $DP = 4,73$); $t(456) = -2,11$, $p = .04$. Além desta diferenciação nos seus níveis, o STS estabeleceu mais uma relação significativa, com o género – a média do grupo feminino ($M = 20,82$, $DP = 4,26$) revelou-se significativamente diferente da média do grupo masculino ($M = 19,55$, $DP = 4,05$);

$t(456) = 2,06, p = .04$. Apesar de ambos géneros terem evidenciado níveis baixos de STS, psicólogas clínicas evidenciaram níveis ligeiramente mais altos do que psicólogos clínicos.

No que concerne o burnout, foi a dimensão da QVP que se associou significativamente com mais variáveis do questionário das características sociodemográficas e do trabalho e formação profissional – foram cinco, incluindo o ordenado e carga horária semanal, já exemplificados na tabela 2. Começamos pelas diferenças dos níveis de burnout na variável estado civil, onde foi encontrado um efeito principal estatisticamente significativo, $F(2,45) = 4,24, p = .02$. O teste *post hoc* de *Tukey* revelou que os psicólogos casados ou em união de facto ($M = 22,32, DP = 4,39$) apresentaram níveis ligeiramente inferiores de burnout do que os psicólogos solteiros ($M = 22,62, DP = 4,70$), $p = .01$. Tal como se verificou com as outras duas dimensões da QVP, também o burnout dos participantes registou diferenças de acordo com o grupo etário acompanhado – foi ligeiramente menor para profissionais que atendem adultos e idosos ($M = 21,79, DP = 4,62$) face aos que não atendem ($M = 23,20, DP = 4,47$), $t(456) = -2,43, p = .01$. Por último, o tipo de vinculação laboral também determinou diferenças nos níveis de burnout dos psicólogos clínicos em Portugal, tendo sido observado um efeito principal estatisticamente significativo, $F(5,45) = 4,59, p < .01$. O teste *post hoc* de *Tukey* assinalou diferenças significativas em dois pares de grupos: os psicólogos detentores de empresa própria ($M = 17,22, DP = 3,80$) manifestaram menos burnout do que os psicólogos que trabalham sob um contrato sem termo ($M = 22,88, DP = 4,59$), $p = .01$, e do que os psicólogos que trabalham sob um contrato de trabalho a termo certo ($M = 23,12, DP = 4,18$), $p = .01$.

Objetivo 2: Investigar se as dimensões da QVP variam consoante o tipo de estratégias de coping utilizado

No segundo objetivo da investigação, pretendeu-se perceber a influência dos tipos de estratégias de *coping* nas diferentes dimensões da QVP dos psicólogos clínicos em Portugal.

Tal como foi explicado anteriormente, foram conduzidos três modelos de regressão linear múltipla, um para cada variável dependente.

Tabela 3

Regressão Linear Múltipla prevendo a Satisfação por Compaixão

Variável	β	95% IC	Erro Padrão	t	p
Constante	–	[37,52, 42,74]	1,33	3,25	< .001
EFCP	.45	[.38, .64]	.07	7,67	< .001
EFCFE	-.15	[-.26, -.03]	.06	-2,45	.02
ECE	-.30	[-.77, -.42]	.09	-6,69	< .001

Nota. $R^2 = .22$, $F(3,45) = 52,92$, $p < .001$

A tabela 3 permite-nos aferir que todos os tipos de estratégias de *coping* são preditores significativos da SC dos psicólogos clínicos em Portugal. As EFCP foram as que registaram maior valor preditivo, impactando positiva e moderadamente a satisfação compassiva ($\beta = .45$). As ECE também mostraram ter um impacto moderado, mas negativo, sobre a faceta positiva da QVP ($\beta = .30$). No que concerne as EFCFE, verificou-se que foram as que menos previram a SC, revelando um impacto fraco e negativo na mesma ($\beta = -.15$). Estes resultados sugerem que o tipo de estratégia de *coping* adotada pelos psicólogos clínicos em Portugal influencia significativamente os seus níveis de SC. As EFCP constituem um efeito benéfico para a própria, enquanto as EFCFE e as ECE formam um efeito prejudicial.

Tabela 4

Regressão Linear Múltipla prevendo o Burnout

Variável	β	95% IC	Erro Padrão	t	p
Constante	–	[16,99, 21,81]	1,23	15,84	< .001
EFCP	-.39	[-.54, -.30]	.06	-6,84	< .001
EFCFE	.14	[.02, .23]	.05	2,27	.02
ECE	.40	[.60, .92]	.08	9,19	< .001

Nota. $R^2 = .26$, $F(3,45) = 42,73$, $p < .001$

O segundo modelo de regressão, apresentado na tabela 4, revela, novamente, que todos os tipos de estratégias de *coping* preveem significativamente o burnout entre os psicólogos clínicos em Portugal. As ECFP demonstraram um efeito negativo e moderado sobre o burnout ($\beta = -.39$), mas foram as ECE que demonstraram maior valor preditivo nesta relação, com um efeito positivo e moderado no burnout ($\beta = .40$). Embora terem tido menor impacto, as ECFE também revelaram um efeito positivo e fraco sobre o burnout ($\beta = .14$). Estes resultados sublinham a importância das estratégias de *coping* adotadas, evidenciando que enquanto as ECFP contribuem para a diminuição do burnout, as ECE e as ECFE têm o efeito contrário.

Tabela 5

Regressão Linear Múltipla prevendo o Stress Traumático Secundário

Variável	β	95% IC	Erro Padrão	t	p
Constante	–	[8,56, 13,11]	1,16	9,37	< .001
EFCP	-.13	[-.24, -.01]	.06	-2,21	.03
EFCFE	.25	[.11, .31]	.05	4,06	< .001
ECE	.37	[.48, .79]	.08	8,13	< .001

Nota. $R^2 = .22$, $F(3,45) = 42,39$, $p < .001$

No último modelo de regressão, detalhado na tabela 5, verificou-se o mesmo que nos dois anteriores – os três tipos de estratégias de *coping* são preditores significativos de mudanças, desta vez nos níveis de STS dos psicólogos clínicos em Portugal. O único efeito moderado observado foi na relação entre as ECE e o STS, em que se concluiu que o último aumentava na utilização deste tipo de estratégias ($\beta = .37$). No que diz respeito à relação entre as ECFE e os níveis de STS da amostra, verificou-se novamente um efeito positivo, mas fraco ($\beta = .25$). Por último, ficámos a compreender que o STS só diminui quando os participantes recorrem a ECFP, prevendo-se um efeito fraco e negativo ($\beta = -.13$). Estes resultados indicam

que ECFP ou ECE estão associadas a um aumento do STS, enquanto ECFP podem ajudar a reduzi-lo.

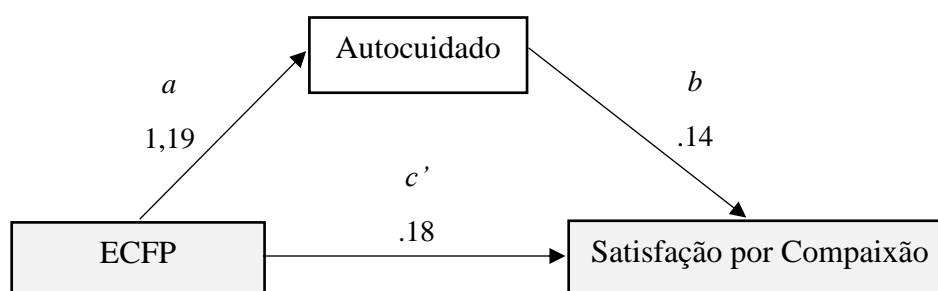
Em suma, as ECFP evidenciaram, invariavelmente, efeitos positivos na QVP – quando utilizadas, a satisfação compassiva pode aumentar e as duas facetas da FC podem ver uma redução nos seus níveis. Este tipo de estratégias revelou ser o único adaptativo, pois as consequências das ECFE e das ECE na QVP colocaram-se no polo exatamente oposto – há a possibilidade de diminuir a SC e de aumentar a FC nas suas duas dimensões.

Objetivo 3: Compreender se a relação entre o tipo de estratégias de *coping* mais preditivo de cada dimensão da QVP é mediada pelo autocuidado

O último objetivo desta investigação visa explorar o papel mediador do autocuidado na relação entre o tipo de estratégias de *coping* que registou maior valor preditivo para cada umas das três dimensões da QVP. Como consta supramencionado, no caso da satisfação compassiva foram as ECFP ($\beta = .45$), enquanto para o burnout e o STS foram as ECE ($\beta = .40$) e ($\beta = .37$), respetivamente. Considerando os níveis de variância explicada nos modelos de regressão linear – 22% tanto para a SC com as ECFP, como para o STS com as ECE, e 26% para o burnout com as ECE – espera-se que o autocuidado possa ser um fator adicional relevante que explique melhor as relações observadas.

Tabela 6*Resultados da análise de Mediação para a Satisfação por Compaixão*

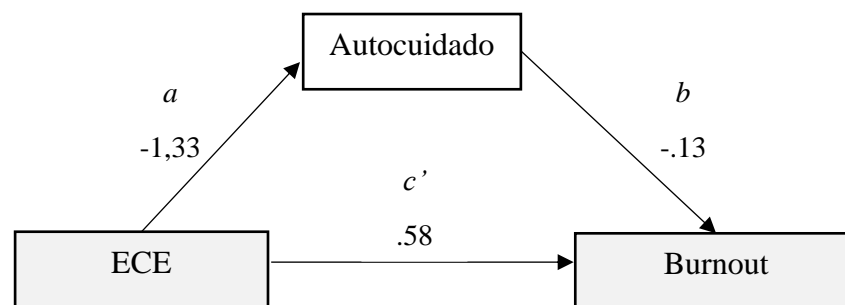
Antecedente	M (Autocuidado)					Y (SC)				
	<i>a</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	β	<i>c'</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	β
X (EFCP)	<i>a</i>	1,19	.16	.000	7,44	<i>c'</i>	.18	.05	< .001	3,72
M (Autocuidado)	-	-	-	-	-	<i>b</i>	.14	.01	.000	10,82
	<i>a*b</i>	.17	.03	< .001	5,09	-	-	-	-	-
		$R^2 = .119$					$R^2 = .283$			
		$F(1,454) = 30,49, p < .001$					$F(2,453) = 59,42, p < .001$			

Figura 1*Modelo de Mediação para a Satisfação por Compaixão*

A partir da análise dos resultados apresentados na tabela 6, deduzimos que o autocuidado medeia significativamente a relação entre as EFCP e a SC. Ao debruçarmo-nos na avaliação dos efeitos específicos do modelo, observamos uma elevada proximidade entre o valor do efeito indireto ($B = .17, p < 0,01$) e o valor do efeito direto ($B = .18, p < 0,01$), revelando uma mediação parcial. Estes resultados indicam-nos que as EFCP influenciam, praticamente em igual medida, a SC tanto de forma direta, como através do autocuidado. No que diz respeito à qualidade geral do modelo, verificamos um aumento comparativamente à qualidade geral da regressão linear múltipla observada no segundo objetivo – a variância explicada passou de 22% para 28%. O autocuidado mostrou-se, deste modo, um fator adicional importante para a variação da SC.

Tabela 7*Resultados da análise de Mediação para o Burnout*

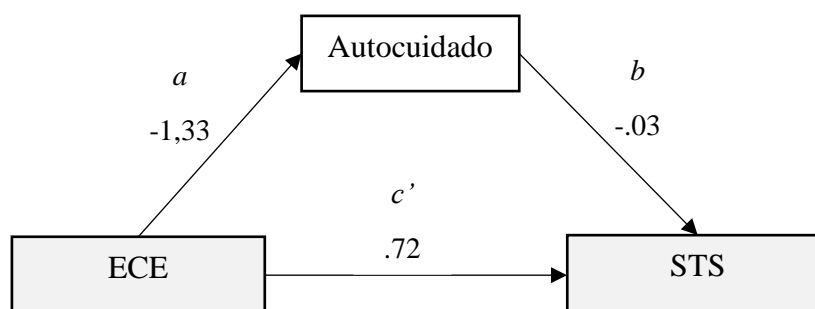
Antecedente	M (Autocuidado)				Y (Burnout)					
	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	β	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	β		
X (ECE)	<i>a</i>	-1,33	.29	.000	-4,53	<i>c'</i>	.58	.07	.000	8,01
M (Autocuidado)	-	-	-	-	-	<i>b</i>	-.13	.01	.000	-11,46
	<i>a*b</i>	.17	.05	.001	3,75	-	-	-	-	-
	$R^2 = .04$				$R^2 = .35$					
	$F(1,454) = 20,50, p < .001$				$F(2,453) = 122,16, p < .001$					

Figura 2*Modelo de Mediação para o Burnout*

A tabela 7 indica-nos que o autocuidado constituiu um papel mediador significativo na relação entre as ECE e o burnout. Contudo, ao compararmos o tamanho dos efeitos, verificamos que o efeito direto ($B = .58, p = 0,00$) foi superior ao efeito indireto ($B = .17, p < 0,01$) – apesar de a mediar significativamente, o autocuidado apresenta-se como um fator secundário nesta relação, uma vez que as ECE afetam o burnout, principalmente, de forma direta. A qualidade geral do modelo, por sua vez, registou valores consideravelmente superiores aos da variância explicada no modelo de regressão linear múltipla entre as duas variáveis – assinalou-se um aumento de 26% para 35% com a inclusão do autocuidado na relação. O autocuidado não só media parcialmente a relação entre as ECE e burnout, como também melhora o ajuste do modelo entre as duas variáveis.

Tabela 8*Resultados da análise de Mediação para o Stress Traumático Secundário*

Antecedente	M (Autocuidado)				Y (STS)			
	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	β	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>	β
X (ECE)	<i>a</i> -1,33	.29	.000	-4,53	<i>c'</i> .72	.07	.000	9,66
M (Autocuidado)	-	-	-	-	<i>b</i> -.03	.01	.002	-2,26
	<i>a*b</i> .04	.02	.06	1,86	-	-	-	-
	$R^2 = .04$				$R^2 = .20$			
	$F(1,454) = 20,50, p < .001$				$F(2,453) = 56,18, p < .001$			

Figura 3*Modelo de Mediação para o Stress Traumático Secundário*

Por último, na tabela 8, conferimos que o autocuidado não mediou significativamente a relação entre as ECE e o STS, dados os valores do efeito indireto ($B = .04, p = .06$). O tamanho elevado do efeito direto ($B = .72, p = .000$) sugere que as ECE afetam o STS, principalmente, de forma direta. No que diz respeito à qualidade geral do modelo, assistimos a uma redução – desceu de 22% na regressão linear múltipla para 20% no presente modelo. A queda na variância explicada sugere que o autocuidado não explica melhor a variabilidade no STS – contrariamente, a sua inclusão como mediador remove parte do efeito direto das ECE sobre o STS.

Discussão

O objetivo geral do presente estudo passou por identificar diversos determinantes da QVP numa amostra de psicólogos clínicos em Portugal. Contudo, antes de nos debruçarmos sobre os determinantes que encontramos nesta investigação, é fundamental compreendermos como estes profissionais pontuaram nos três domínios da QVP. Relativamente à SC dos participantes, concluímos que os participantes sentem bastante prazer e gratificação ao desempenhar o trabalho de psicólogo clínico ($M = 40,68$, $DP = 4,88$). No que concerne o burnout, verificamos que os psicólogos clínicos em Portugal não se encontram sobrecarregados com o seu trabalho ($M = 22,02$, $DP = 4,62$). Por último, constatamos que estes profissionais não experienciam indiretamente os traumas dos seus pacientes, pois apresentam níveis de STS reduzidos ($M = 20,67$, $DP = 4,24$). A QVP dos psicólogos clínicos em Portugal que participaram neste estudo apresenta excelentes indicadores, visto que a SC registou níveis elevados, enquanto as duas dimensões da FC registaram níveis baixos.

De forma a apurar os determinantes da QVP, analisaram-se as relações entre as três dimensões da QVP e características contextuais destes profissionais, tanto sociodemográficas como relacionadas com o seu trabalho e formação. De um modo geral, verificou-se que duas variáveis se relacionaram significativamente com as três dimensões da QVP – o ordenado e o grupo etário acompanhado. Apesar de ter registado apenas correlações fracas, o primeiro revelou ser uma variável importante para os psicólogos clínicos alcançarem bons níveis de QVP, visto que influenciou positivamente a SC e negativamente o STS e o burnout.

Indivíduos com salários maiores poderão estar mais satisfeitos com a sua vida profissional, sentindo-se justamente recompensados pelo esforço diário que dedicam ao seu trabalho, explicando assim a associação positiva com a SC. Contrariamente, psicólogos que não se sintam justamente valorizados pelos serviços que prestam, podem adotar atitudes menos positivas face ao trabalho, potenciando a FC. Relativamente ao grupo etário acompanhado,

concluímos que os psicólogos que acompanham adolescentes sentem mais SC do que os que não acompanham. Tal resultado poderá dever-se ao facto desta fase do desenvolvimento constituir um período único do desenvolvimento pessoal, marcado por desafios psicossociais e identitários, que frequentemente beneficia de competências específicas de psicólogos clínicos (Benson & Bundwick, 2020). Adicionalmente, verificamos que os psicólogos que atendem adultos e idosos sentem menos burnout e STS comparativamente aos que não atendem – traumas e problemáticas complexas nestas fases de vida podem impactar emocionalmente o psicólogo de outra forma, visto que crianças e adolescentes constituem uma população mais vulnerável e dependente, potenciando a ocorrência de FC dada a preocupação empática por estes clientes.

Além das duas variáveis que se relacionaram com as três dimensões da QVP, observaram-se outras associações relevantes. No que diz respeito ao género, observámos que as psicólogas clínicas sentem mais STS do que os psicólogos clínicos. Contudo, devemos abordar estes resultados com cuidado, visto que o número de mulheres que participaram neste estudo é consideravelmente superior ao número de homens. A carga de trabalho, que tem sido apontada como um dos principais determinantes de FC na literatura (Ray et al, 2023; Turgoose & Maddox, 2017), foi significativa somente para os níveis de burnout dos participantes, visto que os que trabalham mais horas por semana apresentaram mais burnout. Os psicólogos que se encontram casados ou em união de facto apresentaram níveis de burnout mais baixos dos que aqueles se encontram solteiros, resultado que poderá estar associado à importância do apoio conjugal na regulação das emoções que o acompanhamento psicológico a indivíduos em sofrimento psicológico provoca. Os níveis de burnout também diferenciaram significativamente de acordo com o tipo de vinculação laboral – os psicólogos detentores de empresa própria (e.g., o seu consultório, a sua clínica) apresentaram níveis mais baixos de burnout comparativamente aos que trabalham por um contrato de trabalho sem termo ou a

termo certo. Mais uma vez, devemos interpretar este último resultado com cautela, devido ao número muito reduzido de psicólogos com empresa própria ($N = 9$).

O tipo de estratégias de *coping* utilizado foi selecionado como uma variável que poderia influenciar a QVP dos psicólogos clínicos em Portugal. Através dos modelos de regressão linear múltipla efetuados, verificámos a existência de diversas relações entre os três tipos de estratégias de *coping* e as três dimensões da QVP. Ao recorrerem a ECFP, os psicólogos clínicos apresentaram mais SC e menos burnout – as ECFP assumem-se, desta forma, como o tipo de estratégias de *coping* que os psicólogos devem adotar, de modo a sentirem-se mais satisfeitos e menos exaustos com o seu trabalho. Ao focarem-se concretamente na resolução dos problemas que os clientes trazem para as consultas, refletindo nas técnicas, estratégias e ferramentas que devem utilizar para cada caso clínico, os psicólogos percecionarão qualidade e competência no seu trabalho, aumentando, naturalmente, a SC. No que diz respeito às ECFE, verificou-se que quando utilizadas, os níveis de STS dos psicólogos clínicos em Portugal aumentam ligeiramente. A exposição aos traumas e sofrimento psicológico dos clientes, desperta, frequentemente, emoções que podem ser difíceis de gerir nos psicólogos clínicos, como tristeza, raiva e ansiedade. Se o profissional for incapaz de regular estas emoções, estará a aumentar o stress profissional, potenciando o desenvolvimento de STS, podendo mesmo espelhar as emoções do cliente. Adicionalmente, os resultados mostraram-nos que adoção de ECE conduz os psicólogos a menor SC e a maiores níveis de burnout e STS. Naturalmente, ao evitar pensar sobre os desafios e problemáticas que os seus clientes trazem para os encontros psicoterapêuticos, envolvendo-se em atividades distratoras que os distanciam das suas responsabilidades, os psicólogos vão-se tornar menos competentes, eficazes e comprometidos com o seu trabalho, podendo prejudicarem-se a si próprio – diminuindo a SC e aumentando a FC –, e também os clientes.

O autocuidado foi considerado como um possível mediador na relação entre o tipo de estratégias de *coping* mais preditivo de cada uma das dimensões da QVP. A importância do autocuidado para a QVP dos psicólogos clínicos em Portugal ficou evidenciada: os resultados mostraram que o autocuidado medeia a relação entre as ECFP e a SC, constituindo efeitos positivos nas duas variáveis – quando os psicólogos adotam ECFP, estarão a promover práticas de autocuidado, que, por sua vez, aumentam a SC que sentem no seu trabalho. Do mesmo modo, o autocuidado medeia a relação entre as ECE e o burnout, mas contrariamente às ECFP, as ECE contribuem para uma diminuição do autocuidado, o que explica a relação positiva que se verificou entre as ECE e a FC. Ao introduzirmos o autocuidado como mediador nestas relações, verificámos diferenças na variância explicada das dimensões da QVP, comparativamente à variância explicada que se registou nos modelos de regressão linear múltipla. O autocuidado apresentou-se como um fator adicional relevante para explicar a variância da SC dos psicólogos clínicos em Portugal – a qualidade geral do modelo revelou-nos que a adoção de ECFP e de práticas de autocuidado em conjunto influenciam mais a SC do que somente o uso de ECFP. Do mesmo modo, o autocuidado aumentou a variância explicada do burnout dos psicólogos clínicos em Portugal – a qualidade geral do modelo ditou que a utilização de ECE e a não adoção de práticas de autocuidado em simultâneo influenciam mais o burnout do que apenas o uso de ECE. Por outro lado, a variância explicada do STS pela utilização de ECE assistiu a uma ligeira redução quando introduzimos o autocuidado como mediador nesta relação – devemos ter em consideração a utilização de ECE, mas não a adoção de práticas de autocuidado, uma vez não constituem um fator relevante para compreender o STS dos psicólogos clínicos em Portugal.

Limitações

Após uma análise global, identificamos e reconhecemos algumas limitações no presente estudo. A amostra é de conveniência e não aleatória, o que impossibilita a

generalização dos resultados para a população portuguesa. Os dados dos participantes foram recolhidos através do preenchimento de um questionário de autorrelato, o que pode ter comprometido a sinceridade das respostas dos participantes, dados os problemas estruturais deste tipo de instrumentos, como a desejabilidade social e enviesamentos de memória. Identificámos uma limitação ao não termos acrescentado uma pergunta no questionário sociodemográfico e das características do trabalho e formação profissional – visto que a FC e a SC estão enraizadas na área de estudo da traumatologia, deveríamos ter incluindo uma questão para controlar a frequência com que os participantes atendem clientes diagnosticados com PTSD no seu quotidiano profissional. Seria interessante comparar a FC e a SC dos psicólogos clínicos que trabalhem frequentemente com indivíduos diagnosticados com PTSD com a FC e SC daqueles que trabalham menos tempo com estes pacientes.

Na análise estatística, apontámos duas limitações. A primeira consiste na questionabilidade da validade de alguns resultados obtidos no primeiro objetivo desta investigação, visto que em algumas análises foram comparados grupos com dimensões de amostra muito diferentes, aumentando a probabilidade da violação do pressuposto de homogeneidade de variâncias e da ocorrência de erros tipo um e dois. A segunda limitação está relacionada com a confiabilidade dos resultados que foram obtidos nas análises que utilizaram a subescala do QBF que mede as ECE – a consistência interna desta escala apresentou um índice questionável ($\alpha=.64$), logo devemos interpretar cuidadosamente todos os resultados que foram tidos na sua utilização.

Contribuições

Este estudo foi pioneiro ao estudar simultaneamente a QVP, o tipo de estratégias de *coping* e o autocuidado dos psicólogos clínicos que vivem em Portugal, devolvendo importantes contributos para a compreensão do bem-estar psicológico destes profissionais. Recentemente, Barros e colaboradores (2019) conduziram um estudo em Portugal, onde

concluíram que os psicólogos clínicos estavam sujeitos a experienciar mais riscos psicossociais relacionados com trabalho – elevadas cargas de trabalho, situações emocionalmente intensas e exigências éticas difíceis de gerir –, do que psicólogos educacionais e organizacionais. As conclusões do estudo mencionado destacam a pertinência e relevância desta investigação, que se dirigiu exatamente aos psicólogos pertencentes à área que apresentou maiores riscos psicossociais. A maior parte dos estudos presentes na literatura dedica-se a analisar as dimensões da QVP em profissionais de ajuda ou de saúde mental no geral, tal como tinha sido referido na secção “O presente estudo”. A atual dissertação diferencia-se, na medida em que se dedica apenas aos profissionais da área da psicologia clínica, permitindo uma análise mais específica e detalhada das particularidades desta profissão.

Sabendo como os psicólogos clínicos se sentem relativamente à sua QVP e como agem e se comportam para lidar com uma série de desafios naturais do seu trabalho com clientes em sofrimento, é fundamental na promoção do bem-estar psicológico destes profissionais. É importante que estejam consciencializados sobre os fenómenos do stress profissional, para no caso de surgirem indícios de FC souberem o que podem e devem fazer para contrariá-los. Do mesmo modo, devem estar informados sobre as estratégias e práticas que devem adotar para se sentirem satisfeitos com o seu trabalho e profissão, para alcançarem bons níveis de SC. Este estudo assinalou pontos importantes na compreensão destas temáticas, ao ter relacionado a FC e a SC com o tipo de estratégias de *coping* e o autocuidado em conjunto. Ficámos a saber que o uso de ECFP e de práticas de autocuidado são potenciadores de SC, enquanto a utilização de ECFE e de, nomeadamente, ECE, aumentam a FC. De um modo geral, a QVP dos psicólogos clínicos em Portugal encontra-se com bons indicadores, com a adoção de estratégias de *coping* adaptativas e práticas de autocuidado a desempenharem um papel determinante.

Referências

- Baker, C., & Gabriel, L. (2021). Exploring how therapists engage in self-care in times of personal distress. *British Journal of Guidance and Counselling*, 49(3), 435–444. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1885010>
- Barros, C., Baylina, P., Fonte, C., & Alves, S. (2019). Psychosocial risks factors among psychologists: What are we talking about? Em *Studies in Systems, Decision and Control* (Vol. 202, pp. 541–552). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3_58
- Benson, P. L., & Bundick, M. (2020). Erikson and adolescent development: Contemporary views on an enduring legacy. *Journal of Child and Youth Care Work*, 25, 195–205. <https://doi.org/10.5195/jcycw.2015.81>
- Birck, A. (2001). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 85–90. <https://doi.org/10.1177/153476560100700203>
- Bowen, N., & Moore, J. (2014). Common characteristics of compassionate counselors: A qualitative study. *International Journal for The Advancement of Counselling*, 36(1), 17. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9187-7>
- 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>
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da Escala Professional Quality of Life-5*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade Católica Portuguesa.
- Chachula, K. M. (2022). A comprehensive review of compassion fatigue in pre-licensure health students: antecedents, attributes, and consequences. *Current Psychology*, 41(9), 6275–6287. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01122-3>

- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Deighton, R. M. K., Gurrus, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63–75. <https://doi.org/10.1002/jts.20180>
- Dias, C., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2012). The relationship between multidimensional competitive anxiety, cognitive threat appraisal, and coping strategies: A multi-sport study. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(1), 52–65. <https://doi.org/10.1080/1612197x.2012.645131>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for psychologists. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325–334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric Review of Compassion Fatigue Self-Test. Em B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation* (pp. 127-130). Sidran Press.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner/Routledge. <https://www.researchgate.net/publication/326273881>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>

- Jacobson, J. M. (2012). Risk of Compassion Fatigue and Burnout and Potential for Compassion Satisfaction Among Employee Assistance Professionals: Protecting the Workforce. *Traumatology*, 18(3), 64–72. <https://doi.org/10.1177/1534765611431833>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–121. <https://doi.org/10.1097/00152193-199204000-00035>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32–44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Klein, C. J., Riggenbach-Hays, J. J., Sollenberger, L. M., Harney, D. M., & McGarvey, J. S. (2018). Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(6). <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>
- La Mott, J., & Martin, L. A. (2019). Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes in mental health providers working with trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1066–1083. <https://doi.org/10.1002/jclp.22752>
- Larsen, D., & Stamm, B. H. (2008). Professional Quality of Life and Trauma Therapists. Em *Trauma, Recovery, and Growth* (pp. 275–293). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118269718.ch14>
- Laverdière, O., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2019). Clinicians' empathy and professional quality of life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(2), 49–52. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000927>
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16(5), 607–611. <https://doi.org/10.1080/08870440108405530>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout*. Em *Journal of Occupational Behaviour* (Vol. 2).

- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição. *ReportNumber, Lda*.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Em *Journal of Traumatic Stress* (Vol. 3).
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. Em *Best Practices in Mental Health* (Vol. 6, Número 2).
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2016). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. Em *Trauma, Violence, and Abuse* (Vol. 17, Número 3, pp. 306–313). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/1524838015584365>
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving It at the Office, First Edition: A Guide to Psychotherapist Self-Care* (First ed., Vol. 1). The Guilford Press.
- Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. Em *Health and Social Care in the Community* (Vol. 30, Número 5, pp. 1680–1694). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/hsc.13741>
- Patole, S., Pawale, D., & Rath, C. (2024). Interventions for Compassion Fatigue in Healthcare Providers—A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. Em *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 12, Número 2). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/healthcare12020171>
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: a Literature Review on Self-Care. Em *International Journal for the Advancement of*

Counselling (Vol. 42, Número 1). Springer. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>

Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology*, *19*(4), 255–267.

<https://doi.org/10.1177/1534765612471144>

Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(1), 3–15.

Rivera-Kloepffel, B., & Mendenhall, T. (2023). Examining the relationship between self-care and compassion fatigue in mental health professionals: A critical review.

Traumatology, *29*(2), 163–173. <https://doi.org/10.1037/trm0000362>

ANEXOS

ANEXO A) Consentimento Informado

O presente estudo insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida -, sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto. O seu objetivo é explorar as relações entre as condições profissionais dos psicólogos clínicos portugueses, a qualidade de vida profissional, as estratégias de coping e o autocuidado, aprofundando a investigação científica em psicologia nestes domínios.

Este estudo destina-se apenas a psicólogos clínicos residentes em Portugal que estejam a exercer a profissão. A sua participação é voluntária, anónima e confidencial, consistindo na resposta ao questionário (tempo estimado: 12 minutos). Pode desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação ou consequência. Os dados serão tratados de modo global, com garantia de confidencialidade e anonimato, para fins académicos e científicos. **Nenhuma informação pessoal será divulgada.** A investigação é somente de natureza académica, sem interesses a declarar ou financiamento de natureza privada.

Agradecemos prontamente a sua disponibilidade e colaboração e estamos à disposição para qualquer esclarecimento, através do contacto: vfsrr99@gmail.com

Vicente Rodrigues

Lisboa, 2023

Consentimento Informado:

Aceito participar, com conhecimento pleno da natureza e propósitos da investigação

ANEXO B) Questionário Sociodemográfico e das Características do Trabalho e

Formação Profissional

1. Idade: _____ anos

2. Género: Masculino; Feminino; Outro: _____

3. Estado Civil: Casado (a)/União de Facto; Solteiro(a); Viúvo(a); Divorciado(a)

4. Nacionalidade: Portuguesa; Outra: _____

5. Distrito de Residência Atual: Aveiro; Beja; Braga; Bragança; Castelo Branco; Coimbra; Évora; Faro; Guarda; Leiria; Lisboa; Portalegre; Porto; Santarém; Setúbal; Viana do Castelo; Vila Real; Viseu; Madeira; Açores; Outro

6. Anos de experiência profissional (desde a conclusão da formação inicial). Caso esteja a realizar o APJ arredonde para 1: _____
7. Local de Trabalho: Hospital; Cuidados de saúde primários; Consultório/Clínica privada; Escola; IPSS; Associação Comunitária; Outro: _____
8. Grupos etários que acompanha (assinale os que se aplicam a si): Crianças; Adolescentes; Adultos e idosos
9. Qual é o tipo de vinculação laboral no seu contrato de trabalho? (se tem mais do que um por favor coloque o mais estável): Contrato de Trabalho sem Termo; Contrato de Trabalho a termo Certo; Contrato de Trabalho a termo Incerto; Contrato de Prestação de Serviços; Recibos Verdes (sem contrato); Outro: _____
10. Qual é, em média, a sua carga horária semanal laboral? (em horas): _____
11. Qual é, em média, o valor líquido do seu rendimento laboral mensal?: _____
12. Grau académico: Licenciatura (pré Bolonha); Mestrado; Doutoramento
13. Tem ou está a fazer formação em psicoterapia numa associação acreditada para o efeito?:
 Sim; Não
14. Qual é a orientação teórica predominante da sua prática profissional?: Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais; Psicoterapias Psicanalíticas/Psicodinâmicas; Psicoterapia Existencial ou Fenomenológica; Psicoterapia Sistémica ou Familiar; Psicoterapia Humanista ou Centrada no Cliente; Psicoterapia Integrativa ou Eclética; Outra
15. Recebe acompanhamento psicológico/psicoterapêutico?: Sim; Não; Prefiro não responder
16. Recebeu acompanhamento psicológico/psicoterapêutico no passado?: Sim; Não; Prefiro não responder