



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**A QUALIDADE DE SONO, AS ESTRATÉGIAS DE *COPING* E A FADIGA POR
COMPAIXÃO EM PSICÓLOGOS CLÍNICOS E PSICOTERAPEUTAS
PORTUGUESES**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Patrícia Dionísio Martins

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria das Dores Pires Gomes

Número da candidata: 30003348

Setembro de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Ao longo do meu percurso acadêmico tive a oportunidade de evoluir e alcançar conhecimentos que vou levar para a vida. Foram anos desafiantes a estudar e a trabalhar, marcados por muito esforço e dedicação para alcançar um dos meus maiores objetivos. A realização desta dissertação foi exigente, com altos e baixos a nível acadêmico e pessoal e por isso pretendo agradecer a todas as pessoas que estiveram do meu lado, me apoiaram e acreditaram em mim.

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Ana Gomes, por toda a ajuda, amabilidade e disponibilidade fornecida na elaboração desta dissertação. É um privilégio receber orientação de alguém com quem me identifico, que sempre me motivou e amparou nas alturas de maiores incertezas. Este caminho foi mais leve graças a si.

Aos meus familiares, principalmente aos meus avós Henrique e Graça, por tudo o que fazem e sempre fizeram por mim. O que sou devo a vocês. São casa e colo. Obrigada por me aceitarem sempre com os meus defeitos e as minhas qualidades. O meu amor por vocês é enorme e será eterno.

Aos meus pais, agradeço por me incentivarem desde o início a seguir o meu maior sonho.

À Andreia, que torna tudo mais fácil por ser uma irmã amiga, que me inspira e que também me vê como um exemplo a seguir. Tenho muito orgulho na nossa relação. Obrigada por acreditares sempre que sou capaz.

Ao Gonçalo, por estar sempre do meu lado, ser porto seguro e acreditar nas minhas capacidades mesmo quando duvido de mim. Sou muito mais feliz por partilharmos a vida juntos!

À Rita, a minha irmã de outra mãe, agradeço por não me deixares desistir e estares presente em todos os momentos importantes da minha vida ao longo de tantos anos.

À Carol, a melhor surpresa e companheira que podia ter tido ao longo da licenciatura, obrigada por teres sido sempre o meu suporte. Todos os momentos, lágrimas e sorrisos que partilhámos juntas serão sempre lembrados.

A todas as pessoas importantes na minha vida, sou muito agradecida pela motivação que me deram, carinho e orgulho que sempre demonstraram ter por mim. Vocês sabem que estão no meu coração.

*“O importante não é aquilo que fazem de nós, mas o que nós mesmos fazemos do que
os outros fizeram de nós” (Jean-Paul Sartre)*

Resumo

O presente estudo de cariz quantitativo e transversal tem como objetivo verificar as associações existentes entre a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas de nacionalidade portuguesa inscritos na Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Participaram nesta investigação uma amostra de 126 psicólogos clínicos e psicoterapeutas com as idades compreendidas entre os 24 e 60 anos ($M = 33.16\%$; $DP = 8.37$), sendo 89.5% ($n = 111$) do género feminino e 10.5% ($n = 13$) do género masculino. Foi aplicado um questionário online constituído por quatro escalas de autorrelato, sendo estas: um questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), a versão reduzida da Escala Toulousiana de *Coping* (ETC-R) e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol) com a finalidade de avaliar a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão. Através dos resultados obtidos, verificam-se associações significativas entre as variáveis. Verificou-se que níveis elevados de fadiga por compaixão estão correlacionados com uma má qualidade do sono. Verificou-se que a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas estão associadas a níveis de fadiga por compaixão e pior qualidade do sono. Não foi possível verificar diferenças significativas na qualidade de sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão em função da prática de supervisão e da quantidade de casos.

Palavras-Chave: Qualidade de sono; Estratégias de *coping*; Fadiga por Compaixão; Psicólogos Clínicos; Psicoterapeutas.

Abstract

This is a quantitative and transversal study intended to investigate the associations between sleep quality, coping strategies and compassion fatigue in portuguese clinical psychologists and psychotherapists registered with the Portuguese Psychologists' Association (OPP). A total of 126 clinical psychologists and psychotherapists between the ages of 24 and 60 participated in this research ($M = 33.16\%$; $DP = 8.37$). 89.5% ($n = 111$) were female and 10.5% ($n = 13$) were male. An online survey was applied including four self-reporting scales: a sociodemographic survey, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the shortened version of the Toulousian Coping Scale (TCS-R) and the Professional Quality of Life Scale (ProQol) in order to determine sleep quality, coping strategies and compassion fatigue. The results revealed significant associations between the variables. It was verified that high levels of compassion fatigue are correlated with poor sleep quality. It was also revealed the use of maladaptive coping strategies is associated with levels of compassion fatigue and poorer sleep quality. It was not found any significant differences in sleep quality, coping strategies and compassion fatigue as a function of supervision practice and number of cases.

Keywords: Sleep Quality; Coping Strategies; Compassion Fatigue; Clinical Psychologists; Psychotherapists.

Índice

Introdução	1
Parte I: Revisão da Literatura.....	4
1. Qualidade do Sono.....	4
<i>1.1. Sono.....</i>	<i>4</i>
1.1.1. O Sono na idade adulta.....	6
1.1.2. Ciclo do Sono.....	6
1.1.3. Estrutura do Sono.....	7
<i>1.2. Qualidade do sono</i>	<i>10</i>
1.2.1. Higiene do Sono.....	11
<i>1.3. Benefícios de uma boa Qualidade de Sono</i>	<i>12</i>
<i>1.4. Perturbações do Sono</i>	<i>12</i>
<i>1.5. Consequências de uma má Qualidade de Sono</i>	<i>14</i>
<i>1.6. Qualidade do Sono em Psicólogos clínicos e psicoterapeutas.....</i>	<i>15</i>
2. Estratégias de coping	18
2.1. Coping	18
2.2. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus	19
2.3. Estratégias de coping.....	21
2.4. Benefícios e consequências da utilização das estratégias de coping	23
2.5. Estratégias de coping em psicólogos clínicos	24
3. Fadiga por compaixão	27
3.1. Conceito de fadiga por compaixão	27
3.1.1. Manifestação da fadiga por compaixão	30
3.2. Modelos teóricos da Fadiga por Compaixão	30
3.2.1. Modelo de Stresse e Fadiga por Compaixão de Figley	30
3.2.2. Modelo de Fadiga por Compaixão e Resiliência de Figley.....	31

3.2.3. Modelo de Fadiga por Compaixão de Beth Stamm	32
3.3. <i>Fatores de risco e fatores de proteção da fadiga por compaixão</i>	35
3.4. <i>A fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas</i>	37
4. A Psicologia Clínica	38
4.1. <i>Psicoterapia</i>	39
4.2. <i>O papel do Psicólogo Clínico</i>	41
4.2.1. Aconselhamento psicológico	42
4.2.2. Avaliação Psicológica	42
4.3. <i>Fatores de risco e fatores de proteção</i>	42
4.4. <i>Supervisão e Intervisão</i>	43
5. Relação entre variáveis	44
5.1. <i>Qualidade de sono e estratégias de coping</i>	44
5.2. <i>Fadiga por compaixão e qualidade de sono</i>	46
5.3. <i>Estratégias de coping e fadiga por compaixão</i>	46
Parte II – Metodologia	48
1. Delineamento do Estudo	48
1.1. <i>Objetivos de Investigação</i>	48
1.2. <i>Hipóteses</i>	48
2. Participantes	51
3. Instrumentos	55
3.1. <i>Questionário Sociodemográfico/Prática Profissional</i>	55
3.2. <i>Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (IQSP)</i>	55
3.3. <i>Escala Toulousiana de Coping (ETC-R)</i>	56
3.4. <i>Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol)</i>	57
4. Procedimento	58
5. Análise de dados	59
Parte III - Resultados	61

1. Análise Descritiva	61
1.1. Estatística Descritiva do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)	61
1.2. Estatística Descritiva da Escala Toulousiana de Coping – Versão Reduzida (ETC-R)	65
1.3. Estatística Descritiva da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol)	67
2. Correlações entre as Variáveis: Qualidade de Sono, as Estratégias de Coping e a Fadiga por Compaixão	68
3. Correlações entre a Qualidade do Sono, as Estratégias de Coping, a Fadiga por Compaixão e Variáveis referentes à Prática Profissional.....	71
4. Diferenças na Qualidade do Sono, nas Estratégias de Coping e na Fadiga por Compaixão em função das Habilitações Literárias, da Prática de Supervisão e da Quantidade de Casos.....	73
5. Diferenças nas Estratégias de Coping e na Fadiga por Compaixão em função do Grupo de Qualidade de Sono (Boa vs. Pobre)	75
Parte IV- Discussão	76
Parte V- Considerações Finais	86
Limitações do Estudo	86
Recomendações para Estudos Futuros	87
Parte VI- Conclusão	88
Referências Bibliográficas	90
Anexos	116

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográficas da Amostra	52
Tabela 2 - Análise Descritiva das Variáveis referentes à Prática Profissional.....	54
Tabela 3 - Análise Descritiva do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) ..	62
Tabela 4 - Frequência da medicação para dormir e do tipo de medicação	62
Tabela 5 - Frequências dos problemas para dormir	63
Tabela 6 - Análise Descritiva da Escala Toulousiana de <i>Coping</i> (ETC-R).....	66
Tabela 7 - Situação Dificil	66
Tabela 8 - Análise Descritiva da ETC-R de acordo com o Tipo de Situação Dificil.....	67
Tabela 9 - Análise Descritiva da ProQol	68
Tabela 10 - Correlações entre a Qualidade de Sono e as Estratégias de <i>Coping</i>	68
Tabela 11 - Correlações entre a Qualidade de Sono e a Fadiga por Compaixão	69
Tabela 12 - Correlações entre a Fadiga por Compaixão e as Estratégias de <i>Coping</i>	71
Tabela 13 - Associação entre a Qualidade do Sono, as Estratégias de <i>Coping</i> , a Fadiga por Compaixão e Variáveis referentes à Prática Profissional (Anos de Experiência Profissional, Nrº de Casos Semanais e Horas de Trabalho Semanal).....	72
Tabela 14 - Diferenças Qualidade do Sono Global, nas Estratégias de <i>Coping</i> e na Fadiga por Compaixão em função das Habilitações Literárias (Formação Base vs. Acrescida .	74
Tabela 15 - Diferenças nas Estratégias de <i>Coping</i> e na Fadiga por Compaixão em função de Boa vs. Pobre Qualidade de Sono	75

Introdução

Esta investigação irá dividir-se em seis partes. Inicialmente, na primeira parte será abordada a revisão literária de conceitos como a qualidade do sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão. Na segunda parte é identificada a metodologia da investigação, abrangendo os objetivos gerais e específicos, as hipóteses de estudo, as características da amostra recolhida, bem como os instrumentos e os procedimentos desenvolvidos. A terceira parte, irá caracterizar os resultados obtidos. A quarta parte, apresenta a discussão e a análise dos resultados obtidos. A quinta e penúltima parte, refere as limitações deste estudo e recomendações para estudos futuros e por fim, a sexta e última parte conta com a conclusão desta investigação.

Iremos começar por abordar a qualidade de sono, a primeira variável deste tema. O sono ocorre num contexto sociocultural e sofre influencia de características sociais e ambientais (Spilsbury et al., 2017). Atualmente, o sono constitui-se como parte dos três pilares básicos da saúde, juntamente com a alimentação e exercício físico (Clement-Carbonell et al., 2021). Os hábitos de sono caracterizam-se por ações e comportamentos adotados pelo individuo face à prática de se deitar, às horas de sono, ao horário para acordar, aos alimentos que consome antes de dormir e na duração da noite sono (Pucci & Pereira, 2023). A qualidade do sono define-se como a autossatisfação do sujeito face à sua atividade de sono. Uma qualidade do sono objetiva foca-se na duração total do sono, na sua estrutura, na quantidade de vigília durante o episódio de sono e na frequência de vezes que o individuo acorda durante a noite. Assim, uma boa qualidade de sono assume efeitos benéficos na qualidade de vida, como a sensação de descanso e relaxamento. Por contrariedade, uma má qualidade de sono assume consequências no funcionamento dos indivíduos, contribuindo para o comprometimento da saúde e aparecimento de doenças (Nelson et al., 2021; Clement-Carbonell et al., 2021).

Considera-se que entre 9% e 45% da população em geral, assume uma má qualidade de sono, sendo que os profissionais da área da saúde sofrem de índices de uma qualidade de sono afetada face a terem de lidar com a doença, sofrimento, stresse e morte, horários de trabalho rotativos e turnos frequentes no seu contexto laboral (Jahrami et al., 2021).

O seguinte conceito são as estratégias de *coping*. As estratégias de *coping* baseiam-se em mecanismos cognitivos e comportamentais que pretendem responder

ativamente ao fator de stresse, alterando diretamente o problema ou as emoções negativas associadas ao mesmo. As estratégias adaptativas assumem planeamento, tomada de decisão, procura de apoio e suporte social ou emocional, reavaliação positiva da situação ou aceitação. As respostas desadaptativas, consistem em mecanismos cognitivos e comportamentais utilizados para “fugir” do evento de stresse através da distração, negação e pensamento positivo face ao problema (Freire et al., 2020). A utilização de estratégias de *coping* resulta em níveis inferiores de stresse. As estratégias de *coping* utilizadas habitualmente pelos profissionais de saúde incluem a aceitação da situação de stresse e o uso de uma perspetiva positiva durante o trabalho. Durante situações de stresse, as estratégias mais utilizadas por profissionais de saúde foram: manter a sua rotina de vida normal, refletir em adotar soluções e manter o controlo situacional. Para além destas atitudes para lidar com os principais eventos, a religião e o apoio social constituem-se também como estratégias de enfrentamento adaptativas. Considera-se que adotar uma atitude positiva face ao trabalho e com foco na resolução de problemas são estratégias de *coping* funcionais, enquanto estratégias de evitação estão associadas a estratégias disfuncionais, podendo aumentar o sofrimento psicológico (Babore et al., 2020). Desta forma, as estratégias de *coping* adaptativas são benéficas para a contribuição de saúde mental nos profissionais de saúde (Budimir et al., 2021).

O terceiro e último conceito a considerar é a fadiga por compaixão. Existente em diversos contextos profissionais, esta variável define-se pelo impacto negativo que assume na saúde e na eficácia dos profissionais ao prestarem cuidados de saúde bem como, consequentemente, no ato de cuidar do paciente, podendo vir a desenvolver-se a incapacidade de assumir uma relação terapêutica de ajuda (Cavanagh et al., 2019; Sweileh, 2020). Podendo comprometer assim, a profissão dos psicólogos clínicos e psicoterapeutas, todavia, os profissionais de saúde mental têm de assumir uma tarefa de autorregulação face ao seu comportamento e bem-estar emocional na sua prática profissional (Pirelli et al., 2020).

Sweileh (2020), realizou uma análise científica com um total de 4.416 artigos e revistas publicadas referente à fadiga por compaixão. 36% das publicações remetiam para enfermeiros; 36% eram sobre médicos, 10% não incluía profissão específica. Esta investigação identificou um crescimento bastante significativo nos últimos dez anos, considerando que a maioria das publicações se focou na área de enfermagem.

Neste sentido, embora possamos confirmar a existência de estudos que relacionem duas das variáveis, como qualidade de sono e estratégias de *coping*, fadiga por compaixão e qualidade de sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão noutras profissões da área da saúde (enfermeiros, médicos, etc.) verificamos que são escassos os estudos que apresentam as três variáveis, especificamente a variável “fadiga por compaixão” face a profissionais de saúde mental, em Portugal. Desta forma, o presente estudo visa analisar a qualidade do sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão, assim como a relação entre estas variáveis em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, contribuindo para uma maior diversidade na área dos profissionais de saúde mental.

Parte I: Revisão da Literatura

1. Qualidade do Sono

1.1. Sono

O sono considera-se uma necessidade básica fundamental bem como um processo fisiológico e biológico imprescindível no desenvolvimento dos seres humanos, podendo indicar saúde e bem-estar (Broadbent, 2018).

Abraham Maslow, fundador da teoria da pirâmide das necessidades, considerou a existência de cinco níveis de necessidades (fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorrealização). O sono inclui-se nas necessidades fisiológicas, referindo-se às mais básicas e que exigem maior urgência em serem satisfeitas, constituindo a base da pirâmide. De acordo com a premissa de hierarquização desta teoria, o indivíduo avança para a necessidade seguinte apenas se conseguir satisfazer as necessidades correspondentes ao nível em que se encontra. Caso não consiga satisfazer as mesmas, poderá vir a desenvolver frustrações e manifestá-las de diversas formas. Desta maneira, podemos compreender o quanto o sono como necessidade básica nos motiva no momento, a importância de atender a esta necessidade e as implicações que podem surgir na vida do sujeito quando as necessidades básicas e posteriormente as necessidades de níveis seguintes não são satisfeitas (Oliveira & Silva, 2021).

O sono refere-se a um conjunto de estados comportamentais e fisiológicos associados às funções elétricas do cérebro ocorridas no sujeito enquanto este se encontra a dormir. A nível comportamental, identifica-se a ausência de mobilidade ou pouca mobilidade, os olhos fechados, uma cognição afetada, uma menor reatividade a estímulos externos e um estado inconsciente que pode ser revertido. A nível fisiológico, trata-se de um período de atividades neurológicas e fisiológicas intensas, que assumem alterações nas atividades cerebrais durante as fases do sono (Buysse, 2014; Dey et al., 2020).

Segundo Walker (2018), destacam-se diferentes características observáveis que remetem para o estado de sono, como a posição do corpo horizontal, a falta de resposta emocional ou de comunicação, a temporalidade baseada no ritmo ou ciclo circadiano e sensação de alongamento do tempo. Estes mecanismos comportamentais e fisiológicos atuam conjuntamente nas diferentes áreas do sistema nervoso central, uma vez que este leva à suspensão das atividades voluntárias e sensoriomotoras, tratando-se de um

processo de procura pela recuperação do organismo durante um período de descanso (Simor et al., 2015; da Costa et al., 2021).

O sono é um estado de repouso e descanso em que a maior parte dos órgãos recuperam e regeneram a nível celular, reduzindo o estado de consciência, diminuindo a atividade motora, mental e cognitiva e aumentando a produtividade (Broadbent, 2018; Golden et al, 2022). Desenvolve-se um maior foco e concentração para auxiliar o processo de restauro, recuperação, organização e otimização (Van den Berg et al., 2019).

Durante o processo de descanso, existem vários sistemas que se interligam para manter a homeostase, fixação da memória e regulação da temperatura, uma vez que o sono desempenha um papel importante na saúde física e mental do ser humano (da Costa et al., 2021).

O sono é um comportamento ativo, repetitivo e reversível que pode ser usado para diversas finalidades, como processos restauradores, fisiológicos e cognitivos. Assim sendo, o sono afirma-se como indispensável para um funcionamento normativo diário a nível da neurogénese, plasticidade sináptica, atenção, vigília, aprendizagem e consolidação de memórias (Suraev et al., 2020).

Um sono adequado possibilita uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação da energia. Sendo assim, é facilitada a execução das tarefas físicas e mentais do dia seguinte, pelo que cada pessoa deve procurar o ritmo próprio de sono para uma sensação de sono repousante e bem-estar matinal (Matos, 2012).

O sono assume determinadas funções fisiológicas bastantes relevantes de cariz psicológico e físico como aliviar a fadiga física e cansaço psicológico, regular o sistema nervoso central e periférico, imunitário e o metabolismo, promover o desenvolvimento neural, a regulação emocional e humor, o funcionamento cognitivo, consolidando memórias e aprendizagens (Broadbent, 2018; Iemura et al., 2016; Simor et al., 2015).

1.1.1. O Sono na idade adulta. Segundo a *American Academy of Sleep Medicine* (AASM), os adultos devem dormir cerca de sete ou mais horas por noite de modo a promover uma saúde adequada. Na idade adulta, os padrões de sono variam bastante durante o ciclo vital, podendo estar associados a mudanças do foro social e fisiológico, alterações do padrão social, familiar, diminuição de relacionamentos interpessoais e inatividade física. Nesta fase, existe também uma diminuição da terceira fase do sono NREM, uma vez que adultos jovens possuem mais tempo em sono profundo do que adultos mais velhos. O termo “*Long sleepers*” é atribuído aos sujeitos que necessitam de mais horas de sono, contrariamente com o termo “*short sleepers*” que é direcionado para os sujeitos que precisam de poucas horas de sono (quatro a cinco horas) para se manterem ativos.

Alguns estudos defendem que pode existir uma relação entre quantidade de sono e características da personalidade ou seja, adultos que dormem até seis horas de sono tendem a ser mais produtivos e com maior energia, enquanto adultos que dormem mais horas tendem a ser mais introvertidos, preocupados e ansiosos (Aguiar et al., 2021). Contudo, estima-se que mais de 1/3 da população adulta declara dormir menos de sete horas por noite. Assim, a quantidade de sono tende a diminuir com o aumento da idade, podendo originar fragmentações no mesmo e assumindo uma qualidade de menor reparação (Figueira et al., 2021).

1.1.2. Ciclo do Sono. O Sono apresenta cinco fases distintas, os primeiros quatro estágios dizem respeito ao sono lento, também conhecido como NREM “*Non Rápid Eye Movement*” e a última e quinta fase corresponde ao sono REM “*Rapid Eye Movement*”. Ocorrem alternadamente entre cada ciclo e cada uma delas evidencia características que as permite distinguir umas das outras (Mendes et al., 2019).

Estes dois estágios constituem o sono de um adulto: o NREM (cerca de 75%) e o REM (cerca de 25%). O sono lento divide-se em quatro estágios: N1, N2, N3 e N4. O primeiro (NREM1), descreve a mudança do estado vígil para um sono superficial, manifestando-se ondas cerebrais de frequência e amplitude baixas, menor atividade muscular em relação à vigília e movimentos oculares lentos. Tem a duração de cinco minutos. O segundo estágio (NREM2), caracteriza-se ainda por um sono leve com a duração de dez a vinte minutos, em que terminam os movimentos oculares, a frequência cardíaca abranda e ocorre uma diminuição das ondas cerebrais e da atividade cerebral. No terceiro estágio (NREM3), é instalado o sono profundo, evidenciam-se ondas de

grande amplitude e baixa frequência. No quarto estágio (NREM4), manifesta-se um sono profundo intenso, durante cerca de trinta minutos, não existindo qualquer movimento ocular e físico. Na última e quinta fase (REM), destaca-se a etapa do sono profundo também conhecido como sono paradoxal. Compreende-se como um sono paradoxo, pois enquanto a pessoa se encontra a dormir possui ainda uma atividade cerebral significativa. Neste estágio ocorrem os sonhos e os pesadelos. Evidencia-se a ocorrência de movimentos oculares rápidos, relaxamento muscular, aumento da respiração, temperatura corporal, do ritmo cardíaco e pressão sanguínea (Kandel et al., 2014; Leitão & Antunes, 2019; Broadbent, 2018; Krause et al., 2017; Okoye, 2022).

Através do eletroencefalograma, verifica-se que o sono REM assume uma frequência mista de baixa amplitude com ou sem ondas em “dentes de serra” (ondas triangulares com amplitude maior nas regiões centrais), diminuição ou ausência do tônus muscular. Nesta fase de sono, são apresentados eventos fásicos (movimento rápido dos olhos, atividade oculomotora, abalos musculares e ereção peniana) e tônicos (dessincronização elétrica cortical, atonia muscular e ritmo teta hipocampal) (Aguilar et al., 2021).

As diferentes fases do ciclo do sono assumem uma durabilidade entre os 90 e os 110 minutos, repetindo-se em média seis a sete vezes, contudo, o ciclo do sono não é assim tão linear podendo alterar a sua ordem consoante o avanço da noite (Paiva, 2015; Neves et al., 2013; Broadbent, 2018).

A sequência normativa destes estágios do sono nem sempre se apresentou unânime entre os autores, existindo autores que apenas consideram a existência de quatro estágios ao longo de todo o ciclo do sono, três estágios de sono NREM e um estágio do sono REM (Santos-Coelho, 2020; Zielinski et al., 2016).

1.1.3. Estrutura do Sono. Cada pessoa apresenta determinadas características para o desempenho do ciclo do sono, estas são influenciadas por fatores de cariz: homeostático, genético, circadiano, comportamental, ambiental e etário. A luminosidade, a temperatura, o clima, o ruído, o tipo de alimentação, os hábitos sociais e pessoais, a higiene do sono, o stress presente no dia-a-dia, as rotinas e horários de sono influenciam a regulação do sono (Tubbs et al., 2019; Borges & Guimarães, 2021).

De modo a adquirir uma melhor compreensão desta transição que ocorre entre o sono e a vigília, destacam-se três fatores imprescindíveis na coordenação do ciclo sono-

vigília de cada indivíduo: (1) o sistema nervoso autónomo, que tem a capacidade de influenciar o sono através de fatores endógenos/ exógenos que aumentem a atividade simpática como estimulantes e os dois sistemas individuais que assumem uma função reguladora do sono e da vigília: (2) o sistema circadiano e (3) o sistema de homeostase (Blunden & Galland, 2014). Estes dois sistemas são produzidos através do relógio biológico (Paiva, 2015).

O conceito de ritmo circadiano, deriva do latim *circa diem* que significa “cerca de um dia”, regido por um período natural de vinte e quatro horas durante o qual se desenvolvem ciclos biológicos. Assim, a sua principal função baseia-se em conciliar o organismo ao meio ambiente tal como conservar a organização temporal do processo fisiológico (Lins-Filho & Pedrosa, 2022).

Esta característica biológica corresponde aproximadamente a vinte e quatro horas e onze minutos e idealmente, de modo a ser proveitoso necessita da sincronização com os ciclos de luz e escuridão do meio ambiente regidos pelo movimento rotacional do planeta Terra. Para que esse ajuste seja eficaz, o sistema é influenciado por pequenas regressões e/ou avanços, que se potenciam devido à presença ou ausência de luz. Esta sincronização adapta-se aos fatores internos e aos fatores externos (Acuña-Castroviejo, 2019).

O sistema circadiano assume a particularidade de ser funcional mesmo na ausência de estímulos externos, assim o ser humano mantém ritmos de repouso/atividade. A estabilidade adquirida pelos fatores que desencadeiam a sincronização permite obter um sono de qualidade, contrariamente, quando ocorre a dessincronização entre o sistema circadiano e o número de horas de sono necessárias podendo desenvolver-se distúrbios do sono (Lins-Filho & Pedrosa, 2022; Borges et al., 2021). Posteriormente, iremos debruçarmo-nos com maior profundidade perante esta temática, de modo a compreendermos de que forma o comprometimento do equilíbrio do ciclo do sono, pode causar um impacto negativo na nossa saúde física e psicológica.

A melatonina produzida na glândula pineal (também conhecida como “hormona do sono”), orienta o sistema circadiano e regula o ciclo sono-vigília, atuando no sono através da diminuição da intensidade da luz e do ruído. As relações mais evidentes referem-se ao sono, diminuição dos batimentos cardíacos, do nível de stresse, da pressão e redução da temperatura corporal durante a noite (Notomi, 2019).

Compreendemos assim, que o relógio biológico é composto por uma junção de neurónios que abrange o sistema ciarcadiano e ainda tem a função de controlar a produção de melatonina, que quando produzida assume-se como um “lembrete” de que está escuro e sincroniza os ciclos (Acuña-Castroviejo, 2019).

O sistema homeostático, baseia-se no equilíbrio biológico entre o ciclo de sono-vigília, considerando a necessidade existente de dormir após um longo período de vigília ou o contrário, a necessidade de vigília quando há um período longo de sono (España & Scammell, 2011). Durante o período de atividade do dia, ocorre um equilíbrio de sono-vigília, sendo a necessidade de sono nula nomeadamente ao despertarmos e aumentando ao longo do dia (Acuña-Castroviejo, 2018; Sousouri & Huber, 2019).

A regulação homeostática varia consoante a quantidade prévia de vigília em relação à quantidade de sono, durante os dias e a sua intensidade é determinada pela medição de atividade de ondas lentas durante o sono no eletroencefalograma (EEG), através de excitação durante o sono, a sua continuidade e a velocidade de adormecer durante a noite/dia (Roehrs & Roth, 2019).

A interação de ambos os sistemas, originou o Modelo dos Dois processos desenvolvido por Borbély, em 1982. O processo circadiano (C), relaciona-se com a tendência circadiana para o estado de alerta e parece ter relação com a variação da temperatura corporal diária. O processo homeostático (S), defende que a sonolência está diretamente relacionada com o tempo de vigília, ou seja, quanto mais horas estamos acordados, maior será a sensação de sonolência. Assim, o modelo sugere que os períodos de sono têm maior propensão para acontecer nos momentos em que se alia a maior permissividade do ritmo circadiano à existência de um forte impulso homeostático. Após o período de sono, a pressão homeostática dissipa-se e o ritmo circadiano altera-se para uma fase em que o sono já não é tão favorecido. O processo S, assume-se dependente do sono, o processo C, é independente do sono. Apesar de serem processos funcionalmente independentes, a combinação dos dois origina a propensão e duração do sono. No processo C, que está localizado no núcleo supraquiasmático, no hipotálamo e no quiasma ótico, há um *loop* transitivo que é gerado no núcleo supraquiasmático, que mantém a coordenação dos ritmos internos controlados pelo relógio biológico, que estão sincronizados com ciclo diário da luz e escuridão (Borbely, 1982; Sousouri & Huber, 2019; Rosenwasser & Turek, 2015).

1.2. Qualidade do sono

De modo a alcançar uma melhor compreensão do sono avaliamos duas componentes do mesmo: (1) a sua duração, isto é, quantificar objetivamente as horas de sono por noite e (2) a qualidade das horas, ou seja, como se classifica a satisfação do sujeito perante as horas de sono realizadas (Campsen & Buboltz, 2017).

Uma duração de horas de sono adequada ao indivíduo é um dos fatores que contribui para um desempenho diário produtivo e eficaz (Murawski et al., 2018).

Apesar do ser humano ocupar um terço da sua vida a dormir, atualmente existem determinados estudos, que afirmam que a maioria dos indivíduos apresentam cada vez menos horas de sono e que consequentemente, essas alterações no sono podem interferir no bem-estar físico e mental (Crepaldi, 2020, de Lucena et al., 2021).

A qualidade do sono é bastante referida na área da medicina e direciona-se a um conjunto de medidas do sono: A latência, a durabilidade, a eficiência e o tempo total de vigília após um período de sono (Fabbri et al., 2021).

Após termos evidenciado as funções do sono e a importância do mesmo, compreendemos que a qualidade apresenta um papel fundamental para o desenvolvimento do ser humano (Amaro & Dumith, 2018). Uma qualidade de sono adequada promove a coordenação, a concentração e a saúde durante a vida, pois assume-se como uma condição fisiológica no qual se recupera as energias para o desempenho das atividades físicas e mentais (dos Santos Saraiva et al., 2023).

A qualidade do sono, apresenta-se como uma das dificuldades mais comuns e a falta da mesma tem um impacto significativo na vida dos sujeitos. É estudada a nível mundial em diferentes profissionais de saúde, demonstrando que as perturbações na qualidade do sono têm um impacto negativo no desempenho do sujeito em realizar tarefas diárias (Miranda, 2020).

A qualidade do sono tem influência de fatores distintos de origem fisiológica (idade, ritmo circadiano, índice de massa corporal), cultural, ambiental (temperatura ambiente, luminosidade), social, laboral (ambiente familiar instável, pressões sociais, trabalhar por turnos), comportamental (utilização de aparelhos eletrónicos como televisão ou telemóvel) e psicológica (sintomas ansiogénicos e depressivos) (Johnson et al., 2018; Nelson et al., 2022).

Atualmente, existem fatores como a adoção de estilos de vida não saudáveis, como o sedentarismo e hábitos alimentares desadequados, que estão presentes na sociedade e que podem originar uma redução da quantidade de horas de sono e da qualidade do sono (Cappuccio & Miller, 2017).

Quando o indivíduo se assume perante uma qualidade do sono menor do que aquela que é considerado adequada, são associadas determinadas doenças e comprometimentos na sua saúde, tanto a nível físico como psicológico (João et al., 2018)

O tipo de trabalho desempenhado pelo sujeito bem como o número de horas realizadas podem influenciar a qualidade de sono, assim como a qualidade de sono tem influência no desempenho profissional. Os horários irregulares acompanhados de sonolência diurna podem afetar o padrão do sono e comprometer a capacidade funcional, sendo que quando ocorrem alterações no sono, nomeadamente a interrupção do ciclo circadiano podem assumir-se consequências para o desenvolvimento de perturbações de sono (Neto et al., 2023). Adicionalmente, comportamentos de risco relacionados com o estilo de vida (consumo de tabaco, inatividade física, consumo de bebidas alcoólicas e comportamentos sedentários) assumem também um efeito negativo na qualidade de sono (Gajardo et al., 2021).

1.2.1. Higiene do Sono. A higiene do sono baseia-se num conjunto de práticas que promovem a melhoria da qualidade de sono assentes em mudanças comportamentais e adequadas ao ambiente sem recorrer à utilização de consumo de medicamentos (Setyowati et al., 2020; de Sousa et al., 2023).

Algumas destas práticas assentam em: usufruir do quarto somente para a prática de sono, manter os mesmos horários de sono para acordar e adormecer de modo a respeitar um ciclo de sono regulado, dormir o número de horas suficientes e adequadas, evitar sestas prolongadas, garantir um ambiente descontraído e confortável para dormir descartando um contexto estimulante presente de aparelhos eletrónicas, ruidoso e de iluminação excessiva, o consumo de bebidas estimulantes (alcoólicas e com cafeína), bem como ingerir alimentos de alto teor de hidratos de carbono e realizar práticas de exercício físico próximos da hora de dormir podem comprometer a hora de sono habitual e desenvolver modificações na musculatura durante o sono (Heijden et al., 2018; Leitão & Antunes, 2019; Garcia et al., 2023).

Um sono eficiente e de qualidade resulta de determinados hábitos saudáveis, por exemplo, deitar-se todos os dias ao mesmo horário, apagar as luzes e eliminar todos os ruídos e estímulos externos que são considerados comportamentos voluntários. Ao fazer estas pequenas alterações, ocorre uma atividade biológica involuntária com um aumento da melatonina de forma a produzir um bom sono (Tubbs et al., 2019).

A higiene do sono é crucial para promover uma melhoria da durabilidade do sono, uma qualidade de vida satisfatória, sustentar o ciclo do sono-vigília e diminuir a sonolência diurna (Heijden et al., 2018; Setyowati et al., 2020).

1.3. Benefícios de uma boa Qualidade de Sono

Uma boa qualidade de sono provoca impactos positivos no bem-estar físico, psicológico e emocional do sujeito através da regulação hormonal, renovação sináptica, descanso, aumento do funcionamento do organismo, diminuição da fadiga e aumento dos níveis de energia (Nelson et al., 2022).

Uma boa higiene e saúde do sono promovem a eliminação de cansaço físico e psicológico, repondo energias físicas e regeneração do sistema nervoso e do sistema imunitário (Song et al., 2020). A qualidade do sono associa-se a um desempenho de diversos processos fisiológicos, como o sistema imunitário, metabolismo corporal, equilíbrio hormonal, saúde mental e emocional. Desta forma irá possibilitar ao indivíduo a capacidade de seguir e cooperar com as orientações facultadas e funções a desempenhar no seu quotidiano tal como em contexto laboral (Borges et al., 2021).

1.4. Perturbações do Sono

Os distúrbios do sono podem originar diversas consequências para o ser humano, como perturbações do foro psicológico e outras patologias. Alterações no estado de saúde mental estão relacionadas com diferenças no estado de sono (Carone et al., 2020; de Sousa et al., 2023).

A classificação das perturbações do sono assume-se extremamente útil e necessária para potenciar a distinção entre as problemáticas existentes, de modo a facilitar a compreensão da sintomatologia e da etiologia, que consequentemente irá possibilitar a intervenção do tratamento adequado (Macedo, 2017).

Algumas perturbações que afetam o sono são divididas em dois grupos: Dissónias e Parassónias (Horta & Soares, 2021).

A insônia é a perturbação de sono mais comum na população, manifestando-se em todas as faixas etárias, podendo ser consequência de eventos que causam preocupação e stress. Manifesta-se através de uma dificuldade em adormecer e provoca um impacto significativo no funcionamento diário (Leitão & Antunes, 2019). O cansaço, a sonolência diurna, a dificuldade de concentração bem como em executar tarefas do dia-a-dia e a irritação são consequências desta problemática (Almeneessier et al., 2019).

10% dos adultos, manifestam insônia crônica e 35% uma insônia casual (Leitão & Antunes, 2019). A insônia divide-se em três tipos: inicial, de manutenção e terminal. A insônia inicial caracteriza-se pela dificuldade em dar início ao ciclo de sono representada por um acréscimo na latência do sono superior a meia hora; a insônia de manutenção, define-se pelo aumento na quantidade de despertares noturnos e a insônia terminal manifesta-se pela ocorrência de um despertar precoce (Morbeck, 2020).

A narcolepsia é um distúrbio neurológico crônico que se caracteriza pela sonolência diurna (hipersonolência), de fisiopatologia neurodegenerativa e de natureza autoimune ocorrido pela redução de neurônios hipocretinérgicos existentes, especialmente, na região hipotalâmica (Kornum & Jennum, 2020).

Esta perturbação caracteriza-se pela manifestação de dois sintomas específicos: a sonolência diurna excessiva (SDE) e a cataplexia. A sonolência diurna excessiva, ocorre através de imprevistos momentâneos de sono ao longo de atividades que o indivíduo está a desempenhar acordado ao longo do dia, podendo assumir a duração de um período máximo de meia hora. Esta condição não deriva de má qualidade de sono, nem do cansaço excessivo. É evidente a perda significativa de neurônios que desempenham o papel importante na vigília, ou seja, a narcolepsia deriva de anomalias do sistema Nervoso Central (SNC), assumindo uma significativa componente genética. A cataplexia é a repentina perda do tônus muscular, normalmente quando acorda, a nível bilateral, simétrica e de breve duração, mantendo o estado de consciência e acompanhada de fortes emoções, podendo se associar a alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono (Horta & Soares, 2021; Medeiros et al., 2022).

A apneia do sono designa-se por interrupções breves da respiração no período de sono noturno, apresentando uma duração entre 10 e 30 segundos (Carleton & Barling, 2020). Este distúrbio provoca alteração na respiração durante o sono, assumindo consequências como a sonolência diurna que afeta as atividades diárias. A apneia ocorre

devido à desregulação dos músculos da faringe, que obstrói as vias aéreas superiores e reduz o fluxo de oxigénio, originando normalmente produção de sons, como o ressonar (Horta & Soares, 2021).

As parassónias, assumem-se como a segunda perturbação de sono que mais afeta os indivíduos, mais concretamente na adolescência. Caracteriza-se pela manifestação de sintomas motores, comportamentais, emocionais anormais, que interrompem o sono ao início começo, durante o mesmo e ao acordar (Horta & Soares, 2021).

O sonambulismo, caracteriza-se pelo ato de deambulação que surge enquanto se está a dormir (Kirac et al., 2020). A deambulação, ocorre normalmente em casa, contudo pode ocorrer em sítios desconhecidos, sendo possível conseguir regressar novamente ao seu quarto. No dia seguinte o indivíduo não tem consciência do que ocorreu na noite passada (Leitão & Antunes, 2019).

Os pesadelos são caracterizados pela manifestação de ataques de choro, medo e atividade motora como movimentar as pernas imitando o que está a ocorrer durante o sonho (Kirac et al., 2020).

Desta forma, compreendemos que as perturbações do sono apresentam um impacto negativo na qualidade de sono e qualidade de vida do ser humano. Estas podem originar a desregulação do nosso organismo, fazendo com que as funções que temos a desempenhar sofram alterações (Silva, 2019).

1.5. Consequências de uma má Qualidade de Sono

A Privação de Sono provoca consequências a nível pessoal, profissional e familiar. O indivíduo quando privado de horas de sono evidencia dificuldades no desempenho das suas funções cognitivas, a nível dos processos emocionais, na atividade muscular e nas ações provenientes da ativação de regiões cerebrais como o córtex pré-frontal, o tálamo e o hipocampo (Santos-Coelho., 2020).

Uma qualidade de sono desadequada pode vir a desenvolver alterações do foro físico e mental como a obesidade, perturbações mentais, hipertensão e diabetes (Cattani et al., 2021; Simões et al., 2022).

As perturbações do sono tendem a causar alterações significativas no funcionamento físico, cognitivo e psicológico do sujeito, comprometendo consideravelmente a qualidade de vida do mesmo (Borges et al., 2021).

Os sujeitos que sofrem com uma má qualidade de sono tendem a evidenciar reduzidas expectativas de vida, um envelhecimento precoce e maior probabilidade de manifestarem perturbações do sono como insónias noturnas e sonolência diurna. Tal como abordado acima, as perturbações do sono são muito comuns na população (Mendes et al., 2019).

Durante a vida adulta associa-se a privação do sono diretamente a quadros de desequilíbrio fisiológico, psicológico, cardiovascular e imunológico. Uma pequena quantidade de privação de sono tem impacto na quantidade de produção de células imunitárias e altera a secreção noturna de citocinas pró inflamatórias (Lessa et al., 2020). A Privação do sono está associada a um aumento dos níveis de ansiedade e depressão bem como ao aumento da reatividade emocional. No sexo masculino, destacam-se agressões físicas e verbais e no sexo feminino, realça-se maior suscetibilidade a alterações do humor, ansiedade, baixa energia e confusão mental. Compreende-se que a privação do sono pode causar alterações comportamentais e fisiológicas comprometendo a qualidade de vida dos sujeitos como fadiga, irritabilidade, maior lentificação de respostas reflexivas e verbais, maior probabilidade de ocorrerem acidentes de trabalho ou fora do mesmo e maiores consumos de ingestão de cafeína (Santos-Coelho, 2020; Nelson et al., 2022).

Embora a ocorrência de abstinência do sono seja a um nível parcial ou total, contribui negativamente para o desgaste do organismo, originando o desenvolvimento de alterações psicofisiológicas que podem manifestar ansiedade, insónias, dificuldade de concentração, tensão muscular e hipertensão. Grande maioria dos profissionais de saúde, encontram-se vulneráveis a um significativo stresse psicológico, fadiga e privação de sono, o que acarreta implicações em todas as áreas da sua vida, particularmente na sua função e desempenho profissional (de Moura Silva et al., 2022).

1.6. Qualidade do Sono em Psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Considera-se que as mulheres que trabalham na área da saúde são mais propícias a desenvolver perturbações do sono, stresse e *burnout*, especialmente devido às componentes hormonais (Kwee & Dos Santos, 2023).

Um estudo realizado no Brasil, que abrangeu 139 enfermeiros e auxiliares de enfermagem verificou que esses mesmos profissionais de saúde expostos a horários noturnos evidenciam uma associação entre adoecimento físico e psicológico a uma baixa qualidade de sono, nomeadamente no sexo feminino. Constituindo cerca de 86,3% dos

participantes do sexo feminino, 79,9% com filhos. Este tipo de população está exposto a uma subcarga em contexto profissional, assumindo a privação de sono como uma consequência. Desta forma, assume-se que a má qualidade de sono afeta aspetos do foro físico e mental, as funções cognitivas e emocionais, originando o comprometimento do sistema imunitário e provocando alterações no metabolismo (Cattani et al., 2021).

Um estudo transversal realizado em Campinas, no Brasil, pretendeu analisar uma má qualidade de sono considerando características sociodemográficas, estado de saúde e indicadores de bem-estar. A pesquisa pretendeu também, analisar a associação da autopercepção da qualidade do sono com as características do sono em idade adulta. O estudo evidenciou prevalência de má qualidade de sono na população adulta, especialmente nos grupos de mulheres, com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos. As mulheres tendem a assumir mais problemas de saúde comparativamente com os homens, são responsáveis por cuidar da família, nomeadamente em casos de doença. Assumem-se como mais suscetíveis a perturbações do sono, pois sofrem de maiores alterações hormonais, nomeadamente durante a gravidez, menopausa e no ciclo menstrual. Também tendem a assumir sintomatologia depressiva com mais frequência que os homens, além dos papéis e responsabilidades sociais que ainda se diferenciam dos homens e lhes são atribuídos (Barros et al., 2019).

Outro estudo realizado também no Brasil, composto por uma amostra de 196 enfermeiros destacou que a exposição a um contexto ambiental e a uma dinâmica profissional marcada por uma grande carga horária e de stresse são fatores de risco associados ao desenvolvimento de uma má qualidade de sono. Cerca de 76,5% dos profissionais apresentavam ter algum tipo de alteração a nível do sono e 41,8% avaliaram a sua qualidade de sono como “má” (Cavalheiri et al., 2021).

Em Portugal, verifica-se alguma escassez de estudos relativamente à qualidade do sono em psicólogos clínicos, contudo, foi realizada uma investigação composta por 79 profissionais de saúde que averiguou que a maior parte dos profissionais está insatisfeito com a sua qualidade de sono (55,7%) assumindo a privação do sono (70,9%) devido ao trabalho por turnos, funções que exigem grande concentração e responsabilidade e que são consequentemente afetadas pelo cansaço e pelo stresse (Amaral, 2023).

O ambiente e as características presentes no local de trabalho influenciam a qualidade de sono, devido à carga horária, ao tipo de tarefas a desempenhar e ao stresse

proveniente dos mesmos (Barnes & Watson, 2019). As interrupções do ciclo do sono causadas pelas alterações comportamentais, sociais ou laborais são um dos principais fatores para desenvolver perturbações de sono (Borges et al., 2021).

Tal como já foi mencionado, a diminuição de qualidade de sono provoca declínios de cariz atencional e de concentração a curto e longo prazo, o que pode condicionar o desempenho profissional e afetar os serviços facultados que envolvem aspetos cognitivos. A privação do sono aumenta o número de erros que resulta numa diminuição de eficácia profissional e da qualidade do trabalho realizado (Santos et al. 2014; Borges et al., 2021).

Profissionais da área da saúde e saúde mental desempenham horários subcarregados, que exigem o cumprimento de tarefas de forma pressionada levando os mesmos a dormir menos horas de sono do que aquelas que seriam necessárias, apresentando assim, alterações de humor (irritável, tenso, confuso, ansioso), menor capacidade de raciocínio e menor produtividade ao longo do dia (Amaral, 2023; Borges et al., 2021).

Os psicólogos clínicos e psicoterapeutas, necessitam de um grau de concentração e atenção elevados para desempenhar a sua prática clínica, logo a qualidade do sono é fundamental para a realização e desempenho das suas ações, quer ao nível da qualidade, quer da produtividade dos atos do psicólogo. O sono reparador e satisfatório permite que os profissionais tenham um aumento na sua produtividade, um acompanhamento mais eficiente e melhoria na sua própria qualidade de vida (Amaral, 2023).

Os serviços de saúde que realizam atendimento em situações críticas e sensíveis constituem os tipos de contextos de trabalho mais exigentes e que provocam stresse, uma vez que os pacientes que recorrem a esse tipo de serviço se apresentam numa grande maioria em situações de sofrimento intenso. Os psicólogos clínicos estão mais suscetíveis a sofrer de stresse ocupacional, fadiga por compaixão, *burnout*, bem como de problemas de saúde física. A qualidade de sono assume assim, um papel crucial para diminuir os elevados valores de stresse causado pelo contexto laboral, visto que constituir comportamentos de autocuidado e manter uma boa higiene do sono favorece o descanso e possibilita aos profissionais alcançarem sentimentos de realização pessoal e de maior resiliência (Norcross & VanderBos, 2018).

2. Estratégias de *coping*

2.1. *Coping*

O *coping* é um conceito que advém da língua inglesa e que traduzindo para a língua portuguesa significa “lidar”. Surgiu através de inúmeras investigações na área da psicologia relativamente ao stresse, em que constatarem que este fenómeno não se resume apenas a um processo automático de estímulo-resposta, confirmando que é influenciado por fatores internos e externos. Desta forma, o *coping* trata-se de um conjunto de estratégias de enfrentamento que as pessoas utilizam para se adaptarem e lidarem com distintas situações causadoras de stresse, daí compreenderam o *coping* como um elemento integrante do processo de stresse (Pais-Ribeiro, 2005).

O *coping* assume-se como um esforço de cariz cognitivo empregue pelo indivíduo com o objetivo de diminuir, excluir ou aceitar fontes de stresse percecionadas como preocupantes e incómodas (Barros-Delben et al., 2019).

No início de 1960, surgiu um grande interesse científico perante esta temática com a finalidade de se adquirir uma melhor compreensão relativamente ao ser humano usufruir deste tipo de estratégias para lidar com as problemáticas. Após uma década, uma geração de novos investigadores apresentou ainda mais contributos focados nos fatores comportamentais e cognitivos do *coping*. Assim, a evolução do *coping*, baseou-se em três gerações devido às construções elaboradas pelos diferentes autores, tanto a nível do conteúdo teórico como a nível da metodologia (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Muller et al., 2021).

A primeira geração, é proveniente de investigadores psicanalistas vinculados à psicologia do ego, que designaram o *coping* como a utilização de um mecanismo de defesa, motivados internamente e inconscientemente como forma de lidar com conflitos agressivos e de cariz sexual (Vaillant, 1994). A segunda geração, iniciou-se em meados de 1960, mantendo-se durante os próximos vinte anos. Caracterizou-se principalmente pela investigação de Richard Lazarus, contribuindo com uma nova perspetiva, assumindo este fenómeno como um processo de transação entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo o comportamento, os aspetos cognitivos e situacionais. Nesta fase, ocorreram avanços imprescindíveis quanto a esta temática, possibilitando que o *coping* fosse designando como um processo de resposta consciente/ reação a um evento externo negativo, contrariamente ao processo de *coping* interno de Freud, que tinha sido abordado

na primeira geração (Lazarus, 1966; Folkman & Lazarus, 1980, 1985). A terceira geração, teve início em 1990 e baseou-se em estudos que relacionam o *coping* com aspetos da personalidade. Diversos autores consideraram que os comportamentos de *coping* adotados pelos sujeitos, são influenciados pelas suas próprias características, nomeadamente traços de personalidade (Somerfield & McRae, 2000).

Atualmente, destacam-se duas grandes correntes teóricas de *coping*. A primeira, aborda o *coping* de acordo com os diferentes estilos de personalidade, que ultrapassam a influência do contexto situacional. A segunda, caracterizada como situacional, aborda o *coping* como um processo ativo, cognitivo e consciente de avaliação e resposta a situações de stresse. A abordagem que iremos considerar ao longo deste trabalho, identifica as reações dos sujeitos como parte envolvente de um conjunto de pensamentos e comportamentos que ocorrem em resposta a eventos problemáticos específicos (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

O Modelo de *Coping* fundado por Folkman e Lazarus (1985) é considerado o modelo mais abrangente para explicar as estratégias de *coping*, compreendendo o *coping* como um processo de mediação entre os eventos stressantes que ocorrem com o indivíduo e o meio onde este está inserido (Folkman & DeLongis, 1986). Posto isto, irá ser abordado minuciosamente no próximo tópico.

2.2. O Modelo de *Coping* de Folkman e Lazarus

Este modelo, descreve então os dois processos distintos entre si que tal como referido anteriormente, são considerados mediadores de eventos causadores de stresse entre o indivíduo e o ambiente onde este está inserido: a apreciação cognitiva e o *coping* (Folkman & DeLongis, 1986).

A apreciação cognitiva, diz respeito ao processo no qual o indivíduo avalia se determinada interação com o ambiente pode vir a tornar-se significativa face ao seu bem-estar e de que determinada forma isso pode ocorrer. Esta apreciação pode distinguir-se em primária e secundária. Na apreciação primária, compreende-se o ênfase da relação pessoa-ambiente e o impacto pessoal que pode ter no bem-estar do sujeito. O significado que o indivíduo atribui ao evento de stresse assume influência de crenças pessoais, valores e objetivos.

Já na apreciação secundária, trata-se da avaliação que o indivíduo faz quanto aos recursos existentes e aos quais pode recorrer para enfrentar a situação. As opções existentes são determinadas consoante fatores físicos, psicológicos e materiais de enfrentamento do próprio sujeito (Lazarus & Folkman, 1987; Folkman et al., 1986; Folkman, 2012).

Desta forma, estes dois tipos de avaliação especificam se a situação é avaliada como um dano ou uma perda, uma ameaça ou um desafio (Folkman, 2012). Na avaliação primária, se a pessoa considerar que a situação pode prejudicar e ameaçar o seu próprio bem-estar, este irá recorrer à avaliação secundária, na qual analisa quais os recursos disponíveis para lidar com a mesma (Snyder & Dinoff, 1999).

Folkman e Lazarus, compreendem que o *coping* remete para a gestão pessoal a nível interno e externo consoante os recursos do sujeito face ao ambiente, que lhe possibilite a redução, a minimização ou a tolerância das consequências provenientes de uma situação de stresse específica. Assim, o *coping* está relacionado com as estratégias, formas e mecanismos adotados pelo indivíduo para conseguir lidar com questões de stresse e manter a sua perceção de controlo pessoal face ao evento stressante (Santos, 2022).

Destacamos assim, os quatro principais conceitos para este Modelo: (1) o *coping* é um processo ou uma mediação que ocorre entre o indivíduo e o ambiente; (2) o seu objetivo é direcionado para a situação que causa stresse; (3) os processos de *coping* baseiam-se no conceito de apreciação cognitiva, isto é, como o evento é compreendido, percecionado e representado cognitivamente pelo indivíduo; (4) o processo de *coping* coloca em prática os esforços adotados por parte dos indivíduos, sejam estes esforços cognitivos e/ou comportamentais, sendo elaborados com a finalidade de se conseguir gerir, minimizar, lidar com as próprias imposições internas e com as externas que são provenientes da sua interação com o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

Quando o indivíduo experiêcia a ameaça e o desafio, estes ativam estratégias de enfrentamento, contudo, numa situação de ameaça o indivíduo foca-se na vertente lesiva da situação, originando emoções e sentimentos negativos como ansiedade e o medo, já numa situação de desafio, o indivíduo tenta refletir sobre estratégias para ultrapassar o acontecimento, gerando sentimentos positivos. Assim, o grau em que uma pessoa

vivência o stresse psicológico, isto é, o quanto esta se sente ameaçada ou desafiada, é determinado pela relação que a mesma tem com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980). Uma vez que o processo de *coping* se assume como dinâmico, este poderá ser eficaz numa situação em particular e não noutra, por exemplo. Dessa forma, o que pode vir a ser considerado como um enfrentamento da situação, inicialmente, poderá não vir a ser considerado como eficiente mais tardiamente ou numa outra situação de stresse (Folkman & Moskowitz, 2004).

O *coping* assume assim, dois objetivos primordiais: gerir a problemática que está a provocar níveis elevados de stresse ao sujeito (*coping* focado no problema) bem como auxiliar a nível da gestão emocional (*coping* focado na emoção) (Lazarus & Folkman, 1987).

2.3. Estratégias de coping

As estratégias de *coping* são um processo psicológico que têm como objetivo a redução de sentimento de desconforto face a um evento de tensão. As estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo baseiam-se numa série de recursos internos e externos como crenças (ideologias, condições de saúde, suporte de apoio, recursos materiais, habilidades sociais, etc.) que permitem lidar com os elementos causadores de stresse (Rezende & Pereira, 2023).

Tal como mencionado, podemos dividir as estratégias de *coping* em dois tipos: estratégias focadas no problema e em estratégias focadas na emoção. As primeiras, são direcionadas para uma situação stressante suscetível a mudança ou reestruturação cognitiva, envolvendo novas habilidades. As segundas, são estratégias que têm como objetivo possuir uma resposta a nível emocional com a finalidade de diminuir as emoções mais incomodativas (raiva, ansiedade, tristeza) através de crenças morais (negação, otimismo, distração, aceitação da situação) desencadeada pelo evento causador de stresse (Barbarin et al., 2021).

As estratégias de *coping* focadas no problema, constituem-se como um esforço para diminuir ou excluir a origem do stresse (aceitar sugestões e contribuições dos colegas para melhoria das atividades desenvolvidas, reinterpretação do fator causal, etc.) As estratégias de *coping* focadas na emoção direcionam-se a aspetos somáticos, em que o

indivíduo evita a causa de stresse e não age de modo a alterá-la (dormir, rezar ou ignorar o problema, etc.) (Menegatti et al., 2020).

Na literatura conseguimos constatar uma diferenciação entre as estratégias de *coping* de controle e estratégias de *coping* de apoio, que assumem características idênticas com o *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Desta forma, o *coping* de controle, caracteriza-se por ser uma abordagem focada na problemática e visa exercer influência para lidar com as causas de um evento stressante, implicando alterações positivas no local de trabalho ou no próprio sujeito, com o objetivo de resolução da fonte de stresse. O *coping* de apoio, representa estratégias que se focam na emoção, visando a redução das consequências negativas em situações laborais stressantes, procurando apoio social de outros sujeitos, como supervisores, chefias, colegas, amigos ou familiares (Lazarus & Folkman, 1984).

Considera-se que as estratégias de *coping* focadas no problema, se apresentam como as mais funcionais no que remete à manutenção da saúde mental comparativamente com as estratégias de *coping* focadas na emoção. Pois, através das mesmas desenvolvem-se oportunidades de lidar construtivamente com o evento de stresse, enquanto as estratégias de cariz emocional poderão ser um sintoma de exposição a eventos stressores que não podem ser alterados, apesar de precisarem de ser confrontados (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Uma vez que as estratégias são utilizadas consoante o tipo de situação e o momento, podem alterar-se consoante o processo de enfrentamento. Podem abranger-se respostas adaptativas assim como respostas não adaptativas prejudiciais, tendo em consideração se são adequadas ou não adequadas resultando numa situação benéfica ou de sofrimento para o sujeito (Santos, 2022; Feitosa et al., 2023).

As estratégias são denominadas funcionais e adaptativas, quando promovem efeitos saudáveis e eficazes e são consideradas estratégias não saudáveis, quando causam consequências negativas e prejuízo ao indivíduo (Barros-Delben, 2019).

As estratégias saudáveis e positivas como a prática de atividades físicas, atividades de relaxamento, realizar psicoterapia, promovem benefícios na vida dos indivíduos que as praticam. As estratégias denominadas não saudáveis e de cariz negativo, como fumar, adotar uma postura de fuga-esquiva às problemáticas apresentadas, agir com

confronto e com comportamentos agressivos, podem assumir consequências e danos a curto ou longo prazo para o próprio indivíduo bem como para as pessoas com quem este interage (Costa & dos Santos, 2024).

Os autores Lazarus e Folkman (1984) definiram que as respostas facultadas pelos indivíduos podem distinguir-se como acomodativas ou manipulativas. Numa resposta acomodativa, ocorre uma inibição da ação diante do evento, impedindo o indivíduo de confrontar a adversidade ao acomodar-se à situação stressante presente através da sua reavaliação, que consiste em alterar o seu ambiente interno através de distintos recursos como: medicamentos, álcool, relaxamento, mecanismos de defesa etc. Numa resposta manipulativa, o indivíduo tende a alterar a sua relação com o evento stressante, o que pode basear-se em modificar o contexto, afastar-se ou deixar de estar na presença da causa stressora e/ou até vir a pesquisar informações acerca da situação de forma a compreendê-la e a prever acontecimentos que se relacionam com a mesma (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Sousa & Hidaka, 2024; Costa & dos Santos, 2024).

2.4. Benefícios e consequências da utilização das estratégias de coping

Enfrentar determinadas situações de stresse é um processo inerente a todos os indivíduos, assumindo consequências e benefícios consoante a forma que o indivíduo utiliza para lidar com as mesmas (Sousa & Hidaka, 2021).

Tais estratégias possuem a capacidade de impactar a nível positivo ou negativo a saúde física e mental do ser humano, com capacidade de modificar a evolução do estresse, seja evitando a situação de stresse ou a confrontando-a (Lazarus & Folkman, 1984).

Reconhece-se que “não enfrentar” eventos causadores de stresse a nível profissional pode assumir consequências na vida dos sujeitos. O desempenho, evolução e crescimento de carreira podem comprometer-se. Logo, quando ocorrem situações de stresse é necessária uma conduta eficaz com o objetivo de apresentar respostas adequadas e gerir o stresse (Santana et al., 2021).

As estratégias de *coping* adotadas adequadamente relacionam-se com a saúde mental, uma vez que podem moderar o impacto das adversidades ao longo da vida, bem como promover o bem-estar psicológico e diminuir o sofrimento (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Assim, o *coping* quando utilizado corretamente promove a adaptação ou superação do problema. Contrariamente, quando as estratégias utilizadas não são adequadas para determinada situação, podem originar um aumento do nível de stresse (Graça & Zagonel, 2019).

2.5. Estratégias de coping em psicólogos clínicos

Em contexto laboral, têm sido desenvolvidas diversas pesquisas sobre estratégias *coping* com trabalhadores de diversas áreas. As profissões como a medicina, a psicologia e a enfermagem exigem uma maior proximidade com outros sujeitos necessitam de um esforço emocional e de um significativo envolvimento afetivo, estão mais propícias ao desenvolvimento de stresse no trabalho (Muller et al., 2021). O trabalho desempenhado referente ao contexto das organizações de saúde demonstra alterações nas condições de saúde dos profissionais a nível físico e psicológico, que podem derivar do stresse profissional associado ao desempenho destas profissões (Cordeiro et al., 2020).

Abreu e colaboradores (2002), evidenciaram características específicas da área dos profissionais da saúde mental, que podem apresentar-se como determinados fatores de risco propícios de manifestar *stresse* ocupacional: o facto de lidarem diretamente e com bastante frequência com uma população que apresenta perturbações mentais e sofrimento; serem responsáveis por prestar acompanhamento psicológico e apoio emocional aos seus pacientes; evidenciarem dificuldades em estabelecer limites na interação com os pacientes. Destaca-se a preocupação com os clientes a causa de maior stresse de psicólogos clínicos, nomeadamente com pacientes que demonstram tentativa de suicídio e quando ocorre o falecimento dos clientes ao longo do processo terapêutico.

Além da sobrecarga de funções a executar, à falta de organização em gerir tarefas de trabalho, a falta de reconhecimento da profissão por parte de outros profissionais e a falta de união entre os psicólogos, acrescem-se ainda a falta de gestão emocional para lidar com situações de stresse inerentes à sua prática profissional bem como os desafios em executar tarefas para cuidar de outras pessoas. Assim, compreendemos que trabalhar num contexto de saúde mental assume uma responsabilidade que abrange aspetos positivos e negativos, envolvendo sentimentos de alegria e de tristeza. Os fatores de risco têm um impacto no desempenho profissional e na qualidade de vida do psicólogo. De modo a atenuar os seus impactos, as estratégias de enfrentamento são alternativas que têm

assumido uma maior ênfase em gerir situações de desgaste, proporcionando uma melhor qualidade de vida em contexto laboral (Marques & Barroso, 2019).

Um estudo realizado nos Estados Unidos a psicólogos e psicoterapeutas averiguou que outros fatores de risco que desencadeiam elevados níveis de stresse são a manutenção da relação terapêutica, dúvidas de cariz profissional e excesso de envolvimento no trabalho, expectativas muito altas e falta de gratificação (Faber, 1985; Rabin et al., 1999).

Compreendemos assim, que o stresse representa um fenómeno normativo inerente à vida, assumindo-se como particularmente intenso e inevitável em contextos profissionais ligados à saúde. Desta forma, potencia a capacidade de *coping* dos profissionais desta área (Pinho, 2015).

Existem alguns tipos de estratégias de *coping* identificados em contexto profissional: Quando o profissional beneficia de apoio para enfrentar situações de stresse (suporte social), quando tenta solucionar problemas (autorregulação), quando procura distanciar-se das principais situações causadoras de stresse ou quando confronta a situação (evitamento/confronto), quando reorganiza o evento para minimizar a carga emocional dos problemas (reavaliação positiva). Quando utilizados, estes mecanismos visam a alteração da problemática que causa o stresse e do controlo da resposta emocional apresentada (Cordeiro et al., 2020).

Considerando os diferentes tipos de estratégias, serão abordadas aprofundadamente diversas formas de lidar com a(s) problemática(s). As estratégias de afastamento, relacionam-se com o abandono da situação causadora de stresse. O indivíduo encontra-se perante um evento de stresse e tende a agir de modo a afastar-se do mesmo. Considera-se que este tipo de ação é mais utilizado por profissionais que se identificam menos com a profissão que desempenham. As ações de autocontrolo, caracterizam-se por assumirem um ato reflexivo perante a situação, pensando em como lidar e o que verbalizar, evitando condutas impulsivas sem que outros se apercebam da situação e implicando uma autoproteção. Desta maneira, ponderar o cenário e as condições presentes na causa de stresse favorece a diminuição das consequências que o problema pode apresentar, a nível pessoal ou profissional. A estratégia fuga e esquiva, assume-se como a mais utilizadas em profissionais de enfermagem. Esta estratégia possibilita evitar o *stressor* e os sentimentos negativos que são causados pelo mesmo, baseia-se em deixar de abordar, comunicar ou pensar sobre o evento. Destacando-se que

estas ações não alteram “a causa” de stresse, pois a mesma mantém-se. Podemos concluir, que tanto as estratégias de afastamento, de autocontrolo, fuga e esquiva se assumem como estratégias focadas na emoção, isto é, procuram diminuir o desconforto físico e emocional causado pelo stresse experienciado (Menegatti et al., 2020).

Realizou-se um estudo com quinze psicólogos e psicoterapeutas, com o objetivo de compreender o impacto da utilização de estratégias de *coping* quando compreendidos fatores stressores em contexto profissional. Concluiu-se que as estratégias de *coping* reúnem um conjunto de benefícios na prática clínica, assumindo-se como um fator de proteção tanto para o profissional como para o paciente. Destaca-se ainda a relevância dos psicólogos e psicoterapeutas adotarem práticas de autocuidado para que tenham a capacidade de possuir melhores condições físicas e emocionais e a elaborar a sua prática (Sanzovo & Coelho, 2007).

Outro estudo realizado no Brasil, envolveu dez enfermeiros e teve como objetivo identificar os acontecimentos stressores em contexto laboral assim como as estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos. Averiguou-se que as estratégias de *coping* focadas no problema e que sugerem o enfrentamento das situações de stresse foram as mais utilizadas. A maioria da amostra, considerou-se capaz de identificar a problemática bem como reconhecer alternativas, propor e implementar um método de intervenção adequado (Antoniolli et al., 2018).

Uma investigação com oitenta e oito enfermeiros (83% do género feminino), que ocorreu também no Brasil, demonstrou que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos profissionais de saúde assentaram na reavaliação positiva, na aceitação de responsabilidade e no suporte social (Menegatti et al., 2020).

Uma outra pesquisa, com 155 profissionais de saúde do nordeste do Brasil pretendeu identificar e compreender quais as estratégias de *coping* que os mesmos mais recorriam durante a pandemia COVID-19. Foram destacadas a utilização de ambas as estratégias de *coping*: As estratégias focadas no problema, que exigem uma necessidade de aproximação da rede de apoio (familiares, amigos, religião) e as estratégias focadas na emoção, nomeadamente práticas de entretenimento (ler, ouvir música, ver filmes, etc.) e práticas de autocuidado (prática de exercício físico), assumindo que as mesmas podem ter um impacto benéfico no bem-estar físico e emocional à medida que alivia a tensão psicológica provocada pelos esforços exigidos em contexto profissional. Concluiu-se que

ambas as estratégias assumiram um impacto positivo no bem-estar emocional dos profissionais de saúde, promovendo um bem-estar profissional e na qualidade de vida, amenizando assim o stress laboral e o sofrimento psicológico (Couto et al., 2022).

3. Fadiga por compaixão

3.1. Conceito de fadiga por compaixão

Joinson (1992), foi o primeiro autor a demonstrar interesse e a abordar o conceito “fadiga por compaixão” realizando diversos estudos que remetiam para a compreensão do desgaste que os enfermeiros estavam suscetíveis no seu contexto profissional devido à sua predisposição para assumirem compaixão e empatia por pessoas em situação de dor e sofrimento, sentindo as emoções como se fossem suas e que consequentemente originaram alterações físicas (exaustão, fadiga crónica, cansaço) e emocionais (irritabilidade, tristeza, medo de ir trabalhar) refletindo a exaustão.

Neste âmbito de prática profissional baseada em doenças ocupacionais, destacam-se diversos profissionais de saúde como enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, assistentes sociais, psicólogos que podem vir a assumir consequências do foro mental e físico (Rodrigues et al., 2021).

Quando a prática de ajudar o outro se traduz em aspetos negativos desenvolve-se a “fadiga por compaixão”. A fadiga por compaixão ocorre em indivíduos que direcionam a sua preocupação e cuidado a outros seres humanos ou animais ao longo de um período sem se sentirem suficientemente recompensados (Barbosa & Moreira 2014).

Posteriormente em 1995, um outro autor, Figley, apresentou um estudo compreendendo que os familiares de ex-combatentes de guerra, também se demonstravam afetados com os eventos traumáticos ocorridos, surgindo o conceito “stress traumático secundário”. Refere que a fadiga por compaixão se caracteriza por um estado de exaustão e por manifestar disfuncionalidades em diversos níveis (biológico, psicológico, social) constituintes da vida do indivíduo como resultado de cariz negativo do facto de se lidar prolongadamente e sistematicamente com o stress traumático secundário e com todas as consequências envolvidas provenientes deste fenómeno. O indivíduo expressa comportamentos e emoções como resposta a um evento de stress traumático, podendo ser relacionada com o sofrimento de alguém e/ou da tentativa de ajudar a pessoa que está a sofrer.

Este estado de fadiga por compaixão é proveniente de distintos fatores como o sentimento de responsabilidade para com o outro e para com o sofrimento que este sente, a “lembrança” sistemática de situações traumáticas; o sentimento constante de “culpa” sem que se possibilite aliviar essa responsabilidade e consequentemente a incapacidade de diminuição de stresse traumático secundário (Figley, 1995).

Assim, a fadiga por compaixão manifesta-se por sentimentos de desilusão, angústia e desmotivação associados a um contexto laboral marcado por profissionais que estão em constante interação com pessoas em situação de sofrimento ou trauma (Rodrigues et al., 2021).

O ato de cuidar de outros sujeitos por parte dos profissionais de saúde, promove relações afetivas e consequentemente, quanto maior for a proximidade da relação de ajuda, maior sofrimento é provocado no profissional. Os pacientes abordam determinadas experiências traumáticas em consulta psicológica, logo esta relação terapêutica, expõe os psicólogos a situações emocionalmente desgastantes e complexas, potenciando o aumento do risco de desgaste emocional e fadiga por compaixão (Benson & Magraith, 2005).

Contudo, mesmo sendo evidenciado um estado de sofrimento e desgaste emocional, quando o trabalho do profissional de saúde é reconhecido por parte dos familiares do paciente, potencia a sensação de sentimento de orgulho e de satisfação da qualidade profissional (Batalha et al, 2020).

Os profissionais de saúde são considerados como mais vulneráveis não só por lidarem diretamente com pessoas ou animais em sofrimento, mas porque é fundamental e essencial assumirem compaixão, empatia e altruísmo para a realização eficaz da sua prática profissional, assim associam-se diretamente a este fenómeno de fadiga por compaixão (Barbosa & Moreira, 2014., Figley, 1995).

Como o nome indica “fadiga por compaixão” baseia-se no ato de compaixão pelos outros.

A fadiga assume-se num estado de diminuição de competências físicas e psicológicas provenientes do resultado da exposição elevada ao stresse, podendo mesmo levar ao sofrimento e ao desgaste emocional dos profissionais que lidam com o sofrimento das pessoas que os procuram (Ned, 2016).

A compaixão é um estado de preocupação pelo bem-estar físico e psicológico de alguém, considerando o stress e o desconforto causados pelo sofrimento, é uma forma de agir altruísta que leva o indivíduo a melhorar o desconforto e sofrimento sentido na outra pessoa. Esta ação altruísta abrange uma preocupação empática, que se trata da capacidade de se colocar no “lugar” do outro. Esta preocupação empática, remete o profissional a recorrer às suas capacidades empáticas, de modo a compreender o que o outro está a sentir na situação que vivencia, identificando os sentimentos, emoções e pensamentos que o outro está a manifestar e compreendendo-os, tendo como objetivo facultar o apoio e ajuda que a outra pessoa necessita. Assim, destaca-se a empatia como uma característica relevante e notória (Lago & Codo, 2013).

De acordo com Solomon (2014), a compaixão é a base da relação terapêutica que se estabelece entre o terapeuta e o seu cliente. A compaixão é proveniente da empatia pelo outro, assumindo um sentimento pelo sofrimento de outra pessoa, sendo associado a um desejo de ajudar e melhorar o bem-estar, aliviando a dor e sofrimento (Patole et al., 2024).

A empatia é uma habilidade de cariz social, cognitivo e emocional que permite lidar e aceitar as diferenças do outro, assumindo comportamentos de atenção, cuidado e escuta nos relacionamentos interpessoais (Santos-Dias et al., 2022).

A empatia abrange vertentes que se distinguem: A vertente emocional, conceitua-se como a capacidade de viver subjetivamente as emoções ou sentimentos de outra pessoa. A vertente moral, remete a uma ação altruísta interna que desencadeia no sujeito motivação para colocar em prática a empatia. A vertente cognitiva, diz respeito à capacidade intelectual do profissional, para identificar e compreender os sentimentos, a “visão” que o outro possui de si e do mundo; já a vertente comportamental, refere-se a uma resposta comunicativa que transmite compreensão da perspetiva que o outro apresenta (Corradi-Perini, 2022).

Segundo Rogers (1957), em contexto de relação de ajuda a empatia remete para “a compreensão do quadro interno de referência do outro com cuidado e com os componentes e significados emocionais que lhe pertencem, significa sentir a dor ou o prazer do outro como ele o sente e perceber as suas causas como ele as percebe”.

3.1.1. Manifestação da fadiga por compaixão. A fadiga por compaixão apresenta diversas manifestações no comportamento e na vida (pessoal, social e profissional) do sujeito embora estes comprometimentos (saúde física, psicológica, cognitiva e espiritual) nem sempre tenham sido valorizados, repercutem-se negativamente no seu bem-estar e qualidade de vida assim como na instituição de saúde e na qualidade dos cuidados que presta (Borges et al., 2019).

Tal como já referido, a fadiga por compaixão foi compreendida e evidente em distintas profissões, apresentando uma melhor compreensão dos sintomas que se podem manifestar. Esta sintomatologia pode evidenciar-se através de dificuldades em adormecer, exaustão a nível físico e emocional, pouca expressividade emocional, dificuldades a nível cognitivo e das funções executivas que consequentemente afetam negativamente, o nível de desempenho profissional (Norrman et al, 2020).

Os profissionais podem apresentar consequências provenientes desta condição na área pessoal, pela manifestação de problemas de saúde (física e emocional) e acima de tudo, impacto na sua vida profissional, na qual se assume uma diminuição na qualidade do cuidado para com o outro tal como se apresenta um comprometimento no desempenho de trabalho e das relações interpessoais (Fabri et al., 2021).

3.2. Modelos teóricos da Fadiga por Compaixão

3.2.1. Modelo de Stresse e Fadiga por Compaixão de Figley. Figley (1995), deu origem a um modelo com onze variáveis (Capacidade Empática, Exposição ao Cliente, Preocupação empática, Resposta Empática, Distanciamento, Satisfação, Exposição Prolongada, Stresse por Compaixão Residual, Memórias Traumáticas, Mudanças/Acontecimentos Inesperados, Fadiga por compaixão) que se podem compreender como causas da fadiga por compaixão. Baseou-se na explicação, prevenção e minimização deste processo da fadiga por compaixão.

A Capacidade Empática do psicólogo clínico e/ou psicoterapeuta destaca o cuidado e atenção para o sofrimento apresentado pelo paciente, escutando-o e comunicando com ele de forma adequada e sensível. A empatia, demonstra-se como uma característica imprescindível para se desenvolver a relação terapêutica entre terapeuta e cliente, mas também como um fator de vulnerabilidade ao stresse e fadiga por compaixão. Acrescenta-se a Preocupação Empática, assente no treino das próprias competências do psicólogo para alcançar um melhor desempenho do seu trabalho e maior motivação para

prestar um serviço de ajuda para com o outro. A Exposição face ao Cliente, visa evidenciar as consequências de cuidar do outro e lidar com a sua dor e sofrimento, podendo motivar o terapeuta a deixar de exercer a sua profissão. Estas três variáveis, potenciam a Resposta Empática, o terapeuta tenta minimizar o sofrimento do cliente através da compreensão empática, validando, vivenciando e assumindo emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos do seu cliente em si mesmo, facilitando e promovendo o estabelecimento da relação terapêutica. O Distanciamento, destaca a motivação consciente e racional do psicoterapeuta em afastar-se dos problemas apresentados na vida do seu paciente com o intuito de diminuir ou prevenir a fadiga por compaixão, assumindo-se como um fator de proteção. O Stresse por Compaixão, diz respeito à energia dispensada pela facultação da resposta empática na tentativa de alívio do sofrimento sentido pelo paciente, um fator de risco da fadiga por compaixão, assumindo um impacto de cariz negativo na qualidade de vida pessoal e profissional do psicólogo. A Exposição Prolongada ao sofrimento do paciente, faz com que o profissional sinta a responsabilidade pelas pessoas que acompanha. As Memórias Traumáticas, advêm do facto do terapeuta experienciar eventos e acontecimentos idênticos às da sua história pessoal, que origina reações emocionais (ansiedade e depressão). As Mudanças/Acontecimentos de Vida Inesperados, como as doenças, mortes, mudanças que ocorrem na rotina e nos estilos de vida, podem apresentar níveis de stresse toleráveis e normativos, sendo que a sua gravidade como causa de fadiga por compaixão só evolui consoante a junção de outros fatores (Figley, 2002).

3.2.2. Modelo de Fadiga por Compaixão e Resiliência de Figley. Mais tarde, este autor apresentou uma nova dimensão que abrangeu outras novas variáveis (Autorregulação, Satisfação por Compaixão e Apoio e Novas fontes de Stresse. Este modelo tem como objetivo fazer a estimativa entre os fatores de risco que potenciam a fadiga por compaixão em todos os profissionais que tendem a cuidar e minimizar o sofrimento de quem os procura, estando em contacto direto constante com o cliente e compreender de que maneira as suas experiências pessoais e profissionais comprometem a sua eficácia e desempenho profissional (Figley, 2014).

A resiliência, especificamente num contexto de fadiga por compaixão, assume um destaque importante neste modelo, pois, trata-se da estimativa da capacidade presente no individuo em retomar ao seu normativo após ter surgido uma adversidade (Figley, 2014).

A Autorregulação, tem a ver com a gestão eficaz que o profissional faz das suas fontes causadoras de stresse, diminuindo o impacto provocado. A Satisfação por Compaixão e Apoio mostram a satisfação que o profissional sente quando ajuda os seus pacientes a lidarem com a dor e se sente apoiado pelos seus colegas. As Novas Fontes de Stresse, são de cariz pessoal ou profissional, crónicas ou momentâneas, que necessitam de adaptação emocional por parte do profissional. Assim, a Fadiga por Compaixão e a Resiliência demonstram a aptidão do profissional em se recuperar face às dificuldades e problemáticas apresentadas e que causam stresse e sofrimento, são provenientes do Stresse por Compaixão, da Exposição Prolongada aos Clientes, de Memórias Traumáticas podendo ser também de proveniente das Novas Fontes de Stresse (Figley, 2014).

Os princípios mencionados, adjacentes a este modelo demonstram-se adequados para profissionais que direccionam a sua prática aos serviços e cuidados humanos em contacto diário com o cliente, que lidam com o sofrimento do outro de uma maneira muito direta; quando estão expostos a experiências traumática relatadas por outros e as mesmas influenciam a eficácia dos serviços prestados ou podem ser uma distração resultando numa ineficácia na prestação dos seus cuidados (Figley, 2014).

Este modelo destacou a importância de princípios que possibilitam o aumento da resiliência, autorregulação, satisfação por compaixão e gestão das fontes de stresse, diminuindo a fadiga por compaixão (Figley, 2014).

3.2.3. Modelo de Fadiga por Compaixão de Beth Stamm. Com a finalidade de obter uma melhor compreensão deste conceito, iremos focar-nos na perspectiva de “Qualidade de Vida Profissional” (ProQOL5), segundo Beth Stamm (2010).

A dicotomia entre o prazer e o sofrimento (prazer vs sofrimento) existente no ato de cuidar do outro é mencionada pela autora Stamm (2010), através do modelo “Qualidade de Vida Profissional”. Este modelo aborda a qualidade que o profissional sente face ao trabalho que exerce, avaliando dois aspetos distintos: a Satisfação por compaixão (aspeto positivo) e a Fadiga por compaixão (aspeto negativo).

Tanto a satisfação por compaixão como a fadiga por compaixão ocorrem devido aos três fatores cruciais (ambiente de trabalho, ambiente das pessoas que são cuidadas e o ambiente pessoal do profissional de saúde) presentes no tipo de relação existente, a relação de ajuda, que ocorre entre o profissional e a pessoa que se encontra num estado de sofrimento (Stamm, 2010).

A fadiga por compaixão caracteriza-se pela perda de satisfação profissionalmente ou quando a profissão se assume como um fator que assume mais consequências do que benefícios (Ames et al., 2017).

Segundo Stamm (2010), a fadiga por compaixão é o resultado da combinação dos seguintes fatores: *burnout*, stresse traumático secundário e baixa satisfação por compaixão.

O conceito *burnout*, foi desenvolvido por Freudenberger (1974) e Maslach (1976) e traduz-se no entendimento de o indivíduo se sentir queimado (*burn*) pelo trabalho e esgotado por fora (*out*).

Nesta época, surgiu como uma sensação/ estado de fracasso e desgaste derivado pelo excesso de energia despendida através dos recursos pessoais ou das forças exigidas ao indivíduo, manifestando-se através crises de identidade que comprometiam características pessoais (físicas, psicológicas e relacionais) (Freudenberger, 1974).

Christina Maslach (1976), com a realização de um estudo em contexto organizacional verificou as emoções e os comportamentos dos indivíduos em contexto profissional se relacionam, particularmente em profissões que se caracterizam pela existência de uma relação mais direta e prolongada com as pessoas (relações de ajuda).

Atualmente, confirma-se que a mesma se pode manifestar em mais profissões (Ângelo & Chambel, 2015). Por conseguinte, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu o *burnout* na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) em “problemas associados ao emprego e desemprego”.

O *burnout* observa-se através da falta de energia, entusiasmo, frustração e um sentimento de esgotamento face à falta dos seus recursos pessoais emocionais (baixa realização pessoal) para identificar e gerir emoções e sentimentos de outros. Esta situação provoca alterações na forma do profissional tratar os colegas, as chefias e os sujeitos a quem presta cuidados, de modo geral, posiciona-se de forma distante e impessoal no seu contexto laboral (despersonalização). Estas alterações assumem consequências como baixos níveis de realização profissional, em que o trabalhador se autoavalia negativamente nas atividades laborais realizadas. Face ao exposto, o indivíduo sente-se infeliz e insatisfeito com o seu desenvolvimento profissional e vivencia sentimentos de falta de motivação, baixa produtividade e ineficácia nas tarefas laborais desempenhadas,

podendo vir a denotar-se a incapacidade de trabalhar efetivamente (Maslach, 1998; Torres et al., 2020; Fabri et al., 2021).

Compreendemos que o *burnout* se refere a sentimentos como exaustão, frustração, raiva e depressão. Já o stress traumático secundário, manifesta um sentimento negativo, desencadeado por medo e pelo trauma devido ao trabalho. Este considera-se uma consequência para os cuidadores e profissionais de saúde expostos sucessivamente ao stress e ao trauma dos sujeitos que quem cuida, podendo incluir dificuldades a nível do sono, ansiedade e imagens intrusivas (Batalha et al., 2020).

O stress traumático secundário, tal como abordado anteriormente, surgiu devido ao conceito de stress pós-traumático, pois compreendeu-se que este tipo de stress apresentava sintomatologia semelhante de stress e de medo intenso somente como consequência do ato de assistir e de exposição face a uma situação traumática, tratando-se de um tipo de stress causado pela ajuda facultada ou tentativa de ajuda prestada a um indivíduo que se encontra em sofrimento físico ou psicológico (Figley, 1995; Figley & Boscarino, 2012).

Este conceito refere-se a uma exposição secundária aos eventos de stress extremos e traumáticos em contexto de trabalho, caracterizados por medo e pelo trauma face ao ato de assistência e cuidado aos indivíduos que se encontram fragilizados. Esta exposição secundária, assume um comprometimento da saúde emocional e física, provocando perda de interesse e de capacidade em sentir empatia com a dor no outro como tem consequências na vida pessoal e familiar do indivíduo (Figley, 1995; Day & Anderson, 2011).

Os profissionais que praticam uma relação de ajuda em interação com pessoas que se encontram em sofrimento e assumem experiências traumáticas também tendem a assumir sofrimento. O estabelecimento de uma relação próxima e de cuidado para com o paciente assenta na compreensão, empatia e compaixão pelos sentimentos de dor, sofrimento e angústia do outro para uma intervenção adequada de ajuda. Quando confrontados com a exposição contínua e prolongada a experiências traumáticas dos indivíduos a quem se direciona a sua prática profissional, os profissionais sentem uma maior vulnerabilidade e tendência para sofrerem de *burnout* (Moudatsou et al., 2020; Stamm, 2010).

O stress e o *burnout* são provenientes da exposição a fatores de risco constituintes da profissão, a intensidade e consequências manifestadas pelas mesmas estão envolvidas com a intensidade submetida a estes riscos (Rodrigues et al., 2020).

Alguns dos fatores de risco que podem comprometer a saúde mental em contexto laboral referem-se: ao tipo, conteúdo, carga, ritmo e horário de trabalho, ambiente e tipos de equipamentos, cultura e função da organização, as relações interpessoais, papel na organização, desenvolvimento/ evolução da carreira e falta de segurança no trabalho, intensidade do trabalho desempenhado tal como fortes exigências de tarefas e exigências emocionais no trabalho (Vasconcelos & de Araujo, 2019).

Embora estes conceitos possam parecer semelhantes, são possíveis de distinção. A fadiga por compaixão é desenvolvida devido ao contato com pessoas que manifestam trauma sendo necessário assim, o profissional assumir a compaixão pelo mesmo, já o *burnout* pode vir a desenvolver-se sem ocorrer exposição ao trauma, não sendo por isso necessário haver compaixão (Zani et al., 2020).

Posto isto, podemos assumir que a manifestação de fadiga por compaixão está diretamente relacionada com baixos níveis de satisfação por compaixão, manifestação de *burnout* (sentimentos negativos relacionados com o ambiente de trabalho) e stress traumático secundário (profissionais traumatizados pelo trabalho, face à exposição de situações traumatizantes), afetando a qualidade de vida do profissional (Borges et al., 2019; Fabri et al., 2021).

Após terem sido mencionadas as características deste Modelo para uma melhor obtenção de conhecimento, Sheppard (2015), identificou lacunas presentes no mesmo: considerou que esta perspetiva não é representante da fadiga por compaixão tal como esta ocorre em determinadas profissões (enfermagem); referiu que apesar do modelo identificar que a fadiga por compaixão é resultado tanto da perturbação de *burnout* como na perturbação de stress traumático secundário, esta pode desenvolver-se unicamente face ao stress traumático secundário, não sendo obrigatório apresentar sintomas da perturbação de *burnout*.

3.3. Fatores de risco e fatores de proteção da fadiga por compaixão

Um individuo que manifesta fadiga por compaixão apresenta diversos fatores de risco que podem contribuir para o desencadeamento desta condição: assumir um

sentimento de responsabilidade face ao outro e ao seu sofrimento; lidar constantemente com situações traumáticas; sentir culpa constante, sem se permitir aliviar a responsabilidade assumida e que conseqüentemente, origina a incapacidade de aliviar o stresse traumático secundário (Fabri et al., 2021). Não obstante, existem outros fatores que se assumem como desencadeadores de fadiga por compaixão. A nível individual: a personalidade, a educação, a experiência da prática laboral, a qualidade de vida pessoal e a nível organizacional: o tipo de função a desempenhar e as condições do sistema nacional de saúde. A exigência de lidar diariamente com situações traumáticas potencia aos profissionais de saúde uma maior suscetibilidade em assumir a dor dos seus pacientes, potenciando a fadiga por compaixão (Borges et al., 2019).

Foram realizados estudos que afirmaram que a compreensão empática desencadeia níveis elevados de fadiga por compaixão, proporcionando o desenvolvimento da problemática. O pessimismo, cinismo, nervosismo, baixa autoestima e medo são características pessoais que não se limitam somente ao contexto laboral, possibilitando interferir em vários aspetos da vida do sujeito, apresentando sintomas que impactam a qualidade de sono e repouso, atividade sexual, comportamento alimentar e interação social (Rodrigues et al., 2020).

Estudos realizados no Brasil, destacam as perturbações mentais como uma das maiores causas de comprometimento no desempenho profissional. A depressão (22%) e a ansiedade (76%) afetaram cerca de 60% da qualidade da eficácia dos serviços prestados pelos profissionais de saúde (Santos et al., 2023).

Segundo Brown (2017), os profissionais de saúde têm dificuldade em admitir quando se encontram numa situação de sofrimento, tendendo a omitir a sua fragilidade, não expondo a sua vulnerabilidade face a problemas e sentimentos de frustração vivenciados no dia a dia em contexto profissional. Assim, a ausência de “espaço” para admitir o próprio sofrimento e refletir sobre o mesmo pode vir a assumir conseqüências no funcionamento do sujeito e no seu desempenho profissional.

A compreensão pelo sofrimento manifestado pelos pacientes, provoca um desgaste a nível emocional no profissional. Este desgaste representa uma maior vulnerabilidade e fragilidade, destacando-se por isso a importância de que o profissional recorra a estratégias de *coping*, com o objetivo de se distanciar da dor e sofrimento do paciente. Desta forma, destacamos o autoconhecimento do profissional como um fator de

proteção de extrema relevância, nomeadamente num contexto de saúde e vulnerabilidade social (Figley, 1995; Lago & Codo, 2013).

Face aos fatores de proteção, que podem assumir a prevenção do desenvolvimento da fadiga por compaixão, referem-se a uma inteligência emocional maior, focada em gestão de emoções (autoregulação), estratégias de *coping* adaptativas com foco no problema (contrariamente às estratégias baseadas em evitação), estabelecimento de limites profissionais com os clientes, definindo os horários de consulta de modo ao profissional não ser “exposto” aos problemas apresentados fora dos horários de trabalho, a prática de consultoria e realizar supervisão com profissionais experientes (Pirelli et al., 2020).

O suporte social com base no apoio familiar e profissional assumem-se como importantes fatores de proteção, uma vez que reduzem os efeitos provenientes de stresse e da exaustão emocional. O apoio profissional, reflete-se numa melhoria das condições de trabalho e dos serviços prestados pelos profissionais, potenciando consequentemente uma satisfação face à atividade laboral desempenhada (Santos et al, 2023).

3.4. A fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Os psicólogos clínicos e psicoterapeutas vivenciam constantemente sentimentos intensos e próximos da dor, de preocupações e angústias dos seus clientes, assumindo sentimentos de compaixão e dificultando a gestão dos sentimentos negativos. Assim, a longo prazo podem ser afetados pela fadiga por compaixão devido ao desgaste de energia física e emocional despendida e vir a desenvolver problemas de saúde (Barbosa & Moreira, 2014; Silveira et al., 2021).

Ao ouvirem e acolherem experiências negativas, traumatizantes, de ansiedade, dor, tristeza ou de outro tipo de angústia relatada pelos clientes têm como objetivo compreender esse sofrimento e ajudar. A empatia e a compaixão são cruciais para proporcionarem uma prática profissional eficaz (Dehlin & Lundh, 2018; Silveira et al., 2021).

Quando um profissional se encontra num estado de fadiga por compaixão, sente-se temporariamente incapaz de gerir todas as emoções, sentindo-se exausto por ter contactado excessivamente com problemas ou dificuldades apresentadas pelos sujeitos a quem presta apoio. A fadiga por compaixão, torna o profissional menos empático, mais

incapaz de escutar o indivíduo relativamente às dificuldades apresentadas (Solomon, 2014).

Um estudo realizado com 153 psicólogos clínicos portugueses, pretendeu verificar a manifestação de fadiga por compaixão e os fatores que a desencadeiam. Os resultados obtidos demonstraram que 32 psicólogos, apresentaram índices elevados de Fadiga física (17%), 13 psicólogos indicam valores elevados de Fadiga cognitiva (7.2%) e 3 psicólogos apresentaram níveis de exaustão emocional (1.3%), compreendeu-se ainda que estes níveis estão associados com maiores níveis de *burnout*. Como preditores significativos destes níveis destacam-se: o género, horário de trabalho semanal, local de trabalho do psicólogo, a população a quem se dirige a sua prática profissional, problemas com os quais lida na sua prática, a supervisão dos casos clínicos e a necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico (Amaro, 2018).

Posto isso, é compreensível a manifestação da fadiga por compaixão em profissionais da área da saúde mental, uma vez que a prática profissional incide para o cuidado do outro, quando este se manifesta em sofrimento, sendo considerada a principal ameaça à saúde mental dos psicólogos. Verifica-se que o trabalho pode interferir na saúde dos profissionais, pois, a fadiga provocada pela constante exposição do profissional da saúde a situações de tensão podem levá-lo a adoecer psicologicamente (Saura et al., 2023).

Desafios no desempenho profissional comprometem a saúde física e mental dos profissionais, podendo vir a manifestar maiores índices de perturbações de ansiedade e depressão, comparativamente com a população geral. A depressão pode associar-se positivamente à fadiga por compaixão, comprometendo associado a qualidade de vida (Huang et al., 2018).

4. A Psicologia Clínica

A Psicologia Clínica, surgiu nos EUA, preconizada por Lightner Witmer. Witmer, trabalhava numa clínica universitária na Pensilvânia, fundada em 1896 com o objetivo de realizar a intervenção com crianças que sofressem de deficiências motoras e cognitivas. Trabalhou com Wundt, que foi o responsável por ter criado a primeira revista de Psicologia Clínica “*The Psychological Clinical*”, em 1907 (Cláudio & Sousa, 2011).

A prática clínica chegou a ter lugar na Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association* - APA) em 1919, embora a Associação tenha sido criada em 1892. Apesar deste reconhecimento importante por parte da APA, o desenvolvimento da Psicologia Clínica advém maioritariamente pelos eventos e consequências ocorridos pelas duas grandes guerras mundiais, especialmente, após a Segunda Guerra Mundial. A evolução desta área, deve-se também ao contributo de Sigmund Freud, em 1900, que impulsionou a criação da psicoterapia psicanalítica, um modelo teórico com reconhecimento naquela época (APA, 2019; Freire & Hessel, 2023).é

A psicologia clínica procura intervir em questões psicológicas e comportamentais, incidindo numa vertente individual, familiar, de grupo, de casal, estando presente em instituições educacionais, comunitárias, de saúde etc. (Freire & Hessel, 2023).

Em Portugal, a Psicologia Clínica destacou-se, em 1962, quando foi fundando o Instituto de Ciências Psicopedagógicas e que atualmente se denomina Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), o primeiro instituto de ensino superior desta área. Sendo que, a década de 70, foi marcada pela inauguração de Faculdades de Psicologia em diversas cidades e a partir de então, foram aumentando os cursos de Psicologia (Ribeiro & Leal, 1996). A proposta de regulamento das Especialidades em Psicologia da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) forneceu à Psicologia Clínica um reconhecimento importante relativamente a qualidade dos serviços prestados, atuando de acordo com os pressupostos científicos. Assim, a psicologia clínica dedica-se a estudar, avaliar, a prevenir e a tratar as perturbações emocionais e comportamentais (APA, 2008).

De acordo com a OPP, designa-se especialista em Psicologia Clínica “aquele a quem é reconhecida competência científica na aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas da área da clínica e da saúde, nomeadamente no diagnóstico, avaliação psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação dos seus clientes” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

4.1. Psicoterapia

A “psicoterapia” é uma expressão científica que advém da origem de duas palavras gregas “*Psykhê*” (mente) e “*Therapeuein*” (curar). Atualmente, pode-se definir psicoterapia como “um método de tratamento, embasado em conceitos teóricos e técnicos, que deve ser realizado por um profissional treinado” (Osório, 2017, p.4).

Ser psicoterapeuta baseia-se em auxiliar o outro a olhar para si, a conhecer-se, a tomar decisões. O psicoterapeuta assume a responsabilidade e a complexidade de responder ao pedido de ajuda do outro, implicando uma prática profissional de qualidade e de formação (Meira & Nunes, 2005).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016), a psicoterapia consiste “Num tratamento psicológico individual e de grupo, eticamente informado, baseado em princípios científicos enquadrados teoricamente, no contexto da relação com profissionais com o propósito de reduzir o sofrimento psicológico, promovendo o desenvolvimento pessoal e a possibilidade de fazer escolhas livres e conscientes. O processo psicoterapêutico desenvolve-se no contexto de uma relação de confiança na qual, através da expressão verbal e não verbal, os psicoterapeutas e os pacientes/clientes cooperem no sentido da mudança” (p.5).

“A Psicoterapia não é uma profissão, mas uma intervenção e uma especialização adquirida por algumas e alguns profissionais na área da Saúde, nomeadamente Psicólogas/Psicólogos e Médicas/ os Psiquiatras. Estes profissionais para além de necessitarem de pertencer a uma Ordem Profissional, que regula a sua prática, adquirem competências específicas em Psicoterapia através de diferentes programas formativos” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023, p.5).

O impulso das pesquisas em psicoterapia, ocorreu principalmente devido à publicação de um artigo elaborado pelo psicólogo inglês Hans Heyseck, em 1952. Porém, naquele momento não eram suficientes os estudos empíricos para comprovar a eficácia desta prática. Posteriormente, foram elaboradas diversas pesquisas científicas para verificar a eficácia da mesma. Atualmente, a psicoterapia apresenta cerca de 80% de eficácia, destacando as principais abordagens terapêuticas (psicodinâmica, cognitiva, comportamental, sistêmica, humanista e existencial) como eficazes (Freire & Hessel, 2023).

Estas diferentes escolas da Psicoterapia, distinguem-se quanto às técnicas, teorias utilizadas, objetivos pretendidos, à frequência das sessões e ao tempo de duração das mesmas. No entanto, destacam-se a relação terapêutica e o contrato terapêutico como características em comum a todas elas (de Menezes et al., 2021).

A relação terapêutica assume-se como uma variável de destaque face ao processo terapêutico, abrangendo: a empatia, a aliança terapêutica, o cuidado incondicional positivo do terapeuta para com o cliente e a congruência do terapeuta, mas também fatores que se relacionam com a atitude do terapeuta (comunicação verbal, a capacidade de criar expectativas positivas e a persuasão) e com o cliente (expectativas deste face ao tratamento) (Stenzel, 2021).

A empatia é uma ferramenta necessária e imprescindível no trabalho desenvolvido por psicólogos e psicoterapeutas, constituindo-se como parte da aliança terapêutica, que se manifesta como um preditor de melhores resultados terapêuticos (Aguirre, 2020).

O processo psicoterapêutico pretende auxiliar as pessoas que lidam com problemas a nível de saúde mental. Contudo, não é um requisito ter algum diagnóstico ou um “problema” para beneficiar deste processo. A psicoterapia permite-nos adquirir um maior autoconhecimento (da forma como pensamos, sentimos e nos comportamos), pode ajudar-nos a lidar com eventos de vida, a melhorar o nosso relacionamento connosco próprios e com os outros e a adquirir determinadas competências e recursos que nos podem ajudar a lidar com adversidades (Ordem dos Psicólogos Portugueses, p.5, 2023).

4.2. O papel do Psicólogo Clínico

Ao psicólogo clínico são atribuídos conhecimentos baseados no método científico “a aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas da área da clínica e da saúde, nomeadamente no diagnóstico, avaliação psicológica, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação dos clientes” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018, p.2).

O psicólogo clínico, assume o papel de escutar, acolher e compreender as problemáticas, dificuldades, emoções e sentimentos manifestados pelo cliente, visando a diminuição do seu sofrimento (Barreto & Barletta, 2010).

O acompanhamento psicológico é função inerente ao psicólogo, independentemente da abordagem teórica que pode ser utilizada pelo profissional (DeMartini et al., 2022).

4.2.1. Aconselhamento psicológico. O aconselhamento psicológico iniciou-se em 1909, com Frank Parsons. Inicialmente, tinha o objetivo de auxiliar a escolha profissional dos jovens quando se encontravam a ingressar no mercado de trabalho dado a existência de novas profissões provenientes do desenvolvimento industrial. Ocorrida a publicação da obra *Counseling and Psychoterapy* de Carl Rogers em 1942, o aconselhamento aproximou-se da área da psicologia clínica. Esta prática define-se como uma relação de ajuda entre “aconselhado-aconselhado” que visa auxiliar e orientar o indivíduo a lidar com dificuldades (pessoais ou profissionais), prestando-lhe apoio de modo a facilitar a tomada de decisão e ocorrerem mudanças (Schmidt, 2009; Scorsolini-Comin, 2014).

4.2.2. Avaliação Psicológica. A avaliação psicológica é um ato exclusivo dos psicólogos, assumindo-se como um procedimento complexo sistemático que pode assumir diversos objetivos na sua aplicação (APA, 2020).

A Avaliação Psicológica baseia-se em métodos, técnicas e procedimentos inerentes à prática do psicólogo (Nunes et al, 2012).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015), “a avaliação psicológica corresponde a um processo compreensivo, abrangendo as áreas relacionadas com o pedido de avaliação e os problemas identificados e, simultaneamente diversificado, podendo recorrer a vários interlocutores” (p. 3).

“Um processo de avaliação psicológica obedece a procedimentos específicos que implicam (1) a competência para escolher os instrumentos apropriados ao objetivo da avaliação, (2) o conhecimento e a experiência ao nível da aplicação e da cotação dos instrumentos selecionados e (3) a competência para interpretar e integrar os resultados de uma forma útil e compreensiva” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015, p.2).

A Avaliação Psicológica tem como finalidade dar resposta a um pressuposto inicial. Para que ocorra essa prática, o psicólogo deverá assumir as competências necessárias para compreender qual o melhor método, técnica ou procedimento que irá utilizar para avaliar o sujeito (Soligo et al, 2020).

4.3. Fatores de risco e fatores de proteção

Após a compreensão de algumas das funções do psicólogo clínico e de psicoterapeutas, debruçemo-nos perante fatores de risco e fatores de proteção neste

âmbito profissional. Caracterizamos como fatores de proteção, eventos que assumem um papel benéfico no funcionamento do sujeito, contrariamente, os fatores de risco são de cariz negativo e habitualmente causam prejuízo, podendo afetar a saúde do profissional (Vasconcelos et al., 2019).

Destacamos como fatores de proteção, comportamentos e ações que não se limitam a cuidados pontuais ou isolados, direcionando-se ao cuidado com a saúde e bem-estar: realização de psicoterapia, supervisão, boa qualidade de sono, suporte familiar, relacionamentos interpessoais, autonomia, paixão pela profissão, atividade física. Identificamos como fatores de riscos relacionados ao trabalho, qualquer evento de stresse que interfira com o funcionamento do trabalhador: falta ou excesso de trabalho, baixa remuneração, reduzida evolução dos pacientes (Pimenta & Rodriguez, 2021).

Assim, como os psicólogos clínicos e psicoterapeutas assumem responsabilidade pela prevenção e manutenção da saúde mental dos seus pacientes necessitam de um olhar de cuidado para com a sua própria saúde física e mental, diminuindo os fatores de riscos evidenciados na sua prática profissional (Pimenta & Rodriguez, 2021).

4.4. Supervisão e Intervisão

A supervisão e a intervisão deverão ser práticas habitualmente utilizadas no desempenho da prática profissional da área de Psicologia Clínica. Podemos constatar a importância da supervisão no Princípio 6 “Ensino, Formação e Supervisão Psicológicas” presente no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (De Faria et al., 2020; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2021).

Segundo a Associação Americana de Psicologia (APA, 2014), a supervisão trata-se de um processo formal de colaboração entre profissionais com componentes que facilitam e avaliam a forma de desenvolver a competência e prática profissional, através de um supervisor. Trata-se de um colega que tem mais experiência e está credenciado para tal. A mesma ocorre entre o supervisor e o supervisionado, podendo ocorrer a nível individual ou em grupo. Este processo tem como objetivo monitorizar a qualidade do serviço que é prestado ao cliente e garantir o acesso à profissão de recentes profissionais da área (supervisionados).

A supervisão clínica baseia-se num acompanhamento assíduo, normalmente de frequência semanal ou quinzenal, realizado pelo supervisor que proporciona reflexões sobre os casos clínicos que o psicólogo está a acompanhar, de modo a alcançar uma

melhor compreensão e mais conhecimentos, diminuindo os erros e baseando-se nos princípios éticos da profissão. Desta maneira, o supervisor tem como objetivo auxiliá-lo da melhor maneira que conseguir, identificando ações que comprometam a qualidade da sua intervenção e promovendo o sentimento de segurança, elaborando até questões de desenvolvimento pessoal (De Faria et al., 2020).

Assim, a supervisão demonstra-se como imprescindível para a formação inicial de um profissional na área da Psicologia, bem como para o restante processo profissional contínuo (Kennedy et al., 2018).

A intervenção, por oposição à supervisão, não se baseia numa hierarquização de papéis, isto é, ocorrem partilhas de experiências profissionais entre colegas, sem a existência de um supervisor. Tratando-se de um espaço livre, sem julgamentos com o objetivo de se adquirir conhecimentos e feedback face ao desempenho profissional. Tanto a supervisão como a intervenção são práticas ricas e úteis para o trabalho do profissional, contribuindo de forma positiva para a diminuição da fadiga por compaixão (De Faria et al., 2020; Corona, 2017).

5. Relação entre variáveis

5.1. *Qualidade de sono e estratégias de coping*

As perturbações do sono estão associadas a elevados níveis de stresse, denotando-se assim a importância da aquisição de estratégias de *coping*. Encontram-se inúmeros estudos que identificam as estratégias de *coping* como uma variável associada à diminuição das perturbações do sono (Otsuka et al., 2022; Kozusznik et al., 2021).

Um estudo longitudinal, que ocorreu durante um período de dois anos composto por 1.358 trabalhadores japoneses, pretendeu analisar a associação entre sintomas de insónia e estratégias de *coping*. Os trabalhadores que apresentavam sintomas de insónia recorriam a uma maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas e a uma menor utilização de estratégias de humor e apoio social em comparação com os indivíduos que não sofriam de insónia. O enfrentamento ativo, o humor e o apoio emocional foram associados a diminuição de insónia. Contrariamente, o consumo de substâncias e a auto culpabilização apresentaram-se como um fator positivo à manifestação de insónias. Assim, este estudo realçou que indivíduos com sintomas de insónia tendem a utilizar estratégias desadaptativas (Otsuka et al., 2022).

Uma investigação transversal teve como objetivo compreender a relação entre sonolência excessiva, insônia e as estratégias de *coping* em 448 enfermeiros. Confirmou-se que existem correlações significativas entre estratégias de *coping* e perturbações do sono. A utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção está relacionada com menores níveis de insônia. Os enfermeiros que sofrem de sonolência excessiva normalmente recorrem à utilização de estratégias de *coping* de evitação de stresse (Kowalczyk et al., 2021).

Um estudo longitudinal, realizado na China com 3081 estudantes adolescentes evidenciou que estratégias de *coping* adaptativas estão associadas a melhores indicadores de saúde física, enquanto estratégias focadas na emoção se relacionam com maus resultados de saúde. Sendo a qualidade de sono uma componente indispensável da saúde e do crescimento do indivíduo, esta relaciona-se com muitos fatores psicológicos, tais como as emoções negativas. Assim, a má qualidade do sono tem um impacto negativo nas atividades diárias, causando comprometimentos a nível da saúde física e psicológica. Associa-se estratégias de *coping* desadaptativas como um fator causal de perturbações do sono (Xiong et al., 2019).

Foi realizado um estudo de cariz transversal, que pretendeu verificar as associações entre eventos de stresse em contexto profissional de polícias, a qualidade do sono e como as estratégias de *coping* podem alterar essas associações. Esta estudo envolveu 356 policias e verificou que estratégias de *coping* como a negação, autculpa, desabafo e desligamento comportamental, utilizadas pelos profissionais apresentam uma associação significativa com perturbações do sono, comprometendo a qualidade de sono. Posto isto, a combinação de baixo apoio de colegas de trabalho, supervisores, amigos e familiares e o uso de *coping* passivo demonstra uma associação mais forte com a qualidade do sono para estes agentes (Hartley et al., 2014).

Uma pesquisa também transversal, realizada com 723 adultos pretendeu estudar a relação entre estratégias de *coping* (focadas na emoção e focadas no problema) e a qualidade do sono. Os resultados obtidos evidenciaram que existe uma associação entre a utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção e no problema e uma boa qualidade de sono. Além disso, o uso do *coping* focado no problema está relacionado com menores problemas de sono. As estratégias de *coping* focadas no problema são uma estratégia eficaz e positiva que pode melhorar a qualidade de sono (Kozusznik et al., 2021).

Num outro estudo realizado com 379 estudantes, pretendeu-se identificar associações entre estratégias de *coping* e qualidade do sono no dia-a-dia dos sujeitos. O enfrentamento focado na emoção associou-se a uma menor qualidade de sono (Hagemann et al., 2023).

5.2. Fadiga por compaixão e qualidade de sono

Foi realizado um estudo nos Estados Unidos, que contou com 318 enfermeiros com as idades compreendidas entre 23 e 68 anos, a maioria do sexo feminino (91,1%). Verificou-se que os enfermeiros que apresentavam níveis mais elevados de satisfação por compaixão relatavam níveis mais baixos de distúrbios do sono e melhor saúde física/mental. O *burnout* e o stresse traumático secundário foram associados negativamente à saúde física/mental e positivamente associados a perturbações do sono (Lee et al., 2022).

Um outro estudo, teve como objetivo identificar as relações entre fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e distúrbios do sono em enfermeiros oncológicos. Contou com a participação de 140 enfermeiros e averiguou que níveis de fadiga por compaixão mostraram correlações positivas com perturbações do sono. Contrariamente, os níveis de satisfação por compaixão apresentaram correlações negativas significativas com fadiga por compaixão e perturbações do sono (Kim & Na, 2017).

Cerca de 177 enfermeiros da Arábia Saudita, participaram numa investigação transversal com a finalidade de se compreender a incidência e as consequências da fadiga por compaixão, bem como a satisfação por compaixão, *burnout* e stresse traumático secundário nesta população. Os resultados obtidos revelaram a existência de uma correlação significativa entre níveis de *burnout* e a qualidade do sono nos enfermeiros, isto é, compreende-se que o *burnout* se associa a uma má qualidade do sono (Rayani et al., 2024).

5.3. Estratégias de coping e fadiga por compaixão

Realizou-se um estudo transversal, com 228 (84,4%) enfermeiros de 270 hospitais da Jordânia, com as idades compreendidas entre 21 e 51 anos, com média de idade de 29,4 anos. 123 (53,9%) participantes do sexo feminino e 105 (46,1%) do sexo masculino. Estes enfermeiros atuavam em diferentes tipos de unidades de cuidados intensivos e departamentos de emergência. O objetivo baseou-se em medir os níveis de fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão nesta população, investigando como as

estratégias de *coping* podem assumir-se como moderadoras e/ou preditores dos níveis de fadiga por compaixão. Concluiu-se que as enfermeiras tiveram melhor satisfação por compaixão face aos seus colegas homens e que melhores estratégias de *coping* se associaram a uma maior satisfação por compaixão e níveis mais reduzidos de stresse secundário. A resolução de problemas está relacionada significativamente com a satisfação por compaixão e estratégias de evitação relacionam-se significativamente ao stresse traumático secundário. Verificou-se que as estratégias de *coping* são fatores moderadores que potenciam a satisfação por compaixão em enfermeiros (Al Barmawi et al., 2019).

Pretendeu-se explorar a relação entre empatia, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão através de um estudo direcionado a médicos. Recolheu-se uma amostra de 153 médicos (52 do sexo masculino e 101 do sexo feminino), com as idades entre os 22 e os 70 anos. Foi possível analisar a existência de uma correlação significativa entre as estratégias de *coping* e a fadiga por Compaixão. Averiguando que estratégias de *coping* de Evitação assumem uma correlação positiva e significativa com a empatia e a fadiga por compaixão. Verificou-se também, que as estratégias de *coping* evitativas preveem a fadiga por compaixão (Behrani et al., 2020).

Um estudo realizado com 443 enfermeiros egípcios pretendeu identificar os níveis de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão entre os enfermeiros e identificar as estratégias de *coping* utilizadas. Os enfermeiros evidenciaram uma utilização moderada das estratégias de *coping*, sendo a resolução de problemas a estratégia mais utilizada, enquanto a evitação se classificou como a menos recorrente. Os resultados obtidos revelam que a utilização de estratégias de *coping* apresentam uma correlação positiva com a satisfação por compaixão e uma correlação negativa com a fadiga por compaixão. Tanto a satisfação por compaixão como a fadiga por compaixão são variáveis importantes para caracterizar a qualidade de vida profissional. As estratégias de *coping* utilizadas em contexto laboral, como a resolução de problemas e suporte de apoio, são imprescindíveis para diminuir a fadiga por compaixão e promover a satisfação por compaixão (Abou Hashish et al., 2023).

Parte II – Metodologia

1. Delineamento do Estudo

O presente estudo corresponde a um estudo quantitativo e transversal, existindo apenas um momento de avaliação para recolher as informações necessárias.

1.1. *Objetivos de Investigação*

1.1.1. Objetivo Geral. O objetivo geral desta investigação consiste em avaliar a relação entre a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses.

1.1.2. Objetivos Específicos. Uma vez considerado o objetivo geral, os objetivos específicos estabelecidos para o presente estudo são: 1) Averiguar a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão nos psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses; 2) Analisar se existe uma relação entre a qualidade de sono e as estratégias de *coping*; 3) Analisar se existe uma relação entre a qualidade de sono e a fadiga por compaixão; 4) Averiguar se existe uma relação entre as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão; 5) Identificar as possíveis associações e diferenças em função de variáveis referentes ao contexto de trabalho, e a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão.

1.2. *Hipóteses*

De acordo com os objetivos referidos acima, podemos destacar as seguintes hipóteses desta investigação:

H1: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior a fadiga por compaixão.

H2: É esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* adaptativas, menor a fadiga por compaixão e maior a qualidade de sono.

H3: É esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas mais a fadiga por compaixão e menor a qualidade do sono.

H4: É esperado que quanto maior o número de horas de trabalho e maior o número de casos acompanhados por semana pior a qualidade de sono e maior a fadiga por compaixão.

H5: É esperado que existam diferenças significativas nas variáveis estudadas (i.e., qualidade do sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão) em função de variáveis sociodemográficas e referentes ao contexto de trabalho.

Segue-se uma breve sustentação teórica com a intenção de comprovar as seguintes hipóteses.

H1: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior a fadiga por compaixão.

Kim & Na (2017) referiram que níveis elevados de fadiga por compaixão estão associados a perturbações do sono. Pelo contrário, os níveis de satisfação por compaixão estão associados a menores perturbações do sono.

Lee & colaboradores (2022), comprovaram que níveis mais elevados de satisfação por compaixão relataram também níveis mais baixos de perturbações do sono e uma melhor saúde física e mental.

Wu & investigadores (2016), demonstraram como a má qualidade do sono está associada a elevados níveis de fadiga por compaixão.

H2: É esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* adaptativas, menor a fadiga por compaixão e maior a qualidade de sono.

Através de uma investigação realizada por Abou Hashish e colegas (2023), foi possível confirmar que a utilização de estratégias de *coping* adaptativas aumentam a satisfação por compaixão e diminuem a fadiga por compaixão.

H3: É esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas mais a fadiga por compaixão e menor a qualidade do sono.

Behrani e colegas (2020), comprovaram que a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas promovem a fadiga por compaixão.

As estratégias de *coping* desadaptativas estão também associadas a perturbações do sono (Xiong et al., 2019).

H4: É esperado que quanto maior o número de horas de trabalho e maior o número de casos acompanhados por semana pior a qualidade de sono e maior a fadiga por compaixão.

Alguns fatores que advêm de variáveis referentes ao contexto laboral, como a carga de trabalho excessiva, excesso de vínculo com as práticas profissionais e com os clientes relacionam-se com o adoecimento do profissional de saúde mental (Oliveira et al., 2023).

Como constatado na investigação de Ferreira e colegas (2024), a carga horária excessiva contribui para uma menor qualidade de vida profissional. A sobrecarga de trabalho assume um impacto significativo na satisfação da qualidade de vida profissional e pessoal, pois o profissional encontra-se mais suscetível a desenvolver problemas de saúde física e psicológica. Verificou-se assim, que as perturbações de sono estão relacionadas com variáveis profissionais como a elevada carga horária laboral e sobrecarga de trabalho. A elevada carga de trabalho assume um impacto negativo na qualidade do sono e uma tendência para aumentar a fadiga. Os volumes elevados de horas de trabalho estão associados a um aumento das perturbações de sono (Peterson et al., 2019).

H5: É esperado que existam diferenças significativas nas variáveis estudadas (i.e., qualidade do sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão) em função de variáveis sociodemográficas e referentes ao contexto de trabalho.

O número de casos acompanhados pelo profissional está relacionado com a sobrecarga laboral. Bastos & Afonso (2020), consideram que a sobrecarga profissional tem um impacto significativo na qualidade do sono.

A formação académica e o investimento em processos formativos beneficiam o papel do psicólogo e psicoterapeuta. A formação contínua promove conhecimentos e favorece ao profissional a redução de problemáticas profissionais, atuando como um fator de proteção em ambientes de risco, contribuindo para uma melhor qualidade de vida profissional e pessoal (Ogassawara, 2023).

A prática de supervisão assume benefícios para os psicólogos e psicoterapeutas, pois possibilita o auxílio na discussão dos casos acompanhados e contribui dessa forma para práticas profissionais eficazes, possibilitando a reflexão crítica (de Faria et al., 2020). A supervisão pode considerar-se como uma estratégia de *coping* utilizada pelo psicólogo, que visa atender as suas necessidades pessoais e profissionais, proporcionando motivação, bem-estar físico e psicológico, diminuindo a fadiga por compaixão e promovendo satisfação profissional através da melhoria da qualidade do serviço de cuidado prestado aos clientes (Sanzovo & Coelho, 2007; Teixeira et al., 2020).

2. Participantes

A amostra do estudo é composta por 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), com idades compreendidas entre os 24 e 60 anos ($M = 33.16\%$; $DP = 8.37$), sendo 89.5% ($n = 111$) do género feminino e 10.5% ($n = 13$) do género masculino, todos de nacionalidade portuguesa (100%).

No que diz respeito às habilitações literárias, 6 (4.8%) participantes possuíam licenciatura, 71 (57.3%) participantes possuíam mestrado, 7 (5.6%) participantes relatavam possuir mestrado e especialidade em psicoterapia, 16 (12.9%) participantes referiam possuir mestrado e pós-graduação, apenas 1 (0.8%) participante afirmou ter obtido a especialidade em psicoterapia, 6 (4.8%) participantes tinham uma pós-graduação, 4 participantes (3.2%) possuíam especialidade em psicoterapia bem como uma pós-graduação, apenas 1 (0.8%) apresentava mestrado, especialidade em psicoterapia e pós-graduação e por fim, 7 participantes (5.6%) eram doutorados.

Face ao agregado familiar, 16 participantes (9%) residiam sozinhos, 39 participantes (22%) afirmavam viver com o companheiro/a, 7 participantes (4%) viviam com os filhos, 38 participantes (21.5%) assumiram viver com outros familiares, 2 participantes (1.1%) relatavam viver com o companheiro/a, filhos e outros familiares, 1 participante referiu viver com o companheiro/a e outros familiares (0.6%) e, por fim, 2 participantes (1.1%) residiam com amigos.

No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria dos participantes possuíam mestrado (57.3%; $n = 71$), seguindo-se de mestrado e pós-graduação (12.9%; $n = 16$). E, no que toca ao agregado familiar, observou-se uma maior percentagem de participantes a viver com os companheiros/as (22%; $n = 39$) e com outros familiares (21.5%; $n = 38$), seguindo-se 21 participantes (11.9%) a viver com companheiro/a e filhos, realçando-se que 16 participantes (9%) residiam sozinhos, 7 participantes (4%) viviam com os filhos, 2 participantes (1.1%) relatavam viver com companheiro/a, filhos e outros familiares, assim como com amigos, e 1 participante referiu viver com companheiro/a e outros familiares (0.6%).

Relativamente ao estado civil, 74 participantes (59.7%) afirmaram estar solteiros, 22 participantes (17.7%) afirmaram estar casados, 21 (16.9%) afirmaram estar em união de facto, 6 (4.8%) afirmaram estar divorciados, e apenas 1 (0.8%) afirmou estar viúvo.

Salientando-se que, quanto à filiação, 88 participantes (71%) afirmaram não ter filhos, 24 (19.4%) relataram ter 1 filho, 10 (8.1%) afirmaram ter 2 filhos, 1 participante (0.8%) referiu ter 3 filhos e 1 participante (0.8%) assumiu igualmente ter 4 filhos.

De notar que todos os dados sociodemográficos supramencionados estão caracterizados na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográficas da Amostra (N = 124)

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
Feminino	111	89.5
Masculino	13	10.5
<i>Habilitações Literárias</i>		
Licenciatura	6	4.8
Mestrado em Psicologia Clínica	71	57.3
Mestrado em Psicologia Clínica e Pós-Graduação	16	12.9
Mestrado em Psicologia Clínica e Especialidade em Psicoterapia	7	5.6
Pós-Graduação	6	4.8
Especialidade em Psicoterapia	1	0.8
Especialidade em Psicoterapia e Pós-Graduação	4	3.2
Mestrado em Psicologia Clínica, Especialidade em Psicoterapia e Pós-Graduação	1	0.8
Doutoramento	7	5.6
Outros	5	4.0
<i>Com quem reside</i>		
Companheiro/a	39	22.0
Outros familiares	38	21.5
Companheiro/a e Filhos	21	11.9
Sozinho	16	9.0
Filhos	7	4.0
Companheiro/a, filhos e outros familiares	2	1.1
Amigos	2	1.1
Companheiro/a e outros familiares	1	0.6
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro/a	74	59.7
Casado/a	22	17.7
União de Facto	21	16.9
Divorciado/a	6	4.8
Viúvo/a	1	0.8
<i>Filiação</i>		

Não	88	71.0
Sim	36	29.0
<i>Número de filhos</i>		
0	90	71.4
1	24	13.6
2	10	5.6
3	1	0.6
4	1	0.6

Considerando os dados referentes ao contexto laboral (Tabela 2), observamos que a maioria dos participantes (79%; $n = 98$) afirmou trabalhar em contexto privado, 6 participantes (4.8%) relataram que trabalhavam em contexto público e, por fim, 20 participantes (16.1%) afirmaram trabalhar em ambos os contextos. Realçando-se que, em média, os profissionais que englobavam a nossa amostra exerciam psicologia à, aproximadamente, 7 anos ($M = 7.13$; $DP = 7.19$), sendo que 33 participantes (26.6%) afirmaram que atendiam 10 ou menos casos por semana, 46 (37.1%) afirmaram atender entre 11 a 20 casos, 28 (22.6%) confirmaram atender entre 21 a 30 casos e, por fim, 15 (12.1%) afirmaram atender mais de 31 casos semanais.

Além disso, relativamente ao número de horas que os profissionais trabalhavam semanalmente, a maioria relatou trabalhar entre 21 a 40 horas semanais (64.5%; $n = 80$) e 22 participantes (17.7%) relataram trabalhar, respetivamente, entre 20 horas ou menos, assim como mais de 41 horas.

Face à área de atuação laboral dos participantes, 2 participantes (1.6%) afirmaram trabalhar apenas com crianças, 1 participante (0.8%) relatou trabalhar apenas com adolescentes, 11 participantes (8.9%) trabalhavam com crianças e adolescentes, 33 participantes (26.6%) confirmaram trabalhar com adultos, 34 participantes (27.4%) relataram trabalhar com crianças, adolescentes e adultos, 25 participantes (20.2%) afirmaram trabalhar com adolescentes e adultos, 11 participantes (8.9%) afirmaram trabalhar com todas as faixas etárias, 4 participantes (14.5%) trabalhavam com adolescentes, adultos e idosos, 31 participantes (3.2%) relataram trabalhar com crianças, adolescentes e idosos e por fim, 3 participantes (2.4%) trabalhavam com adultos e idosos.

Face à área de atuação laboral dos participantes, verificou-se uma maior percentagem de participantes que trabalhavam com crianças, adolescentes e adultos (27.4%; $n = 34$), apenas com adultos (26.6%; $n = 33$) e com adolescentes e adultos (20.2%; $n = 25$). Importa ainda referir que, quanto à realização de supervisão, 78

participantes (62.9%) afirmaram realizá-la, sendo que 25 (20.2%) indicaram realizar supervisão semanalmente, 19 (15.3%) afirmaram realizar quinzenalmente, 26 (21%) assumiram realizar mensalmente, 5 (4%) confirmaram que realizavam supervisão quando lhes parecesse necessário e apenas 1 (0.8%) afirmou realizar supervisão de 2 em 2 meses. De notar que 17 participantes (13.7%) dizem ainda ser supervisores.

Tabela 2

Análise Descritiva das Variáveis referentes à Prática Profissional (N = 124)

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Contexto em que exerce a prática profissional</i>		
Privado	98	79.0
Público	6	4.8
Ambos	20	16.1
<i>Tempo de experiência profissional</i>		
Menos de um ano	8	6.5
Entre 1 a 10 anos	88	71.0
Entre 11 a 20 anos	19	15.3
Mais de 20 anos	9	7.3
<i>Área em que exerce a prática profissional</i>		
Crianças	2	1.6
Adolescentes	1	0.8
Crianças e Adolescentes	11	8.9
Adultos	33	26.6
Crianças, Adolescentes e Adultos	34	27.4
Adolescentes e Adultos	25	20.2
Crianças, Adolescentes, Adultos e Idosos	11	8.9
Adolescentes, adultos e Idosos	4	3.2
Adultos e Idosos	3	2.4
<i>Número de casos semanais</i>		
10 ou menos	33	26.6
11-20	46	37.1
Mais de 21	43	34.7
<i>Número de horas de carga laboral</i>		
20 ou menos	22	17.7
21-40	80	64.5
Mais de 41	22	17.7
<i>Realização de Supervisão</i>		
Não	46	37.1
Semanal	25	20.2
Quinzenal	19	15.3
2 em 2 meses	1	0.8
Quando necessário	5	4.0

É supervisor

Não	107	86.3
Sim	17	13.7

3. Instrumentos

Neste estudo foram selecionados quatro instrumentos: Questionário Sociodemográfico/Prática Profissional; o Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (IQSP); a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol).

3.1. Questionário Sociodemográfico/Prática Profissional

Este questionário foi desenvolvido especificamente para esta investigação com o propósito de obter dados relevantes e pertinentes sobre os participantes, nomeadamente no que diz respeito às seguintes questões: género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, agregado familiar, estado civil, filiação, tempo de prática profissional, área de atuação profissional, contexto de prática profissional, número de casos que atendem semanalmente, número de horas trabalhadas semanalmente, se pratica ou não supervisão clínica, a frequência da prática de supervisão e se é ou não supervisor.

3.2. Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (IQSP)

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), foi criado por Buysse e colaboradores (1989), tendo sido adaptado para a versão portuguesa por João e colaboradores (2017). Este instrumento é composto por 19 questões, sendo que 15 são de escolha múltipla e facilitam uma maior acessibilidade, permitindo que os participantes despendam um menor tempo ao preencher o mesmo.

De notar que os itens abordam a frequência da qualidade subjetiva do sono e das possíveis perturbações, apresentando ainda itens relativos ao horário de dormir e acordar, bem como ao tempo do sono. Desta forma, o IQSP abrange 7 elementos da qualidade do sono: (1) a qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a durabilidade do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) distúrbios do sono; (6) o uso de medicação para conseguir dormir; e (7) a sonolência e disfunção diurna. De salientar que é ainda possível obter um resultado global que indicará a qualidade do sono geral.

Relativamente à pontuação, nos itens de escolha múltipla as respostas são dadas de acordo com uma escala tipo *Likert* que varia entre 0 (“Nunca”) e 3 (“3x/semana ou mais”), sendo que o valor máximo de pontuação total para este instrumento é de 21 pontos. A qualidade de sono varia consoante essa pontuação, verificando-se que quanto mais elevado for o valor obtido mais comprometida é a qualidade do sono do indivíduo. O cálculo total deste instrumento é feito através da soma de cada um dos resultados obtidos nos elementos referidos anteriormente. Para se obter uma boa qualidade de sono, os valores obtidos aos índices gerais têm de se apresentar como iguais ou inferiores a 5. Contrariamente, se o índice demonstrar uma má qualidade de sono, os valores dos resultados obtidos são superiores a 5 (Buyesse et al., 1989).

De acordo com os resultados obtidos ao nível do estudo de validação da escala para a versão portuguesa, o IQSP apresenta níveis adequados de consistência interna, nomeadamente, um Alfa de Cronbach de .70 (João et al., 2017). Na presente investigação, obteve-se um Alfa de Cronbach exatamente com o mesmo valor de .70 para a escala total.

3.3. Escala Toulousiana de Coping (ETC-R)

A versão original da Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) foi elaborada por Esparbès, Sordes-Ader e Tap (1993), tendo sido posteriormente traduzida e adaptada para a população portuguesa por Nunes e colaboradores (2014). A ETC é constituída por 54 itens organizados de acordo com diversos campos [i.e., comportamental (ação), cognitivo (informação) e afetivo (emoção)], englobando seis estratégias de *coping*: (1) a Focalização; (2) o Suporte Social; (3) o Retraimento; (4) a Conversão; (5) o Controlo; e (6) a Recusa.

Kline (2000) propôs a maior utilidade de um teste mais objetivo e simplista com menos itens, reduzindo os 54 itens para 18 (ETC-R – versão reduzida). Assim, das seis estratégias de *coping*; presentes na escala original, considera-se apenas cinco na versão reduzida: (1) Controle, que se caracteriza pela forma como a pessoa reage face ao stressor e no que respeita à sua necessidade de planear as estratégias que tem ao seu alcance para solucionar da melhor forma possível o problema e, desta forma, não evitar o problema, mas analisá-lo de forma mais abrangente (itens 1, 6, 9, 15 e 18; e.g., “Analiso a situação para melhor a compreender”); (2) Recusa, refere-se ao afastamento da pessoa face a determinada circunstância/problema, recusando, por vezes, admitir a realidade (itens 10, 11, 12 e 16; e.g., “Reajo como se o problema não existisse”); (3) Conversão, que diz

respeito a uma estratégia de *coping* em que a pessoa demonstra um afastamento em relação aos outros tomando a responsabilidade dos seus próprios problemas (itens 4, 5 e 14; e.g., “Evito encontrar-me com pessoas”); (4) Suporte Social, caracterizado pela necessidade de ter o outro em conta no sentido de solicitar informações ou conselhos e ao nível emocional (itens 7, 8 e 13; e.g., “Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos o que sinto”); e (5) Distração, que se refere à estratégia em que a pessoa procura companhia nos outros de forma a evitar relembrar problemas que possa ter e que lhe causam incómodo (itens 2, 3 e 17; e.g., “Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer”).

Os itens são avaliados segundo uma escala tipo Likert, com o total de 5 pontos, que variam entre 1 (“Nunca”) e 5 (“Muito Frequentemente”), sendo que quanto maior for a pontuação obtida em cada subescala, maior é o uso dessa estratégia de coping por parte da pessoa. Esta versão traduzida e adaptada obteve um alfa de Cronbach de .69 para a escala total e os seguintes valores para as suas subescalas: Controle ($\alpha = .80$), Recusa ($\alpha = .67$), Conversão ($\alpha = .66$), Suporte social ($\alpha = 0.64$) e Distração ($\alpha = .59$) (Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, 2014).

Nesta investigação, a escala total obteve um alfa de Cronbach de .64, sendo que as subescalas apresentam os respetivos valores de alfa de Cronbach: $\alpha = .80$ na subescala de Controle; $\alpha = .72$ na subescala de Conversão; $\alpha = .66$ na escala de Recusa; $\alpha = .67$ na subescala de Suporte Social; e $\alpha = .51$ na subescala de Distração.

3.4. Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol)

A Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) foi desenvolvida pela autora Beth Stamm (2010). A versão mais atualizada, que será utilizada na presente investigação, apresenta melhorias comparativamente com as versões anteriores e melhores valores de consistência interna. A Escala foi traduzida e adaptada para português denominando-se “Escala de Qualidade de Vida Profissional”, mantendo-se a sigla “ProQOL”.

A ProQOL pode ser aplicado tanto a nível individual como em grupo ou investigações, tendo como objetivo a avaliação dos fenómenos Satisfação por Compaixão (SC), *Burnout* (BO) e Stresse Traumático Secundário (STS). Apesar disso, importa realçar que corresponde a um instrumento que deverá ser interpretado como indicativo e não como forma de diagnóstico.

Esta escala é composta por 30 itens separados em 3 subescalas, constituídas por 10 itens cada, que avaliam 3 fenómenos diferentes: (a) Satisfação por Compaixão (Itens 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 e 30); (b) *Burnout* (Itens 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 e 29); e (c) Stress Traumático Secundário (Itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 e 28). Cada item corresponde a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5, correspondendo a uma escala de frequência ordinal (1 = Nunca; 2 = Raramente; 3 = Por Vezes; 4 = Frequentemente; 5 = Muito Frequentemente). A pontuação total de cada subescala obtém-se através da soma da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes. Para realizar o somatório da subescala do *Burnout*, deve-se reverter a pontuação dos itens 1, 4, 15, 17 e 29. (Carvalho & Sá, 2011).

Segundo Stamm (2010), este instrumento caracteriza-se com valores benéficos de consistência interna. As subescalas de SC, BO e STS apresentam os respetivos valores de alfa de Cronbach (α) de .88, .75 e .81. As subescalas BO e STS apresentam uma correlação negativa com SC, respetivamente $r = -.14$ para BO e $r = -.23$ para STS. Entre si apresentam uma correlação positiva ($r = .58$) e uma covariância de 34%.

Nesta investigação, a escala total apresentou um valor alfa de Cronbach de 0.63, sendo que as subescalas apresentam os seguintes valores de alfa de Cronbach: Satisfação por Compaixão ($\alpha = .85$); *Burnout* ($\alpha = .75$); e Stress Traumático Secundário ($\alpha = .73$).

4. Procedimento

Inicialmente, ocorreram reuniões juntamente com a orientadora da Dissertação, possibilitando a escolha do tema, o delineamento dos objetivos, hipóteses, instrumentos e esclarecimento de questões. Foi necessário solicitar aos autores dos instrumentos o pedido de autorização para a sua utilização, sendo que, posteriormente, o projeto de investigação foi submetido para avaliação por parte da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa, tendo sido autorizado. De seguida, foi elaborado o Consentimento Informado que partilhado com os participantes antes de iniciarem o questionário *online*, tendo como finalidade facultar informações sobre o objetivo do estudo os critérios de inclusão do mesmo, destacando o princípio de confidencialidade e anonimato, assegurando a proteção de dados dos participantes. De notar que foi igualmente partilhado com os participantes o contacto do responsável pela coordenação da investigação, podendo ser utilizado para qualquer esclarecimento.

Após a construção do questionário *online* na plataforma *Google Forms*, este foi divulgado através de redes sociais e emails institucionais, convidando os profissionais que exercessem psicologia clínica em contexto público ou privado a aceder ao *link* disponibilizado e a participar no estudo. Desta forma, a amostra do presente estudo definiu-se como sendo não probabilística e selecionada por conveniência.

A participação era de cariz voluntário, realçando-se que a desistência do preenchimento do questionário não acarretava qualquer tipo de prejuízo para o participante. Quando a investigação estiver concluída, os participantes poderão ter acesso aos resultados obtidos.

5. Análise de dados

Recorreu-se ao programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*; versão 26) para realização da análise estatística, começando por ser realizada a análise descritiva dos dados, o que incluiu o apuramento dos valores mínimos e máximos, médias, desvios-padrão, assimetria e curtose das respetivas escalas e subescalas das variáveis de interesse (i.e., qualidade de sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão). Foram ainda realizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis de natureza qualitativa.

Posto isto, com o objetivo de analisar se existe uma relação entre a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão, assim como analisar as possíveis associações com variáveis referentes à prática profissional, realizaram-se Correlações de *Pearson* (para variáveis de natureza quantitativa) e Correlações de *Spearman* (para variáveis ordinais), considerando-se os seguintes critérios para avaliação da intensidade das mesmas (Cohen, 1988): (a) Fracas 0.10 – 0.29; (b) Moderadas 0.30 – 0.49; e (c) Fortes 0.50 – 1.

Por fim, a fim de identificar possíveis diferenças em função das habilitações literárias dos participantes (Formação Base vs. Acrescida), da prática de supervisão (Sim vs. Não) e do grupo de qualidade de sono (Boa vs. Pobre) realizaram-se Testes *T-Student* para amostras independentes quando consideradas variáveis dependentes (VD) quantitativas e o respetivo teste não paramétrico de *Mann-Whitney* quando a VD fosse ordinal. Realçando-se que recorreremos igualmente à *One-Way* ANOVA com o objetivo de averiguar se existiam diferenças em função da quantidade de casos do profissional, dado que essa mesma variável apresentava mais do que duas categorias (i.e., 10 ou menos

casos, entre 11 a 20 casos e mais de 21 casos). Aquando da realização do *One-Way* ANOVA considerou-se ainda o teste *post-hoc* de comparação múltipla à posteriori de Scheffé, visto ser robusto à violação do pressuposto da normalidade e da homogeneidade de variâncias.

De notar que os Testes *T-Student* e a ANOVA requerem a verificação do pressuposto da normalidade que, pela aplicação do Teorema do Limite Central (TLC), pode considerar-se que a sua violação não põe em causa o resultado do teste (Laureano, 2011). Salientando-se que procedemos a recategorização da variável referente às habilitações literárias de modo a garantir que a dimensão dos grupos passava a ser mais equitativa, ou seja, inicialmente esta variável era constituída por nove categorias, passando a englobar apenas duas (i.e., Formação Base vs. Acrescida).

Importa referir que consideramos $p < .05$ como nível de significância estatística em todos os testes realizados.

Parte III - Resultados

1. Análise Descritiva

1.1. Estatística Descritiva do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

Os resultados obtidos ao nível da análise descritiva do Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (IQSP) encontram-se caracterizados na Tabela 3, observando-se que o valor mínimo e máximo da subescala Distúrbios de sono variou entre 0 (o mínimo da respetiva escala de resposta) e 21, sendo que a média encontrou-se abaixo do valor de pontuação intermédia, aproximando-se do extremo inferior da escala e sugerindo, portanto, que, em média, os participantes da presente amostra experienciam com baixa frequência distúrbios de sono.

Por sua vez, no que diz respeito à subescala referente à Duração de sono, verificou-se um valor mínimo e máximo de, respetivamente, 4 e 10 horas de sono, realçando-se que, em média, os participantes referiram dormir, aproximadamente 6/7 horas. Quanto à Latência de sono, registou-se um valor mínimo de 0 e máximo de 6, variando assim entre o mínimo e o máximo da respetiva escala de resposta, sendo que o valor médio se aproximou do ponto inferior, sugerindo que, em média, os participantes da presente amostra não demoram muito tempo a adormecer.

No que diz respeito à Disfunção diurna, as pontuações variaram entre o mínimo da respetiva escala de resposta (i.e., 0) e 4, obtendo-se uma pontuação média igualmente perto do extremo inferior da escala, sugerindo que, em média, os participantes da nossa amostra reportaram uma baixa disfunção diurna. E as pontuações obtidas à subescala de Eficiência do sono variaram entre 43.24% e 100%, sendo que, em média, o sono dos participantes apresentou uma alta eficiência de, aproximadamente, 90%.

Por fim, o valor médio global de Qualidade do sono variou entre 1 e 17, verificando-se uma pontuação média de 5.77, sensivelmente próxima do ponto de corte da escala que permite a categorização dos participantes entre boa e pobre qualidade de sono. Assim, importa realçar que 57.3% ($n = 71$) dos indivíduos apresentaram uma boa qualidade de sono e 42.7% ($n = 53$) apresentaram uma qualidade de sono pobre.

Importa salientar que os valores de Assimetria e Curtose do IQSP apontaram no sentido de distribuição da normalidade ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, em Marôco, 2010).

Tabela 3*Análise Descritiva do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)*

	<i>n</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose
Distúrbios do Sono	124	0	21	6.47	4.13	1.06	1.32
Duração de Sono	124	4	10	7.35	1.04	-.48	.98
Latência de Sono	124	0	6	1.89	1.60	.77	-.17
Disfunção Siurna	124	0	4	1.33	1.04	.79	.24
Eficiência do Sono	124	43.24	100	89.43	10.98	-1.40	2.28
Qualidade de Sono – Valor Global	124	1	17	5.77	3.00	1.36	2.06

De referir que a grande maioria dos participantes (83.1%; $n = 103$) nunca tomava medicação para dormir e, considerando os que tomavam, realçam-se que os medicamentos Valdispert, Trazadona e Victan são os únicos consumidos por mais de 1 participante, observando-se uma toma variada de medicamentos entre os indivíduos (Tabela 4).

Tabela 4*Frequência da medicação para dormir e do tipo de medicação*

	<i>N</i>	%
<i>Frequência da medicação para dormir</i>		
Nunca	103	83.1
Menos 1x por semana	6	4.8
1 ou 2x por semana	4	3.2
3x ou mais por semana	11	8.9
<i>Tipo de medicação para dormir</i>		
Valdispert	2	1.6
Trozadona	2	1.6
Victan	2	1.6
Alprazolam	1	.8
Aquilea Sono	1	.8
Circadin	1	.8
Lexotan e Rivotril	1	.8

Rivotril	1	.8
Melatonina	1	.8
Pregabalina	1	.8
Triticum	1	.8
Triticum e Diazepam	1	.8
Valeriana	1	.8
Xanax	1	.8
Zzzquil	1	.8

No que diz respeito à frequência de problemas para dormir, 29 participantes (23.4%) refere nunca terem tido problemas, 53 participantes (42.7%) referem ter tido problemas menos de 1 vez por semana, 28 participantes (22.6%) confirmam ter tido problemas 1 ou 2 vezes por semana e 14 participantes (11.3%) referiram ter tido problemas 3 vezes ou mais. Ademais, a maioria dos participantes assumem dormir mais de 7 horas por noite (50.8%; $n = 63$) e referiram um sono de eficiência superior a 85% (77.4%; $n = 96$). (Tabela 5)

Relativamente aos diferentes problemas para dormir, observou-se que a percentagem mais alta de indivíduos referiram (Tabela 5): (a) acordar menos de 1 vez por semana a meio da noite ou de manhã muito cedo (33.1%; $n = 41$); (b) nunca se levantar para ir à casa de banho (33.1%; $n = 41$); (c) nunca terem dificuldades para respirar (83.1%; $n = 103$); (d) nunca tossir ou ressonar muito alto (79.0%; $n = 98$); nunca sentirem muito frio (66.9%; $n = 83$), nunca sentirem muito calor (45.2%; $n = 56$); nunca terem sonhos maus ou pesadelos (43.5%; $n = 54$); e nunca referiram sentir dores (67.7%; $n = 84$).

Tabela 5

Frequências dos problemas para dormir

	<i>N</i>	%
<i>Frequência de problemas para dormir</i>		
Nunca	29	23.4
Menos de 1x por semana	53	42.7
1 ou 2x por semana	28	22.6
3x por semana ou mais	14	11.3
<i>Duração do Sono</i>		
>7 horas	63	50.8
6 a 7horas	52	41.9
5 a 6 horas	7	5.6
<5 horas	2	1.6

<i>Eficiência do Sono</i>		
<85%	96	77.4
75% a 84%	14	11.3
66% a 74%	10	8.1
<65%	4	3.2
<i>Problemas para dormir: acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo</i>		
Nunca	17	13.7
Menos de 1x por semana	41	33.1
1 ou 2x por semana	34	27.4
3x ou mais por semana	32	25.8
<i>Problemas para dormir: levantar-se para ir à casa de banho</i>		
Nunca	41	33.1
Menos de 1x por semana	37	29.8
1 ou 2x por semana	27	21.8
3x ou mais por semana	19	15.3
<i>Problemas para dormir: Ter dificuldade para respirar</i>		
Nunca	103	83.1
Menos de 1x por semana	16	12.9
1 ou 2x por semana	4	3.2
3x ou mais por semana	1	.8
<i>Problemas para dormir: Tossir ou ressonar muito alto</i>		
Nunca	98	79
Menos de 1x por semana	19	15.3
1 ou 2x por semana	4	3.2
3x ou mais por semana	3	2.4
<i>Problemas para dormir: Sentir muito frio</i>		
Nunca	83	66.9
Menos de 1x por semana	30	24.2
1 ou 2x por semana	10	8.1
3x ou mais por semana	1	.8
<i>Problemas para dormir: Sentir muito calor</i>		
Nunca	56	45.2
Menos de 1x por semana	44	35.5
1 ou 2x por semana	19	15.3
3x ou mais por semana	5	4.0
<i>Problemas para dormir: Ter sonhos maus ou pesadelos</i>		
Nunca	54	43.5
Menos de 1x por semana	40	32.3
1 ou 2x por semana	24	19.4

3x ou mais por semana	6	4.8
<i>Problemas para dormir: Sentir dores</i>		
Nunca	84	67.7
Menos de 1x por semana	21	16.9
1 ou 2x por semana	15	12.1
3x ou mais por semana	4	3.2
<i>Problemas para dormir: Outra razão</i>		
Nunca	88	71.0
Menos de 1x por semana	16	12.9
1 ou 2x por semana	10	8.1
3x ou mais por semana	10	8.1

1.2. Estatística Descritiva da Escala Toulousiana de Coping – Versão Reduzida (ETC-R)

Os resultados obtidos ao nível da análise descritiva da Escala Toulousiana de Coping (ETC) encontram-se caracterizados na Tabela 6, verificando-se que os valores mínimos variaram entre 1 e 2.20 e os máximos variaram entre 4.67 e 5. Importa ainda notar que a maior pontuação média verificou-se ao nível da subescala de Controlo, aproximando-se do ponto 4 e, portanto, do extremo superior da escala, sugerindo que, em média, os participantes classificaram como frequente a utilização deste tipo de estratégias de coping.

Por sua vez, as pontuações médias às subescalas referentes ao Suporte Social e à Distração aproximaram-se do ponto intermédio da respetiva escala de medição, sugerindo posições médias intermédias por parte dos participantes quanto à utilização destes tipos de estratégias de coping. E, por último, observou-se que as pontuações médias respeitantes às subescalas de Conversão e Recusa aproximaram-se do ponto 2 e, portanto, do extremo inferior da escala, sugerindo que, em média, os participantes classificaram como pouco frequente a utilização deste tipo de estratégias de coping.

Os valores de Assimetria e de Curtose da ETC-R, foram analisados de forma a avaliar a normalidade das variáveis (itens), e verificou-se que todos os valores se encontram entre os valores de referência para a normalidade ($|Sk| < 3$; $|Ku| < 10$) (Marôco, 2010).

Tabela 6*Análise Descritiva da Escala Toulousiana de Coping (ETC-R)*

	<i>N</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose
Controlo	124	2.20	5.00	4.03	0.72	-0.59	-0.50
Conversão	124	1.00	4.67	1.91	0.91	1.12	0.72
Recusa	124	1.00	4.75	1.93	0.77	0.90	0.68
Suporte Social	124	1.00	5.00	3.34	0.95	-0.30	-0.27
Distração	124	1.00	5.00	2.90	0.82	0.13	0.15

Tal como é possível verificar através da Tabela 7, 120 participantes (96.8%) identificaram situações difíceis, sendo que respostas relacionadas com situações de “Saúde Física/Mental” são as mais frequentes (31.5%; $n = 39$), seguidas de situações relacionadas com “Trabalho/Atendimento” (29.8%; $n = 37$), em terceiro lugar situações relacionadas com “Relações Íntimas/Familiares” (20.2%; $n = 25$) e, em quarto lugar, situações difíceis referentes à “Vida Pessoal” (8.9%; $n = 11$).

Tabela 7*Situação Difícil*

	<i>n</i>	%
Saúde Física/ Mental	39	31.5%
Trabalho/Atendimento	37	29.8%
Relações Íntimas/ familiares	25	20.2%
Vida Pessoal	11	8.9%
Outras	8	6.5%

Além disso, por intermédio da análise da Tabela 8, é possível observar uma maior média ao nível da subescala da ETC-R referente ao Controlo, ao Suporte Social e à Distração para os participantes que referiram situações difíceis relacionadas com a vida pessoal (e.g., compra de casa). Por sua vez, verificou-se uma maior pontuação média ao nível da Conversão para o grupo de participantes que referiram situações difíceis

relacionadas com a sua saúde física e/ou mental. E uma maior pontuação média no que diz respeito à subescala de Recusa para os participantes que consideraram situações difíceis relacionadas com relações íntimas e/ou familiares.

Tabela 8

Análise Descritiva da ETC-R de acordo com o Tipo de Situação Díficil

	Trabalho/Atendimento		Relações Íntimas/Familiares		Vida Pessoal		Saúde Física/Mental		Outras	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Controlo	4.09	.74	4.07	.77	4.33	.71	3.93	.69	3.95	.74
Conversão	1.85	.94	1.75	.85	1.61	.65	2.26	.97	1.92	.75
Recusa	1.89	.74	2.05	.80	2.02	.85	1.72	.65	1.97	.63
Suporte Social	3.35	1.0	3.49	.88	3.88	.78	3.13	.92	3.63	.65
Distração	3.02	.90	2.83	.59	3.09	1.00	2.81	.73	2.63	.77

1.3. Estatística Descritiva da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol)

Quanto à Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol) observou-se que os valores mínimos para as subescalas variaram entre 10 e 23 e os máximos variaram entre 35 e 50, realçando-se um maior valor mínimo e máximo para a Satisfação por Compaixão e um menor valor mínimo e máximo para o Stresse Traumático Secundário. De referir que a Satisfação por Compaixão correspondeu à subescala que apresentou uma maior pontuação média, sugerindo que, em média, os participantes classificaram como frequente as situações/sentimentos ilustradas nos itens que constituem esta mesma subescala (Tabela 9).

Os valores de Assimetria e Curtose da ProQol, apresentam-se igualmente como bons indicadores, apontando no sentido da normalidade ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, em Marôco, 2010).

Tabela 9*Análise Descritiva da ProQol*

	<i>n</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose
Escala de Qualidade de Vida Profissional							
Satisfação por compaixão	124	23	50	41.92	5.41	-1.03	0.99
<i>Burnout</i>	124	11	37	19.95	5.29	0.85	0.56
Stresse Traumático Secundário	124	10	35	19.61	5.16	0.77	0.55
Fadiga por Compaixão – Valor Total	124	62	106	81.49	7.99	0.46	0.76

2. Correlações entre as Variáveis: Qualidade de Sono, as Estratégias de *Coping* e a Fadiga por Compaixão

Os resultados provenientes da matriz de correlações (Tabela 10) atestaram que correlações positivas e significativas entre a estratégia de *coping* referente à Conversão e a Latência de Sono, a Disfunção Diurna e o valor total de Qualidade de Sono, sendo que apenas a correlação Conversão – Disfunção Diurna foi moderada (as restantes apresentaram uma intensidade fraca). O valor total referente às Estratégias de *Coping* apresentou-se ainda significativa e positivamente correlacionado, de modo fraco, com as Perturbações de Sono. Ou seja, tais resultados indicam que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* de conversão, maior a latência do sono, a disfunção diurna e pior a qualidade de sono no seu global.

Tabela 10*Correlações entre a Qualidade de Sono e as Estratégias de Coping*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PSQI-PT												
1. Perturbações de Sono	-											
2. Duração de Sono	.05	-										
3. Latência de Sono	.20*	.11	-									

4.Disfunção Diurna	.43**	-.01	.29**	-							
5.Medicação	.30**	.02	.11	.27**	-						
6.Eficiência do Sono	.12	.37**	.47**	.18*	.08	-					
7.Qualidade de Sono – Valor Total	.52**	.45**	.68**	.58**	.42**	.57**	-				
ETC-R											
8.Controlo	-.01	.10	-.04	-.11	.01	.01	-.02	-			
9.Conversão	.13	-.07	<u>.18*</u>	<u>.34**</u>	.13	.12	<u>.28**</u>	-.13	-		
10.Recusa	.16	.02	.02	.09	-.04	.01	.03	-.02	.18*	-	
11.Suporte Social	.08	-.07	-.10	.01	-.06	-.01	-.09	.36**	-.30**	-.02	-
12.Distração	.16	-.04	-.08	.05	-.05	-.03	-.08	.01	.04	.34**	.21* -

Nota: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (nível de significância); PSQI-PT: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; ETC-R: Escala Toulousiana de *Coping* – Versão Reduzida.

Quanto à Fadiga por Compaixão, observa-se que a subescala de Satisfação por Compaixão esteve significativa e negativamente correlacionada, de forma fraca, com a Disfunção Diurna (Tabela 11) e a subescala Conversão da ETC-R (Tabela 12). Tal demonstrou que quanto maiores os níveis de satisfação por compaixão, menor a disfunção diurna e a utilização de estratégias de *coping* de conversão. Além disso, a subescala de Satisfação por Compaixão associou-se ainda de forma significativa, só que positiva, com as estratégias de *coping* referentes ao Controlo (correlação moderada) e ao Suporte Social (correlação fraca) (Tabela 12). Portanto, níveis superiores de satisfação por compaixão estiveram igualmente associados a uma maior utilização das duas estratégias de *coping* referidas.

Tabela 11

Correlações entre a Qualidade de Sono e a Fadiga por Compaixão

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PSQI-PT											
1. Perturbações de Sono	-										
2.Duração de Sono	.05	-									
3.Latência de Sono	.20*	.11	-								
4.Disfunção Diurna	.43**	-.01	.29**	-							
5.Medicação	.30**	.02	.11	.27**	-						
6.Eficiência do Sono	.12	.37**	.47**	.18*	.08	-					

7.Qualidade de Sono – Valor Total	.52**	.45**	.68**	.58**	.42**	.57**	-				
	ProQol										
8.Satisfação por Compaixão	-.05	.01	-.16	<u>-.22*</u>	-.05	-.11	-.14	-			
9. <i>Burnout</i>	<u>.19*</u>	.03	.14	<u>.49**</u>	.01	.08	<u>.28**</u>	-.64**	-		
10.Stresse Traumático Secundário	<u>.27**</u>	.08	.03	<u>.42**</u>	.11	.14	<u>.28**</u>	-.28**	.59**	-	
11.Fadiga por Compaixão – Valor Total	<u>.31**</u>	.07	-.01	<u>.48**</u>	.06	.08	<u>.28**</u>	.07	.61**	.85**	-

Nota: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (nível de significância); PSQI-PT: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; ProQol: Escala de Qualidade de Vida Profissional.

Por sua vez, o *Burnout* esteve significativamente e moderadamente correlacionado com a Disfunção Diurna (correlação positiva) (Tabela 11), com a subescala de Controlo da ETC-R (correlação negativa) e com a subescala de Conversão da ETC-R (correlação positiva) (Tabela 12). Ou seja, quanto maiores os níveis de *burnout* dos participantes, maior a disfunção diurna, assim como a utilização de estratégias de *coping* de conversão. Por outro lado, quanto maiores os níveis de *burnout* dos participantes, menor a utilização de estratégias de *coping* de controlo. Ademais, o *Burnout* esteve ainda significativamente associado, de forma fraca, com as Perturbações de Sono (correlação positiva), com o valor total de qualidade de sono (correlação positiva) (Tabela 11), com subescala de Recusa da ETC-R (correlação positiva) e com a subescala de Suporte Social (correlação negativa) (Tabela 12). O que significa que quanto maior o nível de *burnout* dos profissionais, maior a frequência de perturbações de sono, pior a sua qualidade de sono, menor a utilização de estratégias de *coping* de suporte social e, por oposição, maior a utilização de estratégias de *coping* de Recusa.

O Stresse Traumático Secundário associou-se ainda que de forma positiva, mas fraca às Perturbações do Sono, ao valor total de Qualidade de Sono (Tabela 11) e à estratégia de *coping* referente à Conversão (Tabela 12), salientando igualmente uma correlação significativa e positiva, só que de intensidade moderada, entre Stresse Traumático Secundário – Disfunção Diurna (Tabela 11). Ou seja, maiores níveis de stresse traumático secundário estiveram associados a uma maior frequência de perturbações de sono, a uma maior disfunção diurna, a uma pior qualidade de sono e a uma maior utilização de estratégias de coping de Conversão. Verificou-se ainda uma correlação

significativa e negativa, de intensidade fraca, entre o Stresse Traumático Secundário e a subescala de Controlo da ETC-R (Tabela 12), atestando que uma maior utilização deste tipo de estratégia de *coping* associa-se significativamente a menores níveis de stresse traumático secundário.

Tabela 12

Correlações entre a Fadiga por Compaixão e as Estratégias de Coping

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ProQol								
1.Satisfação por Compaixão	-								
2. <i>Burnout</i>	-.64**	-							
3.Stresse Traumático Secundário	-.28**	.59**	-						
4.Fadiga por Compaixão – Valor Total	.07	.61**	.85**	-					
	ETC-R								
5.Controlo	<u>.47**</u>	<u>-.32**</u>	<u>-.19*</u>	<u>-.01</u>	-				
6.Conversão	<u>-.20*</u>	<u>.34**</u>	<u>.29**</u>	<u>.27**</u>	-.13	-			
7.Recusa	<u>-.09</u>	<u>.18*</u>	.17	.16	-.02	.18*	-		
8.Suporte Social	<u>.22*</u>	<u>-.18*</u>	<u>-.04</u>	<u>.01</u>	.36**	-.30**	-.02	-	
9.Distração	<u>-.01</u>	<u>.04</u>	<u>.15</u>	<u>.12</u>	.01	.04	.34**	.21*	-

Nota: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (nível de significância); ProQol: Escala de Qualidade de Vida Profissional; ETC-R: Escala Toulousiana de *Coping* – Versão Reduzida.

Por fim, o valor total da Fadiga por Compaixão esteve significativa e positivamente correlacionado, de forma moderada, com as Perturbações de Sono, assim como com a Disfunção Diurna, verificando-se correlações igualmente significativas e positivas, só que fracas, entre a Fadiga por Compaixão e o valor total da Qualidade de Sono e a subescala Conversão da ETC-R (Tabela 11 e 12). Ou seja, quanto maior a fadiga por compaixão, maior a frequência de perturbações de sono, maior a disfunção diurna, pior a qualidade de sono e maior a utilização de estratégias de *coping* de conversão.

3. Correlações entre a Qualidade do Sono, as Estratégias de *Coping*, a Fadiga por Compaixão e Variáveis referentes à Prática Profissional

Tal como é possível constatar na Tabela 11, não se verificaram correlações significativas entre a qualidade de sono, as estratégias de *coping*, a fadiga por compaixão,

o número de casos semanais e as horas de trabalho semanais. Apenas se verificaram correlações significativas ao nível do número de anos de experiência profissional.

Especificamente, observaram-se correlações positivas e significativas, de intensidade fraca, entre os Anos de Experiência Profissional, a Duração de Sono e a subescala de Controlo do ETC-R. Portanto, quanto há mais anos os profissionais exercerem a sua prática, maior o número de horas de sono reportadas e maior a frequência de utilização de estratégias de *coping* de controlo.

Por último, a subescala referente ao Stresse Traumático Secundário esteve igualmente associada, significativa e negativamente, de intensidade fraca, com os números de Anos de Experiência Profissional. Ou seja, quanto há mais anos os profissionais exercerem a sua prática, menor o stresse traumático secundário.

Tabela 13

Associação entre a Qualidade do Sono, as Estratégias de Coping, a Fadiga por Compaixão e Variáveis referentes à Prática Profissional (Anos de Experiência Profissional, Nº de Casos Semanais e Horas de Trabalho Semanal)

	Anos de Experiência Profissional	Nº de Casos Semanais	Horas de Trabalho Semanais
PSQI-PT			
Perturbações de Sono	-.10	-.10	.04
Duração de Sono	.19*	.12	.04
Latência de Sono	-.04	-.12	.02
Disfunção Diurna	-.11	-.09	.03
Medicação	-.06	-.07	-.09
Eficiência do Sono	.09	-.11	-.13
Qualidade de Sono – Valor Total	-.10	-.07	.02
ETC-R			
Controlo	.25**	.07	.11
Conversão	.01	-.12	-.05
Recusa	.11	-.07	-.07
Suporte Social	-.01	-.13	-.08
Distração	-.02	-.08	.01
Estratégias de <i>Coping</i> – Valor Total	.160	-.109	-.016

	ProQol		
Satisfação por Compaixão	.06	.09	.05
<i>Burnout</i>	-.02	-.03	.01
Stresse Traumático Secundário	-.23*	-.02	-.08
Fadiga por Compaixão – Valor Total	-.12	.03	-.01

Nota: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (nível de significância); PSQI-PT: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; ETC-R: Escala Toulousiana de *Coping* – Versão Reduzida; ProQol: Escala de Qualidade de Vida Profissional.

4. Diferenças na Qualidade do Sono, nas Estratégias de *Coping* e na Fadiga por Compaixão em função das Habilitações Literárias, da Prática de Supervisão e da Quantidade de Casos

Primeiramente, considerando o questionário de avaliação da Qualidade de Sono, verificaram-se diferenças significativas ao nível da Latência ($U = 1291.00$; $p = .004$), da Eficiência ($U = 1500.50$; $p = .029$) e da Qualidade Global de Sono [$t_{(122)} = 2.21$; $p = .029$] em função das habilitações literárias dos participantes. Especificamente, os resultados indicaram que os profissionais que apenas possuem a formação base, comparativamente com os colegas que possuem formação acrescida, apresentaram uma latência de sono significativamente superior, um sono significativamente menos eficiente e uma qualidade global de sono significativamente inferior.

Além disso, no que diz respeito as Estratégias de *Coping*, verificaram-se igualmente diferenças significativas em função das habilitações literárias dos participantes, nomeadamente ao nível da subescala de controlo [$t_{(122)} = -2.29$; $p = .023$] (Tabela 12). Ou seja, verificou-se que os profissionais que apenas possuem a formação base utilizavam com uma frequência significativamente inferior este tipo de estratégias de *coping*, comparativamente com os participantes que possuem formação acrescida.

Para terminar, no que diz respeito à Fadiga por Compaixão, os resultados atestaram apenas diferenças significativas ao nível do Stresse Traumático Secundário [$t_{(122)} = 3.07$; $p = .003$] em função das habilitações literárias dos profissionais que constituem a nossa amostra, sendo que os participantes que possuem apenas a formação de base reportaram níveis significativamente superiores de stresse traumático secundário, comparativamente com os colegas que possuem formação acrescida (Tabela 12).

Tabela 14

Diferenças Qualidade do Sono Global, nas Estratégias de Coping e na Fadiga por Compaixão em função das Habilitações Literárias (Formação Base vs. Acrescida)

	Formação base		Formação acrescida		<i>t</i>	<i>sig (p)</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
PSQI-PT						
Qualidade de Sono – Valor Total	6.23	0.36	5.02	0.38	2.21	.029
ETC-R						
Controlo	3.92	0.09	4.23	0.09	-2.29	.023
Conversão	2.03	0.11	1.73	0.12	1.78	.077
Recusa	1.96	0.09	1.88	0.12	0.54	.590
Suporte Social	3.32	0.11	3.36	0.13	-0.25	.804
Distração	2.99	0.09	2.76	0.12	1.46	.147
ProQol						
Satisfação por Compaixão	41.29	0.63	42.98	0.74	-1.70	.091
<i>Burnout</i>	20.58	0.66	18.91	0.61	1.86	.066
Stresse Traumático Secundário	20.69	0.61	17.85	0.64	3.07	.003
Fadiga por Compaixão – Valor Total	82.56	0.96	79.74	1.01	1.92	.057

Nota: PSQI-PT: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; ETC-R: Escala Toulousiana de *Coping* – Versão Reduzida; ProQol: Escala de Qualidade de Vida Profissional.

De notar a ausência de diferenças significativas em função da prática de supervisão e da quantidade de casos dos participantes ao nível da Qualidade do Sono [Supervisão: $U_{\text{Perturbações de Sono}} = 1789.00$; $p = .972$ / $U_{\text{Duração de Sono}} = 1584.00$; $p = .223$ / $U_{\text{Latência de Sono}} = 1765.50$; $p = .875$ / $U_{\text{Disfunção Diurna}} = 1764.50$; $p = .856$ / $U_{\text{Medicação}} = 1680.50$; $p = .368$ / $U_{\text{Eficiência do Sono}} = 1700.00$; $p = .506$ / $t_{\text{valor global}(122)} = 0.22$; $p = .824$ / Quantidade de Casos: $U_{\text{Perturbações de Sono}(2)} = 4.91$; $p = .086$ / $U_{\text{Duração de Sono}(2)} = 2.61$; $p = .271$ / $U_{\text{Latência de Sono}(2)} = 1.60$; $p = .449$ / $U_{\text{Disfunção Diurna}(2)} = 0.51$; $p = .773$ / $U_{\text{Medicação}(2)} = 3.90$; $p = .142$ / $U_{\text{Eficiência do Sono}(2)} = 1.78$; $p = .411$ / $F_{\text{valor global}(2;121)} = 1.78$; $p = .173$], das Estratégias de *Coping* [Supervisão: $t_{\text{controlo}(122)} = -0.48$; $p = .630$ / $t_{\text{conversão}(73.630)} = -1.48$; $p = .144$ / $t_{\text{recusa}(122)} = -1.23$; $p = .219$ / $t_{\text{suporte social}(122)} = 0.85$; $p = .396$ / $t_{\text{distração}(122)} = -1.31$; $p = .192$ / Quantidade de Casos: $F_{\text{controlo}(2;121)} = 0.04$; $p = .962$ / $F_{\text{conversão}(2;121)} = 1.39$; $p = .253$ / $F_{\text{recusa}(2;121)} = 0.55$; $p = .576$ / $F_{\text{suporte social}(2;121)} = 1.52$; $p = .222$ / $F_{\text{distração}(2;121)} = 1.91$; $p = .152$] e da Fadiga por Compaixão [Supervisão: $t_{\text{satisfação por compaixão}(72.652)} = 1.03$; $p = .305$ / $t_{\text{burnout}(122)} = 0.52$; $p = .606$ / $t_{\text{stresse traumático secundário}(122)} = -0.10$; $p = .920$ / $t_{\text{total fadiga por}}$

$compaixão(122) = 1.04; p = .301$ / Quantidade de Casos: $F_{satisfação \text{ por compaixão}(2;121) = 0.38; p = .687}$ / $F_{burnout(2;121) = 0.28; p = .759}$ / $F_{stresse \text{ traumático secundário}(2;121) = 0.59; p = .557}$ / $F_{total \text{ fadiga por compaixão}(2;121) = 1.49; p = .229}$.

5. Diferenças nas Estratégias de *Coping* e na Fadiga por Compaixão em função do Grupo de Qualidade de Sono (Boa vs. Pobre)

Os nossos resultados demonstraram ainda a presença de diferenças significativas na escala de Fadiga por Compaixão, em função do grupo de Qualidade de Sono (Boa vs. Pobre Qualidade de Sono) (Tabela 13), nomeadamente ao nível da subescala de *Burnout* [$t_{(122)} = -2.18; p = .031$], de Stresse Traumático Secundário [$t_{(122)} = -2.88; p = .005$] e do valor total de Fadiga por Compaixão [$t_{(122)} = -2.52; p = .013$]. Verificou-se que os participantes que possuíam uma boa qualidade de sono reportaram valores significativamente inferiores de *burnout*, de stresse traumático secundário e de fadiga por compaixão no geral.

De realçar que não se verificaram diferenças significativas ao nível das Estratégias de *Coping* em função do grupo de Qualidade de Sono (Boa vs. Pobre Qualidade de Sono) [$t_{controlo(122)} = -0.46; p = .649$ / $t_{conversão(122)} = -1.07; p = .285$ / $t_{recusa(122)} = -0.20; p = .838$ / $t_{suporte \text{ social}(122)} = -0.23; p = .815$ / $t_{distração(122)} = -0.69; p = .492$].

Tabela 15

Diferenças nas Estratégias de Coping e na Fadiga por Compaixão em função de Boa vs. Pobre Qualidade de Sono

	Boa Qualidade de		Pobre Qualidade de		<i>t</i>	<i>p</i>
	Sono		Sono			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
ProQol						
Satisfação por Compaixão	42.39	0.62	41.30	0.77	1.11	.268
<i>Burnout</i>	19.07	0.55	21.13	0.81	-2.18	.031
Stresse Traumático Secundário	18.49	0.58	21.11	0.71	-2.88	.005
Fadiga por Compaixão – Valor Total	79.96	0.93	83.55	1.08	-2.52	.013

Nota: ProQol: Escala de Qualidade de Vida Profissional.

Parte IV- Discussão

A presente investigação teve como objetivo geral avaliar a relação entre a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses. Especificamente, o nosso primeiro objetivo específico foi averiguar a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses.

Neste sentido, os resultados demonstraram que a maioria dos profissionais que integraram a nossa amostra apresentaram boa qualidade de sono, com baixa frequência de distúrbios e problemas de sono, dormindo aproximadamente 6 a 7 horas por noite. Apesar de, em investigações anteriormente realizadas, os profissionais de saúde apresentarem uma baixa qualidade do sono e altos níveis de fadiga por compaixão. Aliás, os profissionais de saúde mental constituem parte da população que assume níveis significativos de má qualidade de sono (Pereira, 2023).

Apesar da escassez de investigações focadas na qualidade de sono de psicólogos clínicos e psicoterapeutas, um estudo internacional realizado com 774 psicoterapeutas constatou que as perturbações do sono, nomeadamente as insónias demonstram-se comuns nesta população (Schlarb et al., 2012). Assim, o resultado obtido no presente estudo não corresponde aos resultados anteriormente obtidos nas investigações realizadas, uma vez que a qualidade de sono desta população se caracterizou como boa.

A boa qualidade do sono relaciona-se diretamente com práticas e comportamentos corretamente adotados pelos sujeitos que constituem uma boa higiene de sono. Nomeadamente, dormir o número de horas de sono recomendadas por noite (7 a 8 horas) e manter uma rotina de sono adequada promove a boa qualidade do sono (Paiva, 2015). Os psicólogos clínicos e psicoterapeutas deste estudo, demonstraram dormir em média entre as 6 e as 7 horas por noite, assumindo assim os padrões de sono recomendados.

No que diz respeito às estratégias de *coping*, os nossos resultados sugeriram que os participantes recorriam com maior frequência a estratégias de *coping* de controle. O Controle como o nome indica define-se como uma estratégia de autocontrole, em que o sujeito equaciona e pondera o melhor tipo de estratégia a utilizar, sem evitar a confrontação. Existe uma coordenação dos comportamentos e uma gestão das emoções, de modo a refletir antes de agir. Assim, este tipo de estratégia baseia-se em avaliar

cognitivamente a situação e posteriormente a assumir uma tomada de decisão de modo a enfrentar a causa de stresse. (Nunes et al., 2014)

Neste sentido, segundo o estudo de Pereira e colaboradores (2016), os profissionais de saúde tendem a utilizar esta estratégia de Controle como uma forma de enfrentamento eficaz do stresse. Noutros estudos realizados com profissionais da área da saúde, observou-se que o *coping* de controle foi também a estratégia mais utilizada (Ribeiro et al., 2021). Assim, este resultado destaca a importância de psicólogos avaliarem fontes de stresse em contexto laboral/pessoal e usarem estratégias de enfrentamento adequadas a esses eventos (Andolhe et al., 2015).

Por outro lado, os dados obtidos sugerem igualmente que os participantes classificaram como pouco frequente a utilização de estratégias de *coping* de conversão e recusa. A estratégia de conversão, caracteriza-se por alterações de padrões de comportamento e pela adaptação do indivíduo à sua relação com o problema. O indivíduo apresenta distanciamento em relação às outras pessoas e responsabiliza-se por ter de gerir o problema. Este tipo de estratégia implica uma alteração de atitude tanto a nível comportamental como cognitivo e/ou até de valores morais e pessoais, podendo gerar uma aceitação do problema. Por sua vez, a estratégia de recusa, consiste num distanciamento emocional e cognitivo criado pelo indivíduo, agindo como se não houvesse um problema (Nunes, 2014).

Os resultados indicaram ainda que os participantes classificaram como frequente sentimentos de satisfação por compaixão, demonstrando que o seu bem-estar mental está preservado, provavelmente porque vivenciam alegria e prazer ao contribuírem para ajudar no sofrimento dos pacientes. A satisfação por compaixão demonstra que o profissional sente prazer ao realizar o seu trabalho, podendo ajudar os seus pacientes e evidência satisfação face ao ambiente de trabalho, atuando como um fator de proteção da fadiga por compaixão (Batalha et al., 2020; Oliveira et al., 2023). Embora, em comparação com diversas investigações realizadas com profissionais da área da saúde, a maioria dos resultados destaca maiores níveis de fadiga por compaixão (Ribeiro et al., 2021), contrariamente ao que foi evidenciado neste estudo.

Visto isto, os nossos objetivos específicos seguintes foram analisar se existiria uma relação entre a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão. Especificamente, considerando a primeira hipótese de investigação (i.e., é esperado que

quanto pior a qualidade do sono, maior a fadiga por compaixão), compreendemos que a mesma terá sido confirmada, dado que os resultados indicaram que: (a) uma menor disfunção diurna esteve associada a maiores níveis de satisfação por compaixão, assim como a menores os níveis de *burnout*, de stresse traumático secundário e de fadiga por compaixão no seu geral; e (b) uma menor frequência de perturbações de sono, assim como uma melhor qualidade de sono no geral, estiveram correlacionadas com níveis inferiores de *burnout*, de stresse traumático secundário e de fadiga por compaixão no seu geral.

Isto é, de acordo com os nossos resultados, a qualidade de sono assume um impacto na fadiga por compaixão, verificando-se que quanto melhores forem os níveis de qualidade de sono (menor disfunção diurna), mais baixos serão os níveis e valores da fadiga por compaixão. Esta relação também se pode verificar no sentido oposto, isto é, quanto piores forem os níveis de qualidade de sono, maiores serão os níveis de fadiga por compaixão. Estes dados são corroborados pela literatura recente.

A maioria dos estudos realizados com profissionais de saúde relata elevados índices de má qualidade do sono e manifestação de perturbações no sono. Os profissionais de saúde estão expostos a elevados níveis de stresse, que causam um impacto significativo no bem-estar físico, mental e emocional dos mesmos. As práticas das atividades realizadas no contexto profissional podem comprometer a qualidade de sono, o aumento de fadiga e acentuar a necessidade de descanso (Domingos et al., 2024).

Assim, compreendemos que a revisão de literatura concluiu que a fadiga por compaixão está associada a níveis mais elevados de perturbações do sono e uma boa qualidade de sono está associada a menos perturbações do sono e a uma menor fadiga por compaixão.

O *burnout* apresenta-se assim, como uma resposta prolongada no tempo face a fatores de stresse crónicos no contexto laboral. Confirmando que o stresse tem um impacto negativo na qualidade do sono, assumindo consequências no padrão normativo de sono (da Silva et al., 2021; Figueiredo et al., 2020).

Os resultados obtidos num estudo realizado com 549 enfermeiros oncológicos dos Estados Unidos e do Canadá, demonstrou como a má qualidade do sono está associada a elevados níveis de fadiga por compaixão. Este estudo abordou a prevalência da fadiga por compaixão, do *burnout* e da satisfação por compaixão nos profissionais (Wu et al., 2016).

No mesmo sentido, os resultados obtidos num estudo realizado em Nápoles com 140 enfermeiros da unidade dos cuidados intensivos demonstrou como a má qualidade do sono está associada a uma baixa qualidade de vida profissional (Cacere et al., 2023). Ademais, sabemos ainda que o stresse se relaciona diretamente com alterações no ciclo do sono, manifestando-se através da privação do sono e traduzindo-se numa diminuição da qualidade do sono, afetando consequentemente o metabolismo do ser humano. Assim sendo, uma fraca qualidade do sono pode vir a comprometer significativamente o funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer a qualidade de vida profissional (Figueiredo et al., 2020).

Assim, os nossos resultados demonstraram-se concordantes com a informação mencionada acima, observando-se que uma boa qualidade de sono está relacionada com valores significativamente inferiores de *burnout*, de stresse traumático secundário e de fadiga por compaixão no geral, tal como referido na literatura. Profissionais que apresentam níveis mais elevados de satisfação laboral e profissional revelam menores perturbações do sono (Norcross & VandenBos, 2018). De referir também a investigação de Arbabisarjou e colaboradores (2016) que destacou a qualidade do sono como fator preditor de *burnout*. Maiores níveis de satisfação por compaixão relacionam-se diretamente com a diminuição dos níveis de fadiga por compaixão, logo as dimensões de stresse traumático secundário e o *burnout* também são níveis que se apresentam mais reduzidos e se associam a uma melhor qualidade de vida profissional (Fabri et al., 2021).

Assim verificou-se que os níveis de qualidade do sono estão positivamente correlacionados com o *burnout* e a fadiga por compaixão. Profissionais que apresentam menores perturbações do sono tendem a demonstrar uma maior satisfação laboral (Norcross & VandenBos, 2018).

Destacamos que quando a Escala da qualidade do sono (IQSP) apresenta valores maiores pior é a qualidade do sono, ou seja, quando os níveis de *burnout* e fadiga por compaixão são mais elevados também maiores serão os valores da qualidade do sono, correspondendo a uma pior qualidade do sono. Estes resultados encontram-se de acordo com o esperado, visto que inúmeros estudos anteriores corroboram esta correlação.

Além disto, apesar de não se verificarem quaisquer associações significativas entre estratégias de *coping* adaptativas e qualidade de sono, a nossa segunda hipótese de investigação (i.e., é esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping*

adaptativas, menor a fadiga por compaixão e maior a qualidade de sono) terá sido parcialmente verificada, dado que uma maior utilização de estratégias de controlo e suporte social (consideradas adaptativas) estiveram associadas a níveis superiores de satisfação por compaixão, assim como a níveis inferiores de *burnout* e de stresse traumático secundário. O que seria de esperar dado que os profissionais de saúde mental tendem a adotar estratégias mais adaptativas para lidar com eventos de stresse (e.g., exercícios de respiração e relaxamento, conhecimento sobre a rotina e higiene de sono, utilização de estratégias de *coping* adaptativas), uma vez que possuem formação acrescida neste tipo de temáticas (Grover et al., 2020).

Segundo Jarrad e colegas (2018), maiores índices de satisfação por compaixão nos profissionais de saúde relacionam-se com a adoção de estratégias de *coping* adaptativas face às situações de stresse que ocorrem em contexto laboral. Quando o indivíduo se sente capaz de gerir e lidar com situações de stresse, adquire uma maior resiliência, sendo extremamente necessário que os psicólogos clínicos e psicoterapeutas adotem estratégias para enfrentar o stresse e dessa forma proporcionar uma maior satisfação profissional, evitando sofrimento emocional e físico.

De acordo com uma investigação de cariz experimental realizada por Figueiredo e colaboradores (2020), averiguou-se que profissionais de saúde que apresentaram elevados níveis de exaustão emocional recorreram a uma menor utilização de estratégias de *coping* para combater o stresse. Também os profissionais que apresentaram elevados níveis de exaustão emocional, obtiveram níveis mais elevados de stresse e menores níveis de utilização das estratégias de *coping*.

Por sua vez, a nossa terceira hipótese de investigação (i.e., é esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas mais a fadiga por compaixão e menor a qualidade do sono) foi confirmada. Ou seja, os nossos resultados demonstraram que estratégias de *coping* de conversão (considerada desadaptativa) esteve associada a maior a latência do sono, a disfunção diurna e pior a qualidade de sono no seu global, assim como a menores níveis de satisfação por compaixão e a um maior *burnout*, stresse traumático secundário e fadiga por compaixão no seu geral entre os participantes. De salientar que níveis superiores de *burnout* estiveram ainda associados a uma maior utilização de estratégias de *coping* de recusa (considerada igualmente desadaptativa).

Destacando-se que tal resultado vai novamente ao encontro da investigação anteriormente mencionada de Figueiredo e colaboradores (2020), em que os profissionais que apresentavam valores referentes a uma má qualidade de sono, evidenciaram níveis de stresse mais elevados e uma menor utilização de estratégias de *coping*. Assim, a maioria dos profissionais que evidenciou uma má qualidade do sono, apresentou uma maior exaustão no seu dia-a-dia (comprometimento em realização de tarefas) comparativamente com o grupo de profissionais que apresentou uma boa qualidade do sono. Os profissionais que apresentaram uma boa qualidade de sono assumiam níveis elevados de realização profissional.

Cada pessoa adota estratégias para enfrentar os problemas que vão surgindo na sua vida. Os fatores sociodemográficos podem contribuir para o tipo de estratégia de *coping* adotada pelo indivíduo, sabendo que existem estratégias consideradas mais benéficas do que outras (de Castro, 2023; Aires et al., 2022). A adoção de estratégias de enfrentamento desadaptativas (*coping* disfuncional) estão relacionadas com a evitação dos problemas e na focalização em aspetos negativos que se apresentam como fracos potenciais na redução de stresse causado pela fonte stressora, podendo potenciar um aumento dos níveis de ansiedade, baixa autoestima e resiliência (de Castro, 2023).

O *burnout* também tem estado associado a uma maior utilização de estratégias de *coping* desadaptativas (especificamente *coping* focado na emoção e evitamento) (Queirós & Cameira, 2024). Aliás, num estudo realizado no Brasil com estudantes universitários, apurou-se que pontuações elevadas na Escala de Estratégias Desadaptativas estavam associadas a maiores pontuações na Escala de *Burnout*. Portanto, confirma-se uma correlação positiva entre a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas e a manifestação de elevados níveis de *burnout*, uma vez que quanto mais se recorre as estratégias desadaptativas para enfrentar situações de stresse, mais se promove o risco de desenvolver *burnout* (Chagas et al., 2024). Justifica-se a pertinência deste estudo para comprovar a existência da correlação entre variáveis e denota-se a escassez de investigações nacionais e internacionais que assumem as presentes variáveis referente aos profissionais de saúde mental.

Thompson e colegas (2010) referem que a utilização de estratégias adaptativas como a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas estão associadas a um ajustamento psicológico benéfico face a situações de stresse, já as estratégias de *coping*

disfuncionais como a ruminação, os pensamentos intrusivos e o evitamento, tendem a intensificar sintomatologia depressiva, ansiosa e redução de bem-estar.

Segundo Varela et al. (2017), o distress psicológico pode surgir como uma reação ocorrida (resposta) a fatores stressores internos e externos, manifestando-se através de um estado emocional de desconforto e um elevado desgaste emocional.

Por fim, considerando o nosso último objetivo específico de investigação (i.e., identificar as possíveis associações e diferenças em função de variáveis referentes ao contexto de trabalho e a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão) e analisando a quarta hipótese de investigação do presente estudo (i.e., é esperado que quanto maior o número de horas de trabalho e maior o número de casos acompanhados semanalmente pior a qualidade de sono e maior a fadiga por compaixão), verifica-se que a mesma terá sido rejeitada, pois não se verificaram associações entre as variáveis de interesse e o número de horas de trabalho ou o número de casos acompanhados por semana.

Contrariamente à literatura que indica que os profissionais de saúde se submetem a uma carga laboral excessiva, os resultados apresentados na presente investigação não são concordantes com esta informação dado que a grande maioria dos psicólogos e psicoterapeutas trabalhava entre 21 e 40 horas e atendia entre 11 e 20 casos semanais, não ultrapassando, portanto, o número de horas convencionalmente estipuladas para um trabalho a tempo inteiro. O que poderá explicar a rejeição da hipótese anteriormente mencionada, uma vez que quando a carga horária laboral é gerida adequadamente e se consegue equilibrar a vida profissional e pessoal, não são apresentadas consequências nos profissionais nem nos seus clientes (Dorociak et. al, 2017).

Apesar disso, os dados obtidos na presente investigação atestaram a existência de associações entre um maior número de anos de prática profissional, uma maior utilização de estratégias de *coping* adaptativas (nomeadamente a estratégia de controlo) e um menor nível de stresse traumático secundário. Estes resultados podem significar que quanto maior for a experiência profissional maiores serão os níveis de utilização de estratégias de *coping* adaptativas. Os profissionais que possuem mais tempo de experiência profissional podem tender a adotar mais estratégias de *coping* adaptativas em comparação com os indivíduos com menos experiência.

Quanto à última hipótese de investigação (i.e., é esperado que existam diferenças significativas na qualidade do sono, nas estratégias de *coping* e na fadiga por compaixão em função de variáveis sociodemográficas e referentes ao contexto de trabalho), compreendemos que foi parcialmente confirmada, uma vez que os resultados indicaram que os profissionais que apenas possuem a formação base, comparativamente com os colegas que possuem formação acrescida, apresentaram uma latência de sono significativamente superior, um sono significativamente menos eficiente e uma qualidade global de sono significativamente inferior. Este resultado confirma que as habilitações literárias são um contributo positivo na vida dos indivíduos e um maior grau de habilitações literárias está associado a uma maior aquisição de conhecimentos, assim sendo, um nível de formação superior demonstrou-se como um fator de proteção para a prevalência de perturbações do sono (Sampaio et al., 2020).

Segundo Sampaio e colaboradores (2020), os profissionais que apenas possuem a formação base utilizavam com uma frequência significativamente inferior estratégias de *coping* de controlo, comparativamente com os participantes que possuem formação acrescida. Realçando-se que os participantes da presente amostra que possuem apenas as formações de base reportaram também níveis significativamente superiores de stresse traumático secundário, comparativamente com os colegas que possuem formação acrescida. Este resultado pode estar relacionado com a falta de experiência e imaturidade profissional dos profissionais mais jovens, enquanto os profissionais com mais anos de experiência podem ser considerados mais resilientes para lidar e gerir as situações laborais.

De acordo com uma revisão integrativa realizada por Borba & de Queiroz (2023), a educação está associada a níveis de satisfação por compaixão, isto é, indivíduos com níveis mais elevados de educação (ou seja, formação acrescida) consideraram-se mais propensos a experienciar elevados níveis de satisfação por compaixão. Salientando-se que níveis de escolaridade mais elevados se associaram igualmente a níveis inferiores de fadiga por compaixão em enfermeiros. Logo, pode considerar-se que uma maior formação profissional e académica está associada a níveis mais baixos de fadiga por compaixão em profissionais de saúde.

Contrariamente ao esperado, não se verificaram diferenças significativas nas variáveis de interesse (i.e., qualidade de sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão) em função da prática de supervisão e da quantidade de casos.

Segundo a literatura, a prática de supervisão consiste num dos aspetos fundamentais do psicólogo/psicoterapeuta para que consiga estabelecer o processo terapêutico. A supervisão clínica contribui para o aperfeiçoamento da prática de acordo com a teoria anteriormente aprendida atuando como um fator de proteção (Lazzarini et al., 2021).

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), especificamente no princípio “6. Ensino, Formação e Supervisão” podemos constatar a importância de o psicólogo clínico assumir práticas frequentes e habituais de supervisão e intervenção.

Os nossos resultados demonstram que parte dos psicólogos e psicoterapeutas assumiram realizar supervisão semanalmente e mensalmente e a quantidade elevada de casos semanais, isto é, a elevada carga horária laboral assume-se como um dos fatores que prejudica a eficiência dos profissionais de saúde mental, comprometendo a sua qualidade de vida pessoal e profissional (Araújo, 2024).

A quantidade de casos acompanhados pelos profissionais, pode surgir como uma causa de sobrecarga nos mesmos. No caso da carga horária laboral intensa não ser gerida de forma adequada e os profissionais não conseguirem encontrar um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal podem surgir consequências nos psicólogos bem como nos seus clientes (Dorociak et. al, 2017; Schwartz & Flowers, 2014). Não existe nenhuma informação no Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses perante o que é considerado um número “normativo” ou “excessivo” de casos atendidos. Destacando-se a importância de o psicólogo ter consciência das consequências do seu trabalho, bem como de fatores de stresse (de Faria et al., 2020).

Os resultados deste estudo demonstram que 33 psicólogos e psicoterapeutas assumem acompanhar semanalmente 10 ou menos casos, 46 psicólogos e psicoterapeutas assumem acompanhar 11 a 20 casos semanalmente e cerca de 43 psicólogos e psicoterapeutas assumem acompanhar mais de 21 casos semanais. Desta forma, compreendemos que a maior parte dos psicólogos clínicos e psicoterapeutas acompanha entre 11 a 20 casos por semana.

Este resultado poderá sugerir um impacto maior de outras variáveis nas presentes variáveis de interesse como as “habilitações literárias” e a “formação” dos profissionais. Estas podem surgir como uma fonte de conhecimento e proteção, destacando-se através de um impacto positivo e mais acentuado na prática profissional em comparação com a prática de supervisão. A formação académica e o investimento em processos formativos beneficiam o papel do psicólogo e psicoterapeuta. Podemos salientar dois dos tópicos constituintes do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), “6.3 Especialização e atualização” que destaca a importância de profissionais se manterem informados sobre os desenvolvimentos científicos e profissionais das suas áreas de trabalho bem como o Ponto “5.2 Formação” que destaca a importância da formação realizada por parte dos profissionais, devendo os mesmos desenvolver práticas de acordo com o seu tipo de formação.

Parte V- Considerações Finais

Limitações do Estudo

Embora o presente estudo seja pertinente quanto à correlação existente entre as três variáveis, também se destacam limitações. Verificamos que alguns resultados obtidos não espelham o que refere a literatura, sendo que uma das maiores limitações está relacionada com a variável de estudo “fadiga por compaixão” uma vez que são apresentados poucos estudos portugueses realizados com psicólogos clínicos e impedem uma análise mais aprofundada. Esta investigação assume a escassez de informação perante a prática de psicoterapia da presente amostra, isto é, seria importante constar a informação de que os próprios profissionais de saúde mental fazem ou não psicoterapia, se os próprios têm acesso ao aconselhamento psicológico.

Quanto ao número de participantes, é notória a discrepância existente entre o número de participantes do sexo feminino ($n = 111$) e os do sexo masculino ($n = 13$), assumindo-se assim como uma limitação, pois não é possível proceder à comparação entre os dois grupos nas presentes variáveis estudadas.

Ademais, uma vez que esta investigação é de carácter transversal não permite analisar a causalidade entre as variáveis, sendo que o facto de a amostra ser seleccionada por conveniência também não nos permite obter uma representatividade na mesma.

A utilização de escalas de autorrelato também constitui uma limitação do estudo, uma vez que as respostas apresentadas podem sofrer influencia da percepção e subjetividade de cada participante, assim como podem considerar o impacto da desejabilidade social. Salientando-se que a aplicação do questionário via online não permite o esclarecimento de dúvidas ao longo do mesmo, sendo possível algumas questões não serem corretamente interpretadas, nem permite controlar as condições em que os participantes respondem, podendo ocorrer a diminuição do investimento nas respostas e serem dadas à pressa.

Assim como outra limitação, ser o facto de nem todos os psicólogos clínicos e psicoterapeutas puderem estar disponíveis para participarem no estudo, uma vez que não há forma de todos terem conhecimento do decorrer da investigação.

Uma lacuna nesta investigação, recai sobre a falta de informação sobre o próprio processo de autoconhecimento dos psicólogos e psicoterapeutas, isto é, não temos

informação sobre a existência de um trabalho realizado em desenvolvimento pessoal (próprio processo terapêutico).

Por fim, a extensão do protocolo divulgado, constituído pelos quatro questionários pode provocar a diminuição do foco e concentração dos participantes, sendo possível apresentarem respostas aos questionários finais com um menor grau de investimento em comparação com as respostas aos questionários iniciais.

Recomendações para Estudos Futuros

Para futuros estudos que se possam realizar baseados nesta investigação, seria bastante pertinente a existência de mais investigações sobre a variável fadiga por compaixão, nomeadamente em profissionais de saúde mental em Portugal, possibilitando estudos mais recentes. Destaca-se a importância de realizar a investigação a um maior número de participantes, nomeadamente, do sexo masculino bem como se salienta ainda, a importância de compreender se os profissionais de saúde mental têm algum tipo de cuidados psicológicos, isto é, se os psicólogos e psicoterapeutas possuem algum tipo de aconselhamento psicológico e praticam a sua própria psicoterapia.

Sugere-se ainda a realização de um estudo longitudinal, com o objetivo de se obter informação sobre a causalidade das variáveis em estudo e, por fim, recomenda-se a introdução de variáveis moderadoras, podendo vir a verificar-se relações significativas.

Parte VI- Conclusão

O estudo elaborado pretendeu destacar a importância do bem-estar psicológico e físico dos profissionais de saúde mental. Permitiu identificar e caracterizar a qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, sendo que 111 são do sexo feminino e apenas 13 são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos. Os resultados evidenciaram que a maioria dos profissionais possuem uma boa qualidade de sono e, quanto às estratégias de *coping*, estes profissionais recorreram à utilização das mesmas acima da média estabelecida, sendo a subescala de controlo a mais frequentemente utilizada. Relativamente à fadiga por compaixão, a subescala de satisfação por compaixão foi a que apresentou uma pontuação média superior. Foi ainda possível compreender as correlações existentes entre as variáveis e assim, alcançar o objetivo geral desta investigação com sucesso.

A hipótese 1 (i.e., é esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior a fadiga por compaixão) foi confirmada. Os resultados obtidos demonstraram que a fadiga por compaixão está associada a níveis mais elevados de perturbações do sono e uma boa qualidade de sono está associada a menos perturbações do sono e a uma menor fadiga por compaixão.

A hipótese 2 (i.e., é esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* adaptativas, menor a fadiga por compaixão e maior a qualidade de sono) foi parcialmente verificada. Os resultados alcançados evidenciam que a utilização de estratégias de *coping* adaptativas de controlo e suporte social (mais utilizadas) estiveram associadas a níveis superiores de satisfação por compaixão, assim como a níveis inferiores de *burnout* e de stresse traumático secundário.

A hipótese 3 (i.e., é esperado que quanto maior a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas mais a fadiga por compaixão e menor a qualidade do sono) também foi confirmada. Os resultados da investigação demonstram que as estratégias de *coping* de conversão (desadaptativa) está associada a uma maior latência do sono, a disfunção diurna e pior a qualidade de sono, assim como a menores níveis de satisfação por compaixão e a um maior *burnout*, stresse traumático secundário e fadiga por compaixão no seu geral entre os participantes.

A hipótese 4 (i.e., é esperado que quanto maior o número de horas de trabalho e maior o número de casos acompanhados semanalmente pior a qualidade de sono e maior a fadiga por compaixão) foi rejeitada. Os resultados demonstram que não se verificaram associações entre as variáveis de interesse e o número de horas de trabalho ou o número de casos acompanhados por semana. A maioria dos estudos anteriormente realizados, confirmam existência de uma carga laboral excessiva nestes profissionais de saúde que aumenta o stresse comprometendo a qualidade de sono. Desta forma, estes resultados não se encontram em consonância com a revisão de literatura recente.

A hipótese 5 (i.e., é esperado que existam diferenças significativas na qualidade do sono, nas estratégias de *coping* e na fadiga por compaixão em função de variáveis sociodemográficas e referentes ao contexto de trabalho) foi parcialmente verificada. Os resultados adquiridos, destacaram diferenças significativas nas variáveis de interesse (i.e., qualidade de sono, estratégias de *coping* e fadiga por compaixão) em função das habilitações literárias, mas não destacaram diferenças em função da prática de supervisão e do número de casos.

Embora os resultados desta investigação não assumam elevados níveis de fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas, destaca-se a importância de se compreender e valorizar aspetos relacionados com a saúde mental destes profissionais uma vez que é raramente abordada. É necessário dar continuidade às pesquisas científicas sobre esta variável em Portugal, sendo das três variáveis a menos mencionada. Para concluir, consideramos que os objetivos (gerais e específicos) desta investigação foram alcançados.

Referências Bibliográficas

- Abreu, K. L. D., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A., & Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 22, 22-29. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000200004>
- Abou Hashish, E. A., & Ghanem Atalla, A. D. (2023). The Relationship Between Coping Strategies, Compassion Satisfaction, and Compassion Fatigue During the COVID-19 Pandemic. *SAGE open nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231160463>
- Acuña-Castroviejo, D. (2019). Sono e vigília: o cérebro em ação. *Atlântico Press*.
- Al Barmawi, M. A., Subih, M., Salameh, O., Sayyah Yousef Sayyah, N., Shoqirat, N., & Abdel-Azeez Eid Abu Jebbeh, R. (2019). Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain and behavior*, 9(4). <https://doi.org/10.1002/brb3.1264>
- Amaro, C. N. A. (2018). Burnout e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses [dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/29264>
- Ames, M., Salmond, E., Holly, C., & Kamienski, M. (2017). Strategies that reduce compassion fatigue and increase compassion satisfaction in nurses: a systematic review protocol. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 15(7), 1800–1804. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003142>
- Andolhe, R., Barbosa, R. L., Oliveira, E. M., Costa, A. L. S. & Padilha, K. G. (2015). Estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: fatores associados. *Revista Escola Enfermagem USP*. 49 (Esp.). 58-64.
- Ângelo, R. & Chambel, M. (2015). The reciprocal relationship between work characteristics and employee burnout and engagement: A longitudinal study of firefighters. *Stress and Health*, 31(2), 106-114. <https://doi.org/10.1002/smi.2532>
- Aguiar, A., Beltrão, E., Cró, I. M., Pereira, J. L., & Faria, A. L. (2021). O sono nos mais velhos. *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, 1, 129-136. [10.34640/universidademadeira2021aguiarbeltraocro](https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021aguiarbeltraocro)

- Aguirre, M. C. B. (2020). Função de la empatía en el trabajo de psicólogos y psicoterapeutas. *Revista Scientific*, 5, 146–164. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.7.146-164>
- Aires, M. da C., Corrêa, L. Q., Garcia, M. de O., & Tavares, M. G. (2022). Estratégias de enfrentamento (Coping) utilizadas por profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. *Espaço Para a Saúde*, 23. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e873>
- Almeneessier, A., Gupta, R., Pandi-Perumal, S., & BaHammam, A. (2019). Overview of Sleep Disorders. The Behavioral, Molecular, Pharmacological, and Clinical Basis of the Sleep-Wake Cycle, 103-122.
- Amaral, D. H. V. (2023). *Qualidade de sono nos profissionais de saúde* [tese de doutoramento, Universidade dos Açores] <https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/6780>
- Amaro, J. R. M. S. & Dumith, S. C. (2018). Sonolência diurna excessiva e qualidade de vida relacionada à saúde dos professores universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 94-100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000191>
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Antoniolli, L., Echevarría-Guanilo, M. E., Rosso, L. H. D., Fuculo Junior, P. R. B., Dal Pai, D., & Scapin, S. (2018). Coping strategies of the nursing team acting in a burn treatment center. *Revista gaúcha de enfermagem*, 39, 2016-0073. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>
- American Psychological Association (2014). *APA Guidelines for clinical supervision in health service psychology*. Disponível em <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>.
- American Counseling Association. (2014). 2014 ACA code of ethics. <https://www.counseling.org/docs/default-source/default-document-library/2014-code-ofethics-finaladdress.pdf>
- American Psychological Association (2019). *APA History*. Disponível em <https://www.apa.org/about/apa/archives/apa-history>

- Araújo, D. S., Chaves Lira, J., Jamylle Melo Batista Azevedo, K., Raygila Vieira de Souza, V., Trindade de Sousa, D., & Macedo Barros Machado, H. (2024). Sobrecarga de trabalho e saúde mental em profissionais de enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Multidisciplinar Pey Këyo Científico*, 10(2).
- Arbabisarjou, A., Mehdi, H., Sharif, M., Alizadeh, K., Yarmohammadzadeh, P. & Feyzollahi, Z. (2016). The relationship between sleep quality and social intimacy, and academic burn-out in students of medical sciences. *Global Journal of Health Science*, 8(5), 231. <https://doi.org/10.5539/gjh>
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M. & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry research*, 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Bacelar, T. D., Figueredo-Campos, J. G., Lopes, F. C., & Paula, J. J. (2020). Satisfação e qualidade de vida em psicoterapia: um estudo piloto em clínica-escola. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(3), 327-338. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i3.3217>
- Barbarin, O., Khoury, B., Klicperová-Baker, M., Gutiérrez, G., Thompson, A., Padakannaya, P., & Crowe, S. (2021). Psychological science and COVID-19: An agenda for social action [Ciência psicológica e COVID-19: Uma agenda para ação social]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(3), 412–422. <https://doi.org/10.1037/ort0000549>
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. (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.
- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(12), 154-171.
- Barros-Delben, P., Cruz, R. M., de Melo, H. M., Teixeira, M. L., de Mendonça, S. A., Pereira, G. K., & Thieme, A. L. (2019). Coping e padrões biológicos de sono em expedicionários antárticos. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 13(2), 145-166. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26780>

- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Ceolim, M. F., Zancanella, E., & Cardoso, T. A. M. D. O. (2019). Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. *Revista de saúde pública*, 53, 82. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>
- Barnes, C. & Watson, N. (2019). Why healthy sleep is good for business. *Sleep Medicine Reviews*, 47, 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.07.005>
- Bastos, J., & Afonso, P. (2020). O Impacto do Trabalho por Turnos no Sono e Saúde Psíquica. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(1), 24-30. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i1.101>
- Batalha, E., Melleiro, M., Queirós, C., & Borges, E. (2020). Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (24), 25-33. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0278>
- Behrani, A., Nasir, J., Khan, R., Maqsood, L., & Sulaiman, S. (2020). The Relationship between Empathy, Coping Strategies, and Compassion Fatigue in Doctors. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 19(2).
- Benson, J., & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Australian family physician*, 34(6), 497-498.
- Blunden, S., & Galland, B. (2014). The complexities of defining optimal sleep: Empirical and theoretical considerations with a special emphasis on children. *Sleep Medicine Reviews*, 18, 371-378. [10.1016/j.smrv.2014.01.002](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.01.002)
- Borba, G. M. N., & de Queiroz, V. C. (2023). Fadiga por compaixão em enfermeiros intensivistas: revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(6), 3025-3041. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-056>
- Borbély A. A., Dann, S. A. W. J., Deboer, T. (1982) The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. *J Sleep Res.* 25(2), 31-43.
- Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-*

Americana de Enfermagem, 27, 31-75. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>

Borges, M. A., Alves, D. A. G., & Guimarães, L. H. de C. T. (2021). Qualidade do sono e sua relação com qualidade de vida e estado emocional em professores universitários. *Revista Neurociências*, 29, 1–16. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12290>

Broadbent, L. (2018). Sleep: A basic introduction into the neuroscience of sleep and the effects of sleep deprivation on health, safety and wellbeing. Em L. Broadbent, (Ed.), *A basic introduction into the neuroscience of sleep*. (pp. 5-23). IOSH. <https://iosh.com/media/4030/sleep-a-basic-introduction.pdf>

Brown, J. L. C., Ong, J., Mathers, J. M., & Decker, J. T. (2017). Compassion Fatigue and Mindfulness: Comparing Mental Health Professionals and MSW Student Interns. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 119–130. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1302859>

Budimir, S., Probst, T., & Pieh, C. (2021). Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Mental Health*, 30(2), 156-163. <https://doi.org/10.1080/09638237>

Buyse, D. (2014). Sleep health: Can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37(1), 9-17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>

Buyse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Bernam, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

Campsen, N., & Buboltz, W. C. (2017). Lifestyle factor's impact of college students. *Austin Journal Sleep Disorders*, 4(1), 1-8.

Cappuccio, F. P., & Miller, M. A. (2017). Sleep and Cardio-Metabolic Disease. *Curr Cardiol Rep*, 19(11), 110. [10.1007/s11886-017-0916-0](https://doi.org/10.1007/s11886-017-0916-0)

Carleton, E. L., & Barling, J. (2020). Indirect Effects of Obstructive Sleep Apnea Treatments on Work Withdrawal: A Quasi-Experimental Treatment Outcome Study.

Journal of Occupational Health Psychology, 25(6), 426-438.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000183>

- Carona, C. (2017). A importância da autocompaixão no exercício da psicologia. *Pensar a Psicologia*, 5-14. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/pensar_a_psicologia_e_book.pdf
- Carone, C. M. D. M., Silva, B. D. P. D., Rodrigues, L. T., Tavares, P. D. S., Carpena, M. X., & Santos, I. S. (2020). Fatores associados a distúrbios do sono em estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074919>
- Carvalho P. & Sá, L. (2011). *Qualidade de vida profissional nos cuidados paliativos: Adaptação Cultural e estudo de validade da escala "Professional Quality of Life 5 (ProQOL5)*. Lisboa: Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Castro, G. C. de. (2023). *Fatores associados à adoção de estratégias adaptativas e desadaptativas por universitários durante a pandemia de COVID-19*. [Trabalho de conclusão de Graduação, Universidade Federal de Ouro Preto] <http://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/6599>
- Cattani, A. N., Silva, R. M., Beck, C. L., Miranda, F. M., Dalmolin, G. L., Camponogara, S. (2021). Trabalho noturno, qualidade do sono e adoecimento de trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00843>
- Cavalheiri, J. C., Pascotto, C. R., Tonini, N. S., Vieira, A. P., Ferreto, L. E. D., & Follador, F. A. C. (2021). Qualidade do sono e transtorno mental comum em equipe de enfermagem hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29(34). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4280.3444>
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R. & Doig, C. J. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing ethics*, 27(3), 639-665. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>

- Cecere, L., de Novellis, S., Gravante, A., Petrillo, G., Pisani, L., Terrenato, I. & Gravante, F. (2023). Quality of life of critical care nurses and impact on anxiety, depression, stress, burnout and sleep quality: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79, 103494. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103494>
- Chagas, L. M. F. P., Pereira, A. T., Puccia, M. I. R., & Barros, M. N. dos S. (2024). Síndrome de Burnout entre estudantes de medicina da região sudoeste da Bahia e sua associação com estratégias de regulação emocional. *Plurais - Revista Multidisciplinar*, 9(1). <https://doi.org/10.29378/plurais.v9iesp.1.19065>
- Claúdio, V., & Sousa, P. (2011). Psicologia Clínica. In M.P Lopes, P.J. Palma, R.B. Ribeiro & M.P. Cunha (Eds.), *Psicologia Aplicada* (pp.89-118). Portugal: Editora RH.
- Clement-Carbonell, V., Portilla-Tamarit, I., Rubio-Aparicio, M., & Madrid-Valero, J. J. (2021). Sleep quality, mental and physical health: a differential relationship. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 460. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020460>
- Cordeiro, R., Calha, A., Mourão, C., & Camões, F. (2020). Stress e estratégias de coping em profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 9-16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0241>
- Corradi-Perini, C., Paris, E. S. da C., Beltrão, M. R., Corradi, M. I., Martín-Martín, R., & González-Serna, J. M. G. (2022). Empathy in health professionals and students: factorial analysis of the Brazilian version of Interpersonal Reactivity Index. *Research, Society and Development*, 11(3), e42511326816. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26816>
- Costa, J. V. R., & dos Santos, C. A. (2024). A influência de Estratégias de Coping na Saúde Mental de Indivíduos Preocupados. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 18(2). <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2024.v18.37142>
- Couto, R. N., Fonsêca, P. N. D., Castro, J. L. D. C., Guimarães, C. L. C., & Medeiros, E. D. D. (2022). Estratégias de coping adotadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Actualidades en Psicología*, 36(133), 1-12. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i133.43470>

- Crepaldi, T. O. M., & de Jesus Carvalhais, J. D. (2020). A contribuição da má qualidade do sono na qualidade de vida no trabalho de professores: uma revisão. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 75044-75057. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-200>
- Costa, L. D. M. da, Rodrigues, K. R. P. C., & Gouveia, N. M. de. (2021). Qualidade do sono e fatores associados em acadêmicos de Medicina: revisão integrativa. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 10(9), 1372–1377. <https://doi.org/10.21270/archi.v10i9.5353>
- Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: an application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing research and practice*, 20(11), 408024. <https://doi.org/10.1155/2011/408024>
- Dehlin, M., & Lundh, L. G. (2018). Compassion fatigue and compassion satisfaction among psychologists: Can supervision and a reflective stance be of help? *Journal for person-oriented research*, 4(2), 95–107. <https://doi.org/10.17505/jpor.2018.09>
- DeMartini, L., Mizock, L., Drob, S., Nelson, A., & Fisher, W. (2022). The barriers and facilitators to serious mental illness: Recovery postincarceration. *Psychological Services*, 19(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/ser0000431>
- Dey, R., Dutta, S., & Bhandari, S. S. (2020). Sleep Quality and Daytime Sleepiness Among the Clinicians Working in a Tertiary Care Center in Sikkim, India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(2), 141-146. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_439_18
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Domingos, L. T., Matos, J. P. A., Silva, A. B. da, Domingos, L. T., Pianta, P. H., Chehab, L. de J., Félix, V. P. M., Filho, W. G. S. de C., Lima, M. S. C., Magalhães, I. D. C., Carvalho, M. C. R. S. de, & Santos, C. H. G. (2024). Impactos da má qualidade do sono em profissionais da saúde em ambiente emergencial. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 2619–2629. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p2619-2629>

- 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>
- España, R., & Scammell, T. (2011). Sleep Neurobiology from a Clinical Perspective. *Sleep*, 845-858.
- Esparbès, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de coping, in Les stratégies de coping. *Journées du labo*, 93, 89 -107.
- Fabbri, M., Beracci, A., Martoni, M., Meneo, D., Tonetti, L., & Natale, V. (2021). Measuring subjective sleep quality: a review. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1082.
- Fabri, N. V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., Oliveira Moreira, A. A., & Haddad, M. do C. L. F. (2021). Satisfacción, fatiga por compasión y factores asociados en las enfermeras de la atención primaria. *Enfermería Global*, 20(4), 291–323. <https://doi.org/10.6018/eglobal.457511>
- Faria, L, C. de, Brites, R., Paulino, M., Da Silva, J., F. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica*. (1ªed.). PACTOR.
- Feitosa, M. S., Santana, L. M., & Chamon, E. M. Q. O. (2023). Estratégias de enfrentamento (coping) da enfermagem na pandemia da COVID-19. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 13(41), 451–460. [10.24276/rrecien2023.13.41.451-460](https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.451-460)
- Ferreira, B. P., Galdino, M. J. Q., & Martins, E. A. P. (2024). Autocuidado e qualidade de vida entre enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital público. *Peer Review*, 6(8), 136-154.
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapist's Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433- 1441. doi: [10.1002/jclp.10090](https://doi.org/10.1002/jclp.10090)
- Figley, C. R. (2014). *A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience*. Retirado de <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>
- Figley, C. (1995). Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized.

- Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2012). The traumatology of life. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(12), 1113–1120. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318275d559>
- Figueira, L. G., Zanella, I. V., Fagundes, M., do Nascimento, C. B., & de Souza, J. C. (2021). Efeitos da privação de sono em adultos saudáveis: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10(16), 524101623887. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23887>
- Freire, C., Ferradás, M. D. M., Regueiro, B., Rodríguez, S., Valle, A., & Núñez, J. C. (2020). Coping strategies and self-efficacy in university students: A person-centered approach. *Frontiers in psychology*, 11, 530329. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00841>
- Freire, K. do E. S., & Ribeiro Cortez Cardozo Barata de Almeida Hessel, B. (2023). Uma proposta de protocolo para intervenções breves em psicologia clínica. *Psicologia Argumento*, 41(112). <https://doi.org/10.7213/psicolargum.41.112.AO08>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159- 65. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Figueiredo, J., Amaral, A. P., Batista, I., & Pereira, S. (2020). O impacto do stress e do burnout na qualidade do sono em profissionais de saúde e docentes. In *International Symposium on Occupational Safety and Hygiene: Proceedings Book of the SHO2020*. Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais-SPOSHO.
- Folkman, S. (2012). Stress, coping, and hope. In *Psychological aspects of cancer* (pp. 119-127). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_8
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. Disponível em www.jstor.org/stable/2136617
- Folkman, Susan, Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.4.366>

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-74. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Gajardo, Y. Z., Ramos, J. N., Muraro, A. P., Moreira, N. F., Ferreira, M. G., & Rodrigues, P. R. M. (2021). Problemas com o sono e fatores associados na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 601-610. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.08412020>
- Garcia, I. G., Lopes, L. D., Severo, G. A. P., Picinato-Pirola, M., & Côrrea, C. C. (2023). Desenvolvimento de aplicativo para higiene do sono em adultos. *Distúrbios Da Comunicação*, 35(1), e56268. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i1e56268>
- Golden, M. E., Cosottile, M., Meadows, T., Parikh, M. R., & O'Dell, S. M. (2023). Primary care providers' practices regarding patient sleep: Impact of integrated behavioral health. *Families, Systems, & Health*, 41(2), 192–200. <https://doi.org/10.1037/fsh0000695>
- Graça, C. C., & Zagonel, I. P. S. (2019). Estratégias de coping e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Espaço. saúde (Online)*, 20(2), 67-77. <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p67>
- Grover, S., Dua, D., Sahoo, S., Mehra, A., Nehra, R., & Chakrabarti, S. (2020). Why all COVID-19 hospitals should have mental health professionals: The importance of mental health in a worldwide crisis! *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102147. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102147>
- Hagemann, N., Kirtley, O. J., Lafit, G., Vancampfort, D., Wampers, M., Decoster, J., Derom, C., Gülöksüz, S., De Hert, M., Jacobs, N., Menne-Lothmann, C., Rutten, B. P. F., Thiery, E., van Os, J., van Winkel, R., Wichers, M., & Myin-Germeys, I. (2023). Coping and sleep quality in youth: An Experience Sampling study. *Journal of adolescence*, 95(3), 566–583. <https://doi.org/10.1002/jad.12137>
- Hartley, T. A., Violanti, J. M., Sarkisian, K., Fekedulegn, D., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., & Burchfiel, C. M. (2014). Association Between Police-Specific Stressors and Sleep Quality: Influence of Coping and Depressive Symptoms. *Journal of law enforcement leadership and ethics*, 1(1), 31–48.

- Heijden, K. B. V. D., Stoffelsen, R. J., Popma, A., & Swaab, H. (2018). Sleep, Chronotype, and Sleep Hygiene in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, and Controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 99- 111. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1025-8>
- Horta, K. C., & Soares, A. M. (2021). Sono, Distúrbios e transtornos relacionados ao sono. *Pedagogia em Ação*, 16(2), 139-151.
- Huang, C., Wu, M., Ho, C. & Wang, J. (2018). Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses. A nationwide longitudinal cohort study. *PLOS ONE*, 13 (9), 2014224.
- Iemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y. ... & Matsuishi, T. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*, 38(4), 364-372. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2015.10.003>
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M., AlEid, K. & Hasan, Z. (2021). The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep and Breathing*, 25, 503-511. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02135-9>
- Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T., & Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of general psychiatry*, 17, 13. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0183-5>
- João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <http://hdl.handle.net/10400.1/13358>
- João, K., Jesus, S., Carmo, C. & Pinto, P. (2018). The impact of sleep quality on the mental health of a non-clinical population. *Sleep Medicine*, 46, 69–73. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.02.010>
- Johnson, D. A., Billings, M. E., & Hale, L. (2018). Environmental Determinants of Insufficient Sleep and Sleep Disorders: Implications for Population Health. *Curr Epidemiol Rep*, 5(2), 61-69. <https://doi.org/10.1007/s40471-018-0139-y>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116.

- Kandel, E., Schwartz, J. & Jessell, T. (2014). Princípios de neurociência. *Manole*. (5ª ed.)
- Kennedy, E.K., Keaney, C., Shaldon, C., & Canagaratnam, M. (2018). A relational model of supervision for applied psychology practice: professional growth through relating and reflecting. *Educational Psychology in Practice*, 34, 282 - 299. <https://doi.org/10.1080/02667363.2018.1456407>
- Kim, S. J., & Na, H. (2017). A study of the relationships between compassion fatigue, compassion satisfaction, depression, anxiety, and sleep disorders among oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*, 17(2), 116-123. <https://doi.org/10.5388/aon.2017.17.2.116>
- Kirac, D., Akcay, T., & Ulucan, K. (2020). Genetics of Sleep and Sleep Disorders. *Neurological Modulation of Sleep*, 49-54.
- Kornum, B. R., & Jennum, P. (2020). The case for narcolepsy as an autoimmune disease. *Expert Review of Clinical Immunology*, 16(3), 231-223. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1719832>
- Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., & Sobolewski, M. (2021). Relationships between sleep problems and stress coping strategies adopted by nurses including socio-occupational factors. *Frontiers in psychiatry*, 12, 660776. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.660776>
- Kozusznik, M. W., Puig-Perez, S., Kozusznik, B., & Pulpulos, M. M. (2021). The relationship between coping strategies and sleep problems: The role of depressive symptoms. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(3), 253-265. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa048>
- Krause, A., Simon, E., Mander, B., Greer, S., Saletin, J., Goldstein-Piekarski, A. & Walker, M. (2017). The sleep-deprived human brain. *Nature Reviews Neurociência*, 18, 404–418. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.55>
- Kwee, C., Dos Santos, L. (2023). The Relationships Between Sleep Disorders, Burnout, Stress and Coping Strategies of Health Professionals During the COVID-19 Pandemic: a Literature Review. *Curr Sleep Medicine Rep*, 9, 274–280. <https://doi.org/10.1007/s40675-023-00266-5>

- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 231-221.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.770>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lee, L. J., Wehrle, L., Ding, Y., & Ross, A. (2022). Professional quality of life, sleep disturbance and health among nurses: A mediation analysis. *Nursing Open*, 9(6), 2771-2780. <https://doi.org/10.1002/nop2.978>
- Leitão, M., & Antunes, N. L. (2019). Perturbações do sono. In N. L. Antunes & PIN (Eds.), *Sentidos* (2ª ed., pp. 475-494). Lua de Papel.
- Lessa, R. T., Fonseca, L. A. N. S., Silva, V. L., de Mesquita, F. B. M., da Costa, A. J. R., de Souza, D. J. M., & Santo Mendes, N. B. D. E. (2020). A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (56).
- Lins-Filho, O., & Pedrosa, R. P. (2022). O impacto da COVID-19 no sono e no ritmo circadiano. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220191>
- Lucena, L. S. de, Firmino, F. F., da Silva Santos, A. E. M., Teodoro, D. T., Senhorinha, G. M., & Braudes, I. C. S. (2021). Distúrbios do Sono na Pandemia do COVID-19: Revisão Narrativa. *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, 1.
- Macedo, M.C.S.A. de. (2017). *Perturbações do sono: um estudo em crianças de idade pré-escolar* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu].

- Marques, A. C. C., & Barroso, S. M. (2019). Estratégias de coping de psicólogas em um CAPS não governamental. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(4), 458-469.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In *Theories of organizational stress* (pp. 68–85). Oxford University Press.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human behavior*, 5, 16-22.
<https://www.researchgate.net/publication/263847499>
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225.
- Matos, L. C. (2012). *Qualidade do sono, saúde e estilos de vida: estudo com a população activa portuguesa*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2663>
- Medeiros, M. R. B., Silva, R. C. L. M. D., & Almondes, K. M. D. (2022). Narcolepsia na Infância: A Atuação Multidisciplinar com a Psicologia do Sono do Diagnóstico ao Tratamento em um Relato de Caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243224>
- Meira, C. H. M. G., & Nunes, M. L. T. (2005). Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15, 339-343.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000300003>
- Mendes, J., Sousa, M., Leite, V. M., da Silva Belchior, N. M. B., & Medeiros, M. T. P. (2019). Qualidade do sono e sonolência em estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(2), 38-48. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.2.150>
- Menegatti, M. S., Rossaneis, M. A., Schneider, P., de Carvalho Silva, L. G., Costa, R. G., & Haddad, M. D. C. F. L. (2020). Estresse e estratégias de coping utilizadas por residentes de enfermagem. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 24(1).
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200066>

- Menezes, G. R. A. de, Casanova, P. F., & Batista, E. C. (2021). Psicoterapia Breve: Contexto Histórico, Técnicas e Modalidades. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVEESC*, 6(2), 114-121.
- Miranda, I. P. V., & Passos, M. A. N. (2020). Sono: fator de risco para a qualidade de vida do profissional de saúde. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3(7), 336-346. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4253175>
- Miranda, I. P. V., & Passos, M. A. N. (2020). Sono: fator de risco para a qualidade de vida do profissional de saúde. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3(7), 336-346. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4253175>
- Morbeck, M. N. G. P. (2020). Avaliação da sensopercepção em pacientes com insônia [Dissertação de Mestrado, Centro Universitário de Brasília].
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(1), 26.
- Moura Silva, F. T. de, de Barros Santana, G., Santos, K. M. G., da Silva, L. M., & de França, E. F. G. (2022). Saúde mental dos enfermeiros em tempos de pandemia: reflexões sobre a qualidade do sono nos ambientes laborais. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 6(2). <https://doi.org/10.54909/sp.v6i2.126955>
- Muller, J. M., Silva, N. & Pesca., A., D. (2021). Estratégias de coping no contexto laboral: uma revisão integrativa da produção científica brasileira e internacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 21(3), 1594-1604. <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20385>
- Murawski, B., Wade, L., Plotnikoff, R. C., Lubans, D. R., & Duncan, M. J. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive and behavioral interventions to improve sleep health in adults without sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 160-169.
- Ned G. (2016) Fadiga nos controladores de tráfego aéreo: uma realidade. *Revista Conexão Sipaer*, 7(1), 35-43.
- Nelson, K., Davis, J. & Corbett, C. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing fórum*, 57 (1), 144-151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>

- Neto, M. S., Soares, E. A., & de Mesquita Duarte, G. G. (2023). Alterações de sono em pacientes depressivos adultos: uma revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(4), 1704-1714. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i4.2023-008>
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). Guilford Press.
- Norrman., H., M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: Eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1785610.
- Notomi, E. H. (2019). *Influência da luz azul sobre o sono* [Tese de bachelado, Universidade Tecnológica Federal do Paraná].
- Nunes M. F. O., Muniz, M., Reppold, C. T., Faiad, C., Bueno, J. M. H. & Noronha, A. P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 11(2), 309-316.
- Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, J. (2014). Escala Toulousiana de Coping – Reduzida. *Manual Técnico de Utilização*, 14.
- Ogassawara, W. J. (2023). A pandemia do COVID-19 e o seu efeito nos acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de saúde de um hospital de Porto Alegre entre 2018 e 2022. [Trabalho final de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Okoye, A. (2022). What is sleep and why is it important? *American Sleep Association*. <https://www.sleepassociation.org/about-sleep/sleepstatistics/>
- Oliveira, A. A., & Silva, F. F. (2021). Limites e decorrências da teoria das necessidades humanas de Abraham Harold Maslow. *Caderno de Administração*, 29(2), 100-115. <https://doi.org/10.4025/cadadm.v29i2.57015>
- Oliveira, M., Junior, R. S., Silva, K., Mendes, D., Santos, L., Torres, J., & Silva, C. (2023). O estilo de vida e suas repercussões na qualidade de vida profissional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 24(1), 199-210. <https://doi.org/10.15309/23psd240117>
- OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2ª série, N°78, de 20 de abril de 2011.

- OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses – versão consolidada. Disponível em: https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_ao_637_2021.pdf
- OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). Orientações para as especialidades. https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaao_especialidades_psicologia_clinica_e_da_saude_regular.pdf
- OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). Parecer 19/CEOOPP/2015, “A avaliação psicológica enquanto ato específico e exclusivo da Psicologia”. https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/parecer_19_sobre_a_avaliaao_psicologica_enquanto_ato_especifico_e_exclusivo_da_psicologia.pdf
- OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). Parecer 24/CEOOPP/2015, “Sobre instrumentos e avaliação psicológica”. https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_24_instrumentos_e_avaliaao_psicologica.pdf
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). Perguntas e respostas sobre psicoterapia. Disponível em: https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_perguntaserespostas_sobre_psicoterapia_v2.pdf
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). Regulamento nº 107-A/2016 – Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 2ª série, Nº 20.
- Osório, L. F., Mendes, A. I. F., da Cruz Pavan-Cândido, C., & Silva, U. C. A. (2017). Psicoterapias: conceitos introdutórios para estudantes da área da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)*, 50 (1), 3-21. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p3-21>
- Otsuka, Y., Itani, O., Matsumoto, Y., & Kaneita, Y. (2022). Associações entre estratégias de enfrentamento e insônia: um estudo longitudinal de trabalhadores japoneses, *Sono*, 45 (2). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab244>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida*. (7ª ed.). Oficina do Livro.
- Patole, S., Pawale, D., & Rath, C. (2024). Interventions for Compassion Fatigue in Healthcare Providers—A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *In Healthcare*, 12(2), 171. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020171>
- Pereira, M. M. (2023). *Qualidade do sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, em contexto pandémico* [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa].
- Pereira, S. D. S., Teixeira, C. A. B., Reisdorfer, E., Vieira, M. V., Gherardi-Donato, E. C. D. S., & Cardoso, L. (2016). A relação entre stressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento em profissionais de nível técnico de Enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.
- Peterson, S. A., Wolkow, A. P., Lockley, S. W., O'Brien, C. S., Qadri, S., Sullivan, J. P., & Barger, L. K. (2019). Associations between shift work characteristics, shift work schedules, sleep and burnout in North American police officers: a cross-sectional study. *BMJ open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030302>
- Pimenta, E. C. S. S., & Rodriguez, S. Y. S. (2021). Fatores de risco e de proteção à saúde mental de psicólogos clínicos. *Trabalho (En) Cena*, 6. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e021013>
- Pinho, A. C. F. (2015). *Estratégias de Coping, Qualidade de Vida e Distress Psicológico em Doentes com Cancro Ginecológico e da Mama* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro].
- Pirelli, G., Formon, D. L., & Maloney, K. (2020). Preventing vicarious trauma (VT), compassion fatigue (CF), and burnout (BO) in forensic mental health: Forensic psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 454–466. <https://doi.org/10.1037/pro0000293>
- Pucci, S., Almeida, A. C., & Pereira, M. G. (2023). Health Behaviors and Sleep Quality in Portuguese Adolescents: The Moderating Role of Age and Gender. *Clinical and Health*, 35(1), 5-12. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a9>
- Spilsbury, J. C., Patel, S. R., Morris, N., Ehayaei, A., & Intille, S. S. (2017). Household chaos and sleep-disturbing behavior of family members: Results of a pilot study of

- African American early adolescents. *Sleep Health*, 3(2), 84-89.
<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.12.006>
- Queirós, C., & Cameira, M. (2024). Síndrome de burnout: a pandemia covid-19 como fator de risco nos profissionais de saúde. *Health Work International Project-HWOPI: teorias e vivências para a saúde ocupacional*.
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. E. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72(2), 159-169. <https://doi.org/10.1348/000711299159916>
- Rayani, A., Hannan, J., Alreshidi, S., Aboshaiqah, A., Alodhailah, A., & Hakamy, E. (2024). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress among Saudi Nurses at Medical City: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(8), 847. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080847>
- Rezende, A. A. F., & Pereira, A. C. (2023). Estratégias de *coping* de profissionais da saúde de Piracicaba durante a COVID-19. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, 5214-5214. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5214>
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996) Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, (4), 589-599.
- Rodrigues, C. M. L., Faiad, C., & Facas, E. P. (2020). Fatores de risco e riscos psicossociais no trabalho: definição e implicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(19), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe19>
- Rodrigues, M. de S. D., Lucena, P. L. C., Lordão, A. V., Costa, B. H. S., Batista, J. B. V., & Costa, S. F. G. da. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: Revisão de escopo. *Revista Mineira De Enfermagem*, 25(1). <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210034>
- Roehrs, T., & Roth, T. (2019). The Sleep–Wake Cycle: An Overview. *The Behavioral, Molecular, Pharmacological, and Clinical Basis of the Sleep-Wake Cycle*, 1-16.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Rosenwasser, A., & Turek, F. (2015). Neurobiology of Circadian Rhythm Regulation. *Sleep Medicine Clinics*, 403-412.

- Ribeiro, D. L., dos Santos Junior, R., Birolli, M. L., & Smolari, L. A. (2021). Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 13. [10.3895/rbqv.v13n0.12672](https://doi.org/10.3895/rbqv.v13n0.12672)
- Ribeiro, T. S., Montelo, N. M. S., & Soares, S. C. de L. (2021). Coping strategies in health professionals during the pandemic in a hospital in the legal Amazon. *Research, Society and Development*, 10(13). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21030>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- Santana, T. D. S., Servo, M. L. S., Sousa, A. R. D., Fontoura, E. G., Góis, R. M. O. D., & Mercês, M. C. D. (2021). Coping strategies used by hospital emergency nurses. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0435>
- Santos-Coelho, F. M. (2020). Impacto da privação de sono sobre cérebro, comportamento e emoções. *Medicina Interna de México*, 36(S1), 17-19.
- Santos, C. G. C., dos Santos Junior, R., & Zanin, C. R. (2023). Fadiga por Compaixão e fatores de proteção psicossociais de profissionais da saúde em ações humanitárias. *Psicologia e Saúde em debate*, 9(2), 107-125. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Santos-Dias, D., Lopes, R., & Zanon, R. B. (2023). As bases desenvolvimentais da empatia: Um modelo teórico integrativo [The developmental bases of empathy: An integrative theoretical model]. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 26(2), 55–72. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A6>
- Santos, J., C., S., M. (2022). *Impacto da Pandemia covid 19: Estratégias de coping e problemas de saúde mental numa amostra de estudantes universitários* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
- Sanzovo, C. É., & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 227-238. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200009>

- Saraiva, E., Silva, R., Fraga, B., Mário, R., & Brandão, C. (2020). Supervisão e intervenção na psicologia das organizações e dos recursos humanos. *Revista de estudo e pesquisa em educação*, 22 (2), 379-398.
- Saraiva, J. dos, S., Tavares, N. V., Canuto, R. C. F., Sousa, R. M. D. O. F., & de Moura Carvalho, M. (2023). Avaliação da qualidade do sono de homens em uma instituição de ensino superior. *Research, Society and Development*, 12(8). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42994>
- Saura, A. P. N. S., Valóta, I. A. D. C., Santos, M. R. D., Silva, R. M. D., & Calache, A. L. S. C. (2023). Fadiga e satisfação por compaixão em profissionais oncológicos: revisão integrativa. *Revista Bioética*, 31. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233073PT>
- Schlarb, A. A., Reis, D., & Schröder, A. (2012). Sleep characteristics, sleep problems, and associations to quality of life among psychotherapists. *Sleep Disorders*, 2012, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2012/806913>
- Schwartz, B., & Flowers, J. (2014). *Como falhar na relação? Os 50 erros que os terapeutas mais cometem*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Scorsolini-Comin, Fabio. (2014). Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. *Contextos Clínicos*, 7(1), 02-14. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.01>
- Setyowati, A., Chung, M., Yusuf, A., & Haksama, S. (2020). Psychometric Properties of Sleep Hygiene Index in Indonesian Adolescents. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 77-80. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1806>
- Sheppard, K. (2015). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 28(1), 57-59. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.10.007>
- Silva, A. C. M. da, Santos, E. C. M., Santos, E. J. da S., Sousa, G. M. A., dos Santos, T. C. Q. C., & Miranda, M. L. N. (2021). As Razões para o desenvolvimento da síndrome de burnout em enfermeiros: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, 7(1), 57.

- Silva, A. C., Sardinha, L. S., & de Aquino Lemos, V. (2019). Relações entre privação do sono, ritmo circadiano e funções cognitivas em trabalhadores por turnos. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(10), 145-153. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-070>
- Silveira, R. D. C. M., SANTOS, E. G. A. D. M., Pereira, R. R. M., OSÓRIO, M. D. O., Accioly, C. C., & Albuquerque, E. N. (2021). Fadiga por compaixão na perspectiva de estudantes concluintes de psicologia [Dissertação de Mestrado – Faculdade Pernambucana de Saúde].
- Simões, A. D., Machado Júnior, Álvaro N., Oliveira, A. B. da S., Pereira, A. C. P., Figueiredo, B. Q. de., Pinheiro, F. E. da S., & Lopes, L. F. P. (2022). Main sleep disorders and their impacts on human quality of life: a systematic literature review. *Research, Society and Development*, 11(5), e38411528457. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28457>
- Simor, P., Krietsch, K., Köteles, F. & McCrae, C. (2015). Day-to-day variation of subjective sleep quality and emotional states among healthy university students - A 1-week prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 625–634. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9464-4>
- Soligo, A. D. F., Oliveira, I. T. D., Muniz, M., & Zanini, D. S. (2020). Formação em Psicologia: estágios e avaliação psicológica. *Psicologia: ciência e profissão*, 40, 1-18. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243432>
- Solomon, J. (2014). *Nurses Coping Strategies with Compassion Fatigue: A literatura review*. [Dissertação de Mestrado, University of Applied Sciences].
- Somerfield, M., & McCrae, R. (2000). Stress and coping research: methodological Challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625.
- Song, C., Zhao, T., Song, Z., & Liu, Y. (2020). Effects of phased sleeping thermal environment regulation on human thermal comfort and sleep quality. *Building and Environment*, 181. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2020.107108>
- Snyder, C., & Dinoff, B. (1999). Coping: Where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works*. Oxford: Oxford University Press, 3-19.

- Sousa, E. A. de, Freires, L. A., Loureto, G. D. L., & da Costa, J. C. A. (2023). Qualidade de sono e sonolência diurna em estudantes universitários: testando um modelo explicativo. *Ciencias Psicológicas*.
- Sousa, E. S., & Hidaka, A. H. V. (2021). Coping: estratégias de enfrentamento de profissionais da saúde atuantes na assistência durante o contexto de combate à pandemia da COVID-19. *Health Residencies Journal-HRJ*, 2(12), 160-187. <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i12.157>
- Sousouri, G., & Huber, R. (2019). Sleep and Plasticity. *Handbook of Sleep Research*, 425-442.
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual. (2ª ed). *Pocatello*. Disponível em <https://proqol.org/>
- Stenzel, L. M. (2021). Habilidades terapêuticas interpessoais: A retomada de Carl Rogers na prática da psicologia baseada em evidências. *Psicologia Clínica*, 33(3), 557-576. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n03A09>
- Suraev, A., Marshall, N., Vandrey, R., McCartney, D., Benson, M., McGregor, . . . Hoyos, C. (2020). Cannabinoid therapies in the management of sleep disorders: A systematic review of preclinical and clinical studies. *Sleep Medicine Reviews*, 101339.
- Sweileh, W. M. (2020). Research trends and scientific analysis of publications on burnout and compassion fatigue among healthcare providers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00274-z>
- Teixeira, L., Silva, M., Varandas, V., Teixeira, A., Barroso, C., & Carvalho, L. (2020). A prática baseada na evidência como indicador da supervisão clínica em enfermagem no contexto de cirurgia de ambulatório. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 237-243.
- Thompson, Renne J., Mata, Ju., Jaeggi S. M., Buschkuehl, M., Jonides, J., Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (6), 459-466. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.007>

- Torres, J. D. R. V., Cunha, F. O., Gonçalves, J. T. T., Torres, S. D. A. S., & Barbosa, H. A. (2020). Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas em Saúde*, 20 (1), 178-193. [10.29327/213319.20.1-12](https://doi.org/10.29327/213319.20.1-12)
- Tubbs, A., Dollish, H., Fernandez, F., & Grandner, M. (2019). The basics of sleep physiology and behavior. *Sleep and Health*, 3-10.
- Vaillant, G. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103, 44-50.
- Van den Berg, N., Benoit, A., Toor, B., & Fogel, S. (2019). Sleep Stages and Neural Oscillations: A Window into Sleep's Role in Memory Consolidation and Cognitive Abilities. *Handbook of Sleep Research*, 455-470.
- Varela, A., Pereira, A., Pereira, A., & Santos, C. J. (2017). Distress Psicológico: Contributos para a Adaptação Portuguesa do SQ-48. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18 (2), 278-296. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180201>
- Vasconcelos, E. F., Palmiere, J. A. D. F., & de Araujo, K. A. (2019). Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: organizações que emancipam ou que matam. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(1), 236-241. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n1p242-247>.
- Walker, M. (2018) *Por que nós dormimos*. Edição digital.
- Wong, T. W., Yau, J. K. Y., Chan, C. L. W., Kwong, R. S. Y., Ho, S. M. Y., Lau, C. C., Lau, F. L., & Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope: *European Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 13–18. <https://doi.org/10.1097/00063110-200502000-00005>
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology nursing forum*, 43(4), E161–E169. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E161-E169>

- Xiong, W., Liu, H., Gong, P., Wang, Q. I., Ren, Z., He, M., ... & Zhang, X. (2019). Relationships of coping styles and sleep quality with anxiety symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 257, 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.032>
- Zani, G. L., Rosa, C. L., & Machado, M. A. (2020). Síndrome de Burnout e a fadiga da compaixão: das vulnerabilidades dos profissionais de veterinária / Burnout's syndrome and the fatigue of compassion: the vulnerabilities of veterinary professionals. *Brazilian Journal of Development*, 6(1), 4107–4123. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-292>
- Zielinski, M., McKenna, J. & McCarley, R. (2016). Functions and mechanisms of sleep. *AIMS Neurosci*, 3(1), 67-104. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2016.1.67>

Anexos

Anexo 1: Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (PSQI-PT)

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: _____h _____min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: _____h _____min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: _____h _____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Ter dificuldade para respirar:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Tossir ou ressonar alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

f) Sentir muito frio:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

g) Sentir muito calor:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

i) Sentir dores:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

☐ Muito boa	☐ Boa	☐ Má	☐ Muito Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir recitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

☐ Não	☐ Sim, mas em outro quarto	☐ sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	☐ sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve**:

a) Ronco alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

Anexo 2: Escala Toulousiana de *Coping* – Versão Reduzida (ETC-R)



ANEXO – Escala ETC-R (18 itens) (Nunes, O., Hipólito, J., Brites, R., Pires, M.)

Sempre que enfrenta uma situação difícil, provavelmente reage de forma variável. Depois de ter escolhido uma situação difícil (que esteja ou não a viver atualmente), que lhe diga respeito a si e que seja angustiante ou stressante, descreva-nos a forma como reage habitualmente a essa situação. Encontrará 5 números que indicam em que medida utiliza a afirmação proposta: de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). Na primeira linha escreva a situação difícil que escolheu. Em seguida marque com uma cruz (x) o número que melhor corresponde à reação que costuma ter face a essa situação. Tente responder a todas as frases, tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Situação difícil escolhida: _____

	1= Nunca	5= Muito Frequentemente
1	Enfrento a situação	1 2 3 4 5
2	Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1 2 3 4 5
3	Tento não pensar no problema	1 2 3 4 5
4	Evito encontrar-me com pessoas	1 2 3 4 5
5	Mudo a minha forma de viver	1 2 3 4 5
6	Analiso a situação para melhor a compreender	1 2 3 4 5
7	Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1 2 3 4 5
8	Procuró atividades coletivas	1 2 3 4 5
9	Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar	1 2 3 4 5
10	Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1 2 3 4 5
11	Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita	1 2 3 4 5
12	Reajo como se o problema não existisse	1 2 3 4 5
13	Procuró a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade	1 2 3 4 5
14	Afasto-me dos outros	1 2 3 4 5
15	Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1 2 3 4 5
16	Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1 2 3 4 5
17	Centro-me noutras atividades para me distrair	1 2 3 4 5
18	Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	1 2 3 4 5

Anexo 3: Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol)

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL)

Satisfação e Fadiga de Compaixão (ProQOL) Versão 5 (2009)

Ao prestar auxílio está a contatar diretamente com as vidas das pessoas. Como já deve ter percebido a compaixão que tem por quem ajuda pode afetá-lo(a). Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha o número que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

1=Nunca	2=Raramente	3=Por vezes	4=Frequentemente	5=Muito Frequentemente
_____	Eu sou feliz.			
_____	Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.			
_____	Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros			
_____	Eu sinto-me ligado(a) aos outros.			
_____	Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.			
_____	Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.			
_____	Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.			
_____	Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo.			
_____	Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.			
_____	Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).			
_____	Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por variadas coisas.			
_____	Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).			
_____	Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio.			
_____	Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.			
_____	Eu tenho crenças que me sustentam.			
_____	Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.			
_____	Eu sou a pessoa que sempre quis ser.			
_____	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).			
_____	Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).			
_____	Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.			
_____	Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador.			
_____	Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.			
_____	Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei.			
_____	Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.			
_____	Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.			
_____	Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.			
_____	Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador.			
_____	Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.			
_____	Eu sou uma pessoa muito carinhosa			
_____	Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.			

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.
/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

Anexo 4: Questionário Sociodemográfico e Profissional

Questionário Sociodemográfico

Sexo:

Feminino ____

Masculino ____

Idade: ____ anos

Habilitações Literárias:

Licenciatura ____

Mestrado em Psicologia Clínica ____

Mestrado em Psicologia Clínica e Pós-Graduação ____

Mestrado em Psicologia Clínica e Especialidade em Psicoterapia ____

Pós-Graduação ____

Especialidade em Psicoterapia ____

Especialidade em Psicoterapia e Pós-Graduação ____

Mestrado em Psicologia Clínica, Especialidade em Psicoterapia e Pós-Graduação ____

Doutoramento ____

Outros ____

Com quem reside:

Companheiro/a ____

Outros familiares ____

Companheiro/a e Filhos ____

Sozinho ____

Filhos ____

Companheiro/a, filhos e outros familiares ____

Estado Civil:

Solteiro/a ____

Casado/a ____

União de Facto ____

Divorciado/a ____

Viúvo/a ____

Filiação:

Sim ____

Não ____

Número de filhos: _____

Questionário Profissional

Contexto em que exerce a prática profissional:

Privado ____

Público ____

Ambos ____

Tempo de experiência profissional:

Menos de um ano ____

Entre 1 a 10 anos ____

Entre 11 a 20 anos ____

Mais de 20 anos ____

Área de atuação profissional:

Crianças ____

Adolescentes ____

Crianças e Adolescentes ____

Adultos ____

Crianças, Adolescentes e Adultos ____

Adolescentes e Adultos ____

Crianças, Adolescentes, Adultos e Idosos ____

Adultos e idosos ____

Qual o número de casos que atende semanalmente? ____

Quantas horas trabalha semanalmente? ____

Realiza supervisão?

Sim ____

Não ____

Se respondeu sim, qual é a frequência da prática de supervisão?

Semanal ____

Quinzenal ____

De 2 em 2 meses ____

Quando considero necessário ____

É supervisor?

Sim ____

Não ____

Anexo 5: Consentimento Informado

A qualidade de sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses e psicoterapeutas

Convidamos o presente psicólogo clínico/psicoterapeuta a participar num estudo em que se irá investigar a qualidade do sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses e psicoterapeutas em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses. Esta investigação decorre em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia - CIP).

Objetivos Gerais do estudo – O objetivo geral deste estudo é analisar a qualidade do sono, as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses.

O que fará no estudo – O participante será convidado a participar num estudo de cariz transversal, em que será aplicado um questionário sociodemográfico e três questionários psicológicos.

Recolha de dados – Será realizado apenas um momento de avaliação, que acontecerá nos próximos meses. Irá aplicar-se um protocolo constituído por quatro questionários acessíveis e fáceis de responder, que se referem:

- (a) Questionário Sociodemográfico
- (b) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)
- (c) Escala Toulousiana de Coping – Versão Reduzida (ETC-R)
- (d) Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol)

Crítérios de Inclusão: Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes:

- (a) Ser psicólogo e psicoterapeuta a exercer psicologia clínica;
- (b) Possuir nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade;
- (c) Ser membro efetivo e possuir cédula profissional da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Todos os dados serão trabalhados de forma anónima, de modo a não permitir que estes sejam identificados e preservando-se o anonimato.

Registo dos dados: Pedimos autorização para recolher e arquivar os dados mencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato dos participantes.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia. Os dados recolhidos serão arquivados, sem constar o nome dos participantes. Espera-se como resultados este estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: Os dados pessoais não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. Os dados recolhidos serão arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas dois elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os intervenientes que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos anonimizados.

Participação voluntária: A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto. No final do estudo, os participantes poderão pedir e ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, pode contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Coordenador do Projeto: Ana Maria Gomes ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt

Coordenador da Investigação: Ana Maria Gomes ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt

Investigadora:

Responsável pelo Tratamento de Dados: CEU Cooperativa de Ensino Universitário,
Rua de Sta. Marta, 56, 1169-023, NIF: 501641238, e-mail:
investigacao.privacidade@autonoma.pt

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados:

Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados, devendo para o efeito dirigir-se pessoalmente às instalações da Universidade Autónoma de Lisboa, na Rua de Santa Marta, ou contactar-nos através dos e-mails: ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt. O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. O titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo e aceito participar, para tal assino este consentimento informado: