



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

QUALIDADE DO SONO, SATISFAÇÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO
EM PSICÓLOGOS CLÍNICOS

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

Autora: Patricia Almeida Guterres

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Das Dores Pires Gomes

Número do candidato: 30010417

Setembro de 2024

Lisboa

*“Não to mandei eu? Sê forte e corajoso;
não temas, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus,
é contigo por onde quer que andares.”*

Josué 1:9

Agradecimentos

Estes dois últimos anos de Mestrado foram repletos de desafios, aprendizagens e crescimento, tanto a nível profissional como pessoal, desenvolvimento de autoconhecimento e autoconfiança. Houve momentos bons, completos de alegria, e outros menos bons, lidando com frustração e choro. No meio de tantas viagens semanais entre Portugal e Luxemburgo, consegui guardar esperança, fé, acreditando que o esforço dedicado iria valer a pena. Estes desafios foram ultrapassados vivendo um dia de cada vez. Ao concluir este episódio tão importante da minha vida, gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todas as pessoas que, de certa forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, queria agradecer à Professora Doutora Ana Gomes pela orientação, paciência e conselhos valiosos ao longo deste período. A sua sabedoria, dedicação e toda ajuda foram essenciais para que eu pudesse avançar, ultrapassar os desafios que surgiram durante o desenvolvimento deste estudo. Quero também expressar a minha gratidão para com a Professora Genta Kulari que esteve sempre presente para ouvir os meus medos, para me acalmar, aconselhar, mostrar empatia e motivação durante este último ano. Um especial obrigado também aos meus professores do primeiro ano de Mestrado que foram, sem dúvida, muito importantes para a minha evolução e conquista enquanto pessoa e psicóloga.

Aos meus pais, às minhas irmãs, Nadine e Kelly, e ao Maxi, que sempre acreditaram no meu potencial e estiveram ao meu lado em todos os momentos, oferecendo o suporte emocional necessário para enfrentar os desafios ao longo desta caminhada. Sem o carinho e a vossa disponibilidade, esta conquista não seria possível.

Em especial, ao meu noivo, Pedro, pelo seu amor, carinho, paciência e apoio incondicional. A tua presença constante, as tuas palavras de motivação e a tua compreensão durante os momentos mais difíceis deram-me a força necessária para seguir em frente e concluir esta etapa. Sou profundamente grata por te ter ao meu lado.

Às minhas amigas, Marlene, Cindy, Melanie, Sofia e Miriam por todo o apoio moral, palavras de incentivo e momentos de descontração, que me ajudaram a manter o equilíbrio durante este percurso. Às minhas Pastoras, Mónia e Raquel, pelas orações, conselhos e palavras de sabedoria. O apoio e o carinho que recebi foram fundamentais para que eu pudesse manter a fé e a serenidade, mesmo nos momentos desafiadores. As suas orientações foram uma fonte de força e inspiração que me acompanharam em cada passo desta caminhada.

Por último, e não menos importante, sou grata a Deus pela sua proteção e presença na minha vida. Acredito que sem Deus no meu coração, este sonho não teria sido possível.

*“The whole of life,
from the moment you are born to the moment you die,
is a process of learning”.*

- Jiddu Krishnamurti

Resumo

A presente investigação teve como objetivo analisar a associação entre a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos. Estes profissionais são constantemente expostos ao sofrimento e aos traumas dos seus clientes, enfrentando desafios que podem ter consequências, tanto na saúde física como psicológica. Relativamente à metodologia, trata-se de um estudo quantitativo e transversal, integrando uma amostra por conveniência de 91 psicólogos clínicos portugueses, com idades compreendidas entre 24 e 65 anos. Os dados foram recolhidos por meio de um questionário de autorrelato online, incluindo o questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5). Os resultados revelam que uma má qualidade de sono está associada a níveis baixos de satisfação por compaixão e níveis elevados de *burnout* e stress traumático secundário. A análise mostrou também que a qualidade de sono é um preditor significativo de *burnout* e que psicólogos que apresentam maior satisfação por compaixão são menos vulneráveis ao aumento de sintomas de *burnout* e stress traumático secundário. Para concluir, verificaram-se associações significativas entre as variáveis principais em estudo, bem como associações com algumas variáveis sociodemográficas.

Palavras-Chave: Qualidade de sono, Satisfação por compaixão, *burnout*, stress traumático secundário, psicólogos clínicos.

Abstract

This research analyzes the association between sleep quality, compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in clinical psychologists. These professionals are constantly exposed to the suffering and trauma of their clients, facing challenges that can have consequences for both their physical and psychological health. In terms of methodology, this is a quantitative, cross-sectional study involving a convenience sample of 91 Portuguese clinical psychologists aged between 24 and 65. Data was collected using an online self-report questionnaire, including a sociodemographic questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and the Professional Quality of Life Scale (PROQOL 5). The results show that poor sleep quality is associated with low levels of compassion satisfaction and high levels of burnout and secondary traumatic stress. The analysis also showed that sleep quality is a significant predictor of burnout and that psychologists who have higher compassion satisfaction are less vulnerable to increased symptoms of burnout and secondary traumatic stress. In conclusion, there were significant associations between the main variables under study, as well as associations with some sociodemographic variables.

Keywords: Sleep quality, compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress, clinical psychologists.

Índice

Introdução.....	13
Parte I - Enquadramento Teórico	16
Capítulo 1 Qualidade do sono	17
1.1. Sono e qualidade do sono	17
1.2. Fisiologia do sono.....	18
1.3. Arquitetura do sono	20
1.4. Fatores de risco	22
1.5. Perturbação do sono-vigília	24
1.5.1. Insónias	24
1.5.2. Perturbações respiratórias do sono.....	25
1.5.3. Hipersónias ou Hipersonolências.....	25
1.5.4. Perturbações do ritmo circadiano.....	26
1.5.5. Perturbações do movimento.....	27
1.5.6. Parassónias	27
1.6. Qualidade do sono nos psicólogos.....	28
Capítulo 2 Qualidade de vida Profissional.....	31
2.1. Satisfação por compaixão (SC)	31
2.2. Fadiga por compaixão (FC).....	31
2.3. Qualidade de vida profissional dos psicólogos.....	32
Capítulo 3 Relação entre as variáveis.....	37
Parte II - Metodologia da Investigação	39
Capítulo 4 Metodologia.....	40
4.1. Pertinência do estudo e Definição do Problema	40
4.2. Delineamento do estudo	41
4.3. Objetivos.....	41
4.3.1. Objetivo Geral.....	41
4.3.2. Objetivos Específicos.....	41
4.4. Hipóteses de Estudo.....	42
4.5. Participantes.....	49

4.6. Instrumentos	49
4.6.1. Questionário Sociodemográfico.....	49
4.6.2. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP).....	50
4.6.3. Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5)	51
4.7. Procedimento	51
4.8. Análise estatística	52
Parte III – Resultados da Investigação.....	54
Capítulo 5 Resultados	55
5.1. Apresentação e Análise de Resultados.....	55
5.2. Caracterização da amostra	55
5.3. Estatística Descritiva	59
5.3.1. Estatística Descritiva do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP).....	60
5.3.2. Estatística Descritiva da Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5)	62
5.4. Correlação entre as variáveis	63
5.5. Regressões entre variáveis.....	71
Capítulo 6 Discussão dos Resultados	75
Parte IV - Conclusão, Limites e Indicações Futuras.....	84
Capítulo 7 Conclusão da Investigação	85
7.1. Conclusão final	85
7.2. Limitações da Presente Investigação	87
7.3. Indicações para Futuras Investigações	88
Referências Bibliográficas	89

Índice de Abreviações

AASM - *American Academy of Sleep Medicine*

APA - *American Psychological Association*

BO - *Burnout*

FC - Fadiga por Compaixão

ICSD - *An International Classification of Sleep Disorders*

IQSP - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

NREM - *Non Rapid Eye Movement*

NSF - *National Sleep Foundation*

PROQOL 5 - Escala de Qualidade de Vida Profissional

REM - *Rapid Eye Movement*

SC - Satisfação por Compaixão

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STS - Stress Traumático Secundário

WHO - *World Health Organization*

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=91)	55
Tabela 2 - Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=91)	57
Tabela 3 - Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=91)	59
Tabela 4 - Consistência Interna	60
Tabela 5 - Consistência Interna	61
Tabela 6 - Média de horas de sono por noite	61
Tabela 7 - Medicação para dormir	62
Tabela 8 - Estatística Descritiva da ProQOL5	63
Tabela 9 - Interpretação do coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> e <i>Spearman</i>	63
Tabela 10 - Frequências Descritivas do IQSP	64
Tabela 11 - Frequências Descritivas do IQSP	65
Tabela 12 - Frequências Descritivas da ProQOL5	65
Tabela 13 - Correlação entre IQSP e CS	67
Tabela 14 - Correlação entre IQSP e Burnout	67
Tabela 15 - Correlação entre IQSP e STS	68
Tabela 16 - Correlação entre SC e BO	68
Tabela 17 - Correlação entre SC e STS	69
Tabela 18 - Correlação entre BO e STS	69
Tabela 19 - Correlação entre variáveis sociodemográficas	71
Tabela 20 - Correlação entre variáveis sociodemográficas	71

Tabela 21 - Regressão entre o IQSP e a ProQOL5	72
Tabela 22 - Regressão entre o BO, a SC e o STS	73
Tabela 23 - Regressão entre a STS e o BO	74

Índice dos Anexos

Anexo A – Acordo de Consentimento Informado	103
Anexo B – Questionário Sociodemográfico	106
Anexo C – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)	107
Anexo D – Escala de Qualidade de Vida Profissional	111

Introdução

A qualidade do sono tem sido estudada como um fator importante na saúde física e mental, impactando diretamente o bem-estar e o funcionamento diário das pessoas. Embora existam muitas investigações sobre a qualidade de sono com diversas populações, continuam a ser poucas as que se focam nos psicólogos clínicos, profissionais que estão expostos a altos níveis de carga emocional, ansiedade e stress. Estes profissionais lidam frequentemente com situações emocionalmente desgastantes, o que pode afetar não somente a sua saúde mental, mas também a qualidade de sono e o seu desempenho profissional. Os fatores que afetam negativamente a qualidade de sono nos profissionais de saúde são, entre outros, o ambiente profissional, trabalho noturno, trabalho com elevada velocidade, quantidade, complexidade e intensidade, e o horário de trabalho (Coelho et al., 2023).

A perturbação de sono mais recorrente nos psicólogos clínicos é a Insónia. Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento e a persistência de sintomas desta perturbação, como, por exemplo, eventos stressantes, como o divórcio, fatores psicológicos e da saúde, além de características demográficas (sexo feminino, envelhecimento, viver sozinho). Também estão associadas condições psicológicas, como a depressão e ansiedade, bem como antecedentes pessoais ou familiares ligados às problemáticas em relação ao sono (Schlarb et al., 2012).

A qualidade de vida profissional é segundo Stamm (2010), constituída pela satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão que por sua vez engloba o *burnout* e o stress traumático secundário. Estas duas dimensões e as suas consequências, têm sido estudadas muito recentemente nesta amostra. A literatura sugere que trabalhar com pessoas que sofreram traumas pode traumatizar o psicólogo, afetando o seu trabalho (Justin et al., 2023).

A satisfação por compaixão refere-se ao sentimento positivo, a satisfação e realização que os psicólogos sentem ao ajudar os outros no seu trabalho (Stamm, 2010). Psicólogos que apresentam níveis altos de satisfação por compaixão tendem a apresentar melhores resultados de saúde mental e menor prevalência de perturbações de sono (Kercher & Gossage, 2024). Por outro lado, a fadiga por compaixão é um fenómeno que inclui o *burnout* e o stress traumático secundário, associados ao desgaste emocional e à exaustão, causados pelo contanto contínuo com o sofrimento e os traumas dos outros. Este esgotamento pode levar a um estado de exaustão emocional crónica que interfere negativamente no trabalho e na vida pessoal do psicólogo clínico (Stamm, 2010; De Souza et al., 2019). Fatores como o estresse, a ansiedade, a carga de trabalho, a falta de recompensa, a insuficiência de recursos e a falta de autocuidado têm sido associados ao esgotamento dos psicólogos. Outro fator que pode impactar a qualidade de vida

profissional é o nível de experiência do psicólogo clínico. Por outro lado, a satisfação e a resiliência, são fatores protetores e representam um papel essencial na qualidade de vida profissional desta população. Além disso, o apoio profissional, o desenvolvimento profissional, o equilíbrio de vida e a consciência cognitiva, diminuem o nível de stress e, subsequentemente, os níveis de *burnout* e aumentam a satisfação nos psicólogos (Kercher & Gossage, 2024).

A pandemia da COVID-19 intensificou ainda mais estas questões, aumentando os níveis de stress e *burnout* nos profissionais de saúde mental, incluindo psicólogos clínicos. Estudos mostram que o aumento do esgotamento emocional, o aumento da carga de trabalho e as questões psicológicas e afetivas associadas à pandemia, impactaram significativamente a qualidade de sono e a saúde psicológica destes profissionais (Cabeza et al., 2022; Kercher & Gossage, 2024). Estes efeitos podem por sua vez impactar a qualidade de vida profissional dos psicólogos, agravando a fadiga por compaixão e diminuindo a satisfação com o seu trabalho (Rupert & Dorociak, 2019).

A má qualidade de sono, frequentemente associada ao stress no trabalho e ao *burnout*, compromete a regulação emocional e a capacidade de concentração, prejudicando a eficácia do trabalho clínico e aumentando o risco de erros profissionais (Figueiredo, 2020; Schlarb et al., 2012). Além disso, a privação do sono está relacionada a problemas de saúde a longo prazo, como hipertensão, depressão e aumento da mortalidade (Limongi et al., 2023). Assim, compreender as interações entre a qualidade de sono, a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão em psicólogos clínicos é essencial para desenvolver intervenções que possam melhorar o bem-estar destes profissionais e a qualidade dos seus próprios serviços.

Este estudo busca investigar estas relações ao explorar como a qualidade de sono e a qualidade de vida profissional influenciam-se mutuamente no contexto da prática dos psicólogos clínicos. A investigação visa contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre os desafios enfrentados por estes profissionais, particularmente no que se refere à saúde mental e ao impacto na qualidade dos seus trabalhos para com os seus clientes.

Para proceder à análise destas variáveis e conceitos descritos anteriormente, utilizou-se primeiramente os instrumentos psicológicos que examinam cada variável, a saber, o questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5). Este estudo é dividido em quatro partes. Na primeira parte é apresentado a revisão de literatura com uma descrição detalhada das variáveis e conceitos em estudo. Na segunda parte é apresentado a metodologia, incluindo o delineamento do estudo, o objetivo geral e específicos, as hipóteses de estudo, as características dos participantes, os instrumentos aplicados e os procedimentos. Na terceira parte é apresentado os

resultados de estudo e na última parte é divulgado uma conclusão juntamente com as limitações de estudo e as indicações para futuras investigações.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 | Qualidade do sono

1.1. Sono e qualidade do sono

O sono é um fenómeno fisiológico e comportamental essencial para o bem-estar físico e mental. É discernido como um comportamento crucial para a saúde, envolvendo uma interação dinâmica entre a regulação fisiológica do corpo e as atitudes do indivíduo (Coelho et al., 2022).

O sono consiste num intervalo de descanso de seis a oito horas, de preferência durante a noite, promovendo tanto a recuperação física e psicológica, quanto a retenção das informações obtidas durante os períodos de vigília anteriores (Chennaoui & Léger, 2022). Na literatura científica, uma duração de sono inferior a seis horas, é considerada problemática, enquanto se for superior a nove horas é classificada como longa (Matsui et al., 2023).

A saúde do sono pode ser dividida em duas dimensões. A primeira é a quantidade de sono, ou seja, a sua duração. Quando esta duração é reduzida, ocorre a insuficiência do sono que afeta 30% da população e esta ligada ao aumento da “morbilidade e mortalidade”. A segunda dimensão diz respeito à qualidade do sono, contemplando a latência do sono (tempo necessário para adormecer), o tempo de vigília a seguir ao início do sono (vigília "noturna") e a eficiência do sono, isto é, a proporção do tempo que a pessoa passa na cama a dormir (Coelho et al., 2022).

A qualidade do sono representa um conceito complexo e desafiador de definir e de avaliar objetivamente. Um sono de qualidade está associado a uma saúde aprimorada, menor sonolência durante o dia, “maior bem-estar e melhor funcionamento psicológico” (Gonçalves 2021). Em 2017, a *National Sleep Foundation* (NSF) identificou, com ajuda de um grupo de especialistas, os principais critérios de uma boa qualidade de sono. Estes critérios incluem a extensão do período na cama (pelo menos 85% em total), adormecer após 30 minutos ou menos, ter no máximo um despertar durante a noite e permanecer acordado por 20 minutos ou menos após o início do sono (Gonçalves 2021).

Enquanto um indivíduo esta a dormir, o corpo aproveita para “restaurar, renovar e reparar os tecidos e as funções” que foram utilizados durante o dia (Chennaoui & Léger, 2022). Qualquer problemática ou interrupção do sono pode acarretar entraves na vigilância, não apenas ao impedir a recuperação adequada, mas também ao desregulando os ritmos biológicos e sobrecarregando os processos fisiológicos e as células responsáveis pela função cognitiva. Desta forma, a privação de sono impacta a qualidade do trabalho e, por outro lado, as condições em que as atividades de vigília acontecem (atividades físicas, tensão, stress, etc.) também impactam a qualidade do sono (Chennaoui & Léger, 2022).

Por conseguinte, a nutrição, a atividade física e o sono são considerados os três pilares da saúde. Respetivamente ao sono, as perturbações quantitativas e qualitativas do sono podem ter consequências a curto e a longo prazo, tais como perturbação do humor, hipertensão, diabetes, aumento de peso, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, e aumento da mortalidade (Limongi et al., 2023; Raouf & Fekry, 2024). As anormalidades do sono são um fator de risco para ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio (Cabeza et al., 2022).

A falta de uma boa qualidade do sono pode gerar mudanças expressivas no desempenho “físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo”, comprometendo significativamente a qualidade de vida (Figueiredo, 2020). Nos profissionais de saúde, um sono inadequado está associado a dificuldades em manter a atenção, concentração, energia e motivação, o que aumenta o risco de cometer erros médicos e compromete o desempenho profissional. Além disso, a privação do sono pode contribuir para um aumento das ausências no trabalho, acarretando grandes prejuízos económicos e até mesmo colocando em risco a estabilidade do sistema da saúde (Coelho et al., 2023; Schlarb et al., 2012).

Um estudo de 2020, realizado numa amostra de técnicos de saúde e docentes, revelou que os profissionais com baixa qualidade sono apresentavam níveis mais altos de stress, menos estratégias de *coping* e maior exaustão no quotidiano. Por outro lado, aqueles que desfrutavam de um sono adequado demonstraram maior realização e satisfação profissional (Figueiredo, 2020).

Considerando a importância da qualidade do sono na vida do ser humano, é essencial estudar o fenómeno do sono e atuar na prevenção de uma má qualidade do sono.

1.2. Fisiologia do sono

O sono é um estado ativo de inconsciência produzido pelo corpo, no qual o cérebro se encontra num estado de repouso relativo e reage principalmente a estímulos internos (Brinkman et al., 2023).

O sono é um momento no qual os sistemas do corpo restauram a energia e reparam os seus tecidos. É fundamental para o bem-estar e a saúde ótima. As pessoas que dormem o suficiente e com boa qualidade têm mais energia, melhor funcionamento cognitivo, sistemas imunitários mais saudáveis, e melhoram a memória, o estado de alerta, a atenção e desempenho ao longo do dia (Berhanu et al., 2018).

O mecanismo pelo qual o sono é regulado e mantido é essencialmente para existir um equilíbrio entre dois processos básicos: o processo homeostático e o processo circadiano

(Brinkman et al., 2023; Markov & Goldman, 2014). Estes dois processos são responsáveis por ajudar os seres humanos a manter a vigília durante o dia e o sono durante a noite (Markov & Goldman, 2014).

O processo homeostático corresponde ao aumento da necessidade de sono em simultâneo do aumento da duração da vigília anterior. Quando a quantidade normal do sono é diminuída, o processo homeostático aumenta, causando um aumento da pressão do sono ou da sonolência diariamente, bem como do sono profundo durante a noite. Quando o sono normal é mantido, este processo representa um aumento básico para dormir durante a vigília, alcançando o seu alto nível na hora do sono. A seguir diminui durante o sono e atinge o seu nível mais baixo quando acorda de manhã. O processo homeostático inclui neurotransmissores como a serotonina, a noradrenalina e histamina que promovem a vigília. (Markov & Goldman, 2014).

Por outro lado, o processo circadiano (ritmo circadiano ou relógio biológico) organiza e regula o ciclo de sono-vigília (Markov & Goldman, 2014). Estes relógios circadianos seguem ritmos de oscilações fisiológicas e têm uma duração de ciclo de aproximadamente 24 horas. O hipotálamo controla o ritmo circadiano através do núcleo supraquiasmático (Brinkman et al., 2023; (Markov & Goldman, 2014). Os ritmos circadianos influenciam as funções comportamentais e fisiológicas, tais como comer, beber, temperatura corporal, secreção de neuro-hormonas e sono-vigília. O ritmo circadiano é também influenciado por fatores externos. Estes incluem exposições à luz e à escuridão, bem como sinais sociais. A retina capta os sinais luminosos e envia os impulsos elétricos para o cérebro com indicação de que está de dia. A falta de exposição à luz também é percebida através da retina. Numa situação de pouca luz, a melatonina é liberta pela glândula pineal. A melatonina, igualmente referida como a hormona da escuridão, aumenta de noite e atinge o seu pico no início da manhã. Tem efeitos diretos no mecanismo regular do sono. Do mesmo modo, o cortisol, outra hormona estimulante, aumenta em resposta à exposição à luz durante a manhã (Baranwal et al., 2023; Markov & Goldman, 2014).

Muitas hormonas são produzidas na fase do sono, como a hormona de crescimento e hormona do stress, cortisol. A hormona do stress aumenta no final da noite, na preparação para o stress antecipado do dia (Berhanu et al., 2018).

Uma área do cérebro que está envolvido na regulação do sono e da vigília, é o hipotálamo, onde se situa o núcleo supraquiasmático. Os processos circadianos e homeostáticos são responsáveis por rodar o interruptor hipotalâmico para as posições de sono e vigília (Markov & Goldman, 2014).

É essencial destacar que o ritmo circadiano e as preferências de horários para dormir ou vigília são únicos para cada pessoa, variando conforme as necessidades individuais. Estes padrões podem mudar ao longo do tempo e mesmo quando respondendo a diferentes situações (Tubbs et al., 2019).

1.3. Arquitetura do sono

O sono é um fenômeno fisiológico periódico e reversível, definido como a diminuição do estado de consciência e a limitação dos processos preceptivos. A organização normal do sono é extremamente variável de um indivíduo para outro, dependendo da relação de fatores ambientais, da idade e da predisposição genética (Dauvilliers, 2019). Dois estados fisiológicos distintos caracterizam o sono humano, o sono NREM (*Non Rapid Eye Movement*) e o sono REM (*Rapid Eye Movement*) (Dauvilliers, 2019). O sono NREM é subdividido em três fases. Cada fase representa a profundidade relativa do sono e possui características únicas em relação às ondas cerebrais, tônus musculares e movimentos oculares (Brinkman et al., 2023). Quando a arquitetura do sono é perturbada, os indivíduos não usufruem de todos os benefícios restauradores do sono. Muitos fatores podem afetar negativamente a arquitetura do sono. Esses fatores incluem a quantidade de sono, a exposição à luz, a cafeína, a exposição ao ruído, o álcool, entre outros. Uma boa arquitetura do sono inclui 4 a 5 ciclos de sono. Cada ciclo dura por volta de 90 e 120 minutos, incluindo o sono leve e profundo e é pontuado por um episódio de sono REM. Cada fase tem um papel único na manutenção das funções cognitivas do cérebro e na reparação do corpo. No entanto, é a interação de cada fase do sono, bem como o número de ciclos de sono, o que leva a um sono de melhor qualidade (Baranwal et al., 2023; Brinkman et al., 2023).

Para que o sono possa acontecer, é essencial que o tempo de vigília reduza progressivamente. A vigília é um estado no qual a pessoa está plenamente consciente, com intensa atividade cerebral, comportamental, psicológica e emocional. Neste estado, a pessoa participa em todas as atividades do dia a dia, além de gerar os pensamentos e emoções resultando em frequências cerebrais e elétricas elevadas (Tubbs et al., 2019). Também inclui funções básicas, como a respiração, o batimento cardíaco, a temperatura do corpo e a pressão arterial, além da atividade neural envolvida nesses processos (Tubbs et al., 2019). A vigília começa a reduzir gradualmente, com o início do sono. Durante o ciclo do sono, podem acontecer vários despertares curtos e aleatórios, fazendo com que a pessoa acorde por alguns instantes (Paiva & Penzel, 2011).

O início do sono é o resultado de uma transição progressiva e heterogênea de diferentes estruturas cerebrais de um estado de vigília para o sono (Dauvilliers, 2019).

A primeira fase é considerada como um sono leve que ocorre quando os olhos estão fechados, mas o indivíduo ainda pode ser facilmente despertado (Brinkman et al., 2023). É considerada a “entrada” para o sono e geralmente compreende cerca de 5% de uma noite inteira de sono. A segunda fase corresponde a um sono ligeiramente mais profundo que ocorre quando os olhos deixam de se mexer, o ritmo cardíaco reduz e a temperatura corporal baixa. Esta fase preenche cerca de 50% de uma noite de sono. A terceira fase do sono, também conhecida como o sono profundo, ondas lentas ou sono delta, é caracterizada por ondas lentas de alta amplitude e predomina a primeira metade da noite. Geralmente, ocupa 20 a 25% da noite. Esta fase é considerada a fase do sono na qual o corpo realiza grande parte do seu trabalho noturno de reparação e de reforço do sistema imunitário. É muito difícil acordar uma pessoa num sono profundo e a quantidade de sono profundo diminui frequentemente nas pessoas mais velhas (Baranwal et al., 2023).

O sono REM ocorre após a terceira fase e caracteriza-se por movimentos oculares rápidos e atonia dos músculos esqueléticos. Ocupa aproximadamente 20% de uma noite de sono normal e predomina durante a segunda metade da noite. Esta fase é frequentemente acompanhada por uma atividade mental intensa (Dauvilliers, 2019), na qual ocorrem os sonhos e a consolidação da memória. A frequência cardíaca e respiratória acelera e torna-se menos regular durante o sono REM. O primeiro período REM é curto e, à medida que a noite avança, ocorrem períodos mais longos de REM e uma diminuição do tempo em sono profundo (NREM) (Baranwal et al., 2023; Patel et al., 2024).

De um ponto de vista comportamental, o despertar define-se pelo regresso a um estado de consciência plena, de capacidade perceptiva e de interação com o meio ambiente. do ponto de vista eletrofisiológico, o despertar é definido pela transição de um estado eletrofisiológico de sono para um estado de vigília, caracterizado por uma aceleração súbita da atividade eletroencefalográfica e por um aumento do tônus muscular. É feita uma distinção entre o despertar e o microdespertar, definidos em função da sua duração (15 segundos). Na maioria dos casos, o sujeito não se apercebe deste microdespertares, que ocorrem até 10 vezes por hora na ausência de condições patológicas. (Dauvilliers, 2019)

1.4. Fatores de risco

A qualidade do sono pode ser correlacionada com diversas características demográficas, como a idade, o género, o nível de educação, o estado civil e o emprego. As doenças crónicas, psicológicas (por exemplo, depressão e ansiedade) e o tabagismo também podem afetar a qualidade do sono (Raouf & Fekry, 2024). Desta forma, a duração do sono noturno depende de uma série de “fatores ambientais, comportamentais e genéticos”. A atividade física durante o dia, a exposição à luz e ao barulho e a hora a que a pessoa se deita e se levanta afetam a duração do sono em indivíduos saudáveis. A maioria dos jovens adultos refere uma duração média de sono de 7 horas e 30 minutos nos dias de trabalho e de 8 horas e 30 minutos nos dias livres, embora exista uma variabilidade considerável. As variações extremas da duração do sono noturno definem os “dormidores curtos” (menos de 6 horas) e os “dormidores longos” (mais de 9 horas). Estas duas condições são consideradas não patológicas quando não estão associadas as repercussões do dia a dia. A duração do sono de um indivíduo depende também da sua necessidade intrínseca de sono, determinada pela idade, mas também por fatores genéticos. Estudos realizados em coortes de gémeos revelam que a duração do sono é uma característica cuja hereditariedade está estimada entre 30% e 44% nos adultos (Dauvilliers, 2019).

Nos adultos jovens e de meia-idade, o sono noturno distribui-se preferencialmente num período compreendido entre as 23 e as 8 horas. Esta distribuição do sono noturno é influenciada por fatores sociais. No entanto, alguns indivíduos definem-se como sendo de sono matinal, enquanto outros tendem a ser de sono noturno. Esta preferência é definida pelo cronótipo, que, tal como a duração do sono, é influenciado por fatores ambientais (condições sociais, educativas e profissionais) e genéticos. Vários estudos demonstraram o envolvimento de certos genes na determinação do cronótipo e das suas variantes patológicas (Dauvilliers, 2019).

Normalmente, a idade é um fator de previsão de perturbações do sono. De facto, a idade mais elevada demonstrou ser um claro indicador de risco (Schlarb et al., 2012). O risco de má qualidade do sono nas mulheres, comparado com os homens, aumenta com a idade (Schlarb et al., 2012).

Outro fator de risco pode ser o género. As mulheres têm maior prevalência de má qualidade comparando com os homens, que pode estar associado não somente com as perturbações hormonais, como também com as desigualdades e as expectativas sociais que lhes são impostas pela sociedade (Cabeza et al., 2022; Raouf & Fekry, 2024; Schlarb et al., 2012).

Para além da predisposição genética, alguns problemas do sono podem ser causados por restrições das vias aéreas superiores, a idade, os medicamentos, a dieta e os fatores ambientais

como o trabalho por turnos (Berhanu et al., 2018). O stress leva a uma excitação psicológica e fisiológica, resultando num sono perturbado. Por exemplo, a sobrecarga de trabalho faz com que o indivíduo tenha dificuldades em adormecer, dificuldades em manter o sono e promove um sono não reparador. Além disso, as pessoas que consideram o seu trabalho como agitado ou cansativo sofrem de perturbações do sono e fadiga com muito mais frequência (Schlarb et al., 2012).

O estado civil pode igualmente estar associado a uma má qualidade do sono. Cabeza et al. (2022), confirmam que os solteiros têm uma pior qualidade de sono do que os outros estados civis.

Os insuficientes rendimentos familiares, o desemprego, a má perceção da saúde, o tabagismo e a presença de comorbilidades como a hipertensão, asma, depressão e dor crónica, podem afetar a qualidade do sono (Raouf & Fekry, 2024).

Considerando os acontecimentos recentes no mundo, é importante ter em conta a pandemia da COVID-19. A pandemia não somente teve repercussões negativas no bem-estar mental das pessoas, como também teve um impacto significativo na qualidade do sono devido às restrições rigorosas que foram aplicadas. Vários estudos descrevem um aumento da duração do sono, um atraso no tempo de sono e uma redução da variabilidade do sono durante a pandemia, com um pequeno regresso gradual após terem revogados as medidas. Na revisão sistemática e meta-análise de 63 estudos, Limongi et al. (2023), concluíram que 57% dos participantes registaram uma alteração ou deterioração da qualidade do sono, durante o confinamento, com aumento de tempo necessário para adormecer, diminuição da eficiência do sono, aumento de insónias, aumento de utilização de medicamentos para dormir. Além disso, concluíram que a falta de afeto, a preocupação, mudança na rotina do trabalho como trabalhar em casa, também estão associados na qualidade do sono. Após as restrições pandémicas, as perturbações do sono demoraram alguns meses a diminuir, contudo, a qualidade do sono nunca mais voltou aos níveis pré-pandémicos. A percentagem de pessoas que dormem mal mantém-se elevada. A redução de atividade física pode ter afetado a qualidade do sono. Fatores psicológicos como um aumento da solidão, preocupações relacionadas com a pandemia, stress relacionado com a pandemia, e perturbações depressivas e de ansiedade, podem também ter contribuído para uma alteração da qualidade do sono (Limongi et al., 2023).

1.5. Perturbação do sono-vigília

Nos últimos anos, as perturbações do sono-vigília têm atraído cada vez mais atenção e são investigados com mais frequência. Os novos resultados na pesquisa sobre o sono, a ampla experiência clínica e a literatura especializada, conduziram à especialização na área da medicina do sono nas últimas três décadas (Brunner, 2020).

A *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*, é o principal texto clínico para o diagnóstico de perturbações do sono. As perturbações do sono são agrupadas em seis categorias principais: “as insónias, as perturbações respiratórias do sono, as hipersónias, as perturbações do ritmo circadiano, as perturbações do movimento e as parassónias” (*American Academy of Sleep Medicine [AASM]*, 2014).

1.5.1. Insónias

A insónia é considerada uma das perturbações do sono mais recorrente nos adultos (Hafner et al., 2023), e é caracterizada pela insatisfação com a quantidade ou a qualidade do sono, ligada a uma queixa de dificuldade para começar o sono ou manter o sono. Várias formas de insónia podem ocorrer em diferentes alturas do período do sono. A insónia do adormecimento, também insónia inicial, caracteriza-se por dificuldades em iniciar o sono ao adormecer. A insónia de manutenção caracteriza-se pelos despertares frequentes ou prolongados durante a noite. A insónia noturna, ou de meia-noite, caracteriza-se por um despertar matinal e uma incapacidade de voltar a dormir. A frequência média destas problemáticas é até cerca 30 minutos para acontecerem (AASM, 2014; *American Psychological Association [APA]*, 2013).

Estas queixas são acompanhadas por uma ansiedade acentuada ou por um funcionamento prejudicado nas áreas sociais, profissionais ou outras áreas importantes, reduzindo a qualidade de vida. Os distúrbios do sono podem ocorrer isoladamente ou no decurso de outra perturbação mental, ou condição médica (AASM, 2014; APA, 2013).

Os sintomas diurnos incluem tipicamente fadiga, humor deprimido ou irritabilidade, mal-estar geral e perturbações cognitivas (*World Health Organization [WHO]*, 2019). Alguns indivíduos apresentam sintomas físicos, como a tensão muscular, as palpitações ou as dores de cabeça. A insónia acompanha frequentemente doenças médicas comórbidas, perturbações mentais e outras perturbações de sono. Pode também surgir em “associação com o uso, abuso ou exposição a certas substâncias” (AASM, 2014).

Este distúrbio pode ser classificado como crónico se persistir durante mais de três meses, apresentando episódios que podem durar várias semanas ao longo de muitos anos. De outro

lado, é considerado de pouca duração se durar menos de três meses (WHO, 2019). A insónia é frequentemente associada a perturbações psicológicas, como ansiedade e depressão, e pode afetar indivíduos de todas as idades (APA, 2013).

1.5.2. Perturbações respiratórias do sono

As perturbações respiratórias relacionadas com o sono são caracterizadas por anomalias da respiração que surgem enquanto uma pessoa está a dormir. Estas perturbações são divididas em apneias centrais do sono, apneia obstrutiva do sono e perturbação da hipoventilação ou hipoxemia relacionadas com o sono (WHO, 2019). A apneia obstrutiva do sono é a forma mais usual de perturbações do sono relacionada com a respiração (APA, 2013).

A apneia obstrutiva do sono caracteriza-se por episódios repetidos de obstrução ou bloqueamento, ou seja, apneias e hipopneias, das vias aéreas superiores (faringe). Este bloqueamento das vias respiratórias dura pelo menos 10 segundos nos adultos e está associado à diminuição da saturação de oxigénio no sangue. Os principais sintomas são o ressonar, o engasgamento, as pausas na respiração durante o sono e a sonolência diurna (APA, 2013). Também é comum a presença de insónia, má qualidade do sono e fadiga (WHO, 2019).

1.5.3. Hipersónias ou Hipersonolências

A hipersonolência inclui sintomas relacionados com o sono excessivo, uma deterioração da qualidade vigília diurna com propensão para adormecer durante a vigília, dificuldade em acordar e incapacidade de se manter acordado quando necessário. Os indivíduos com esta perturbação adormecem rapidamente e têm uma boa eficiência do sono (APA, 2013).

Os indivíduos com sonolência excessiva podem apresentar irritabilidade, défices de concentração e atenção, vigilância reduzida, motivação reduzida, anergia, disforia, fadiga, inquietação e falta de coordenação. Nesta perturbação encontra-se outras relacionadas, como a narcolepsia, a hipersónia idiopática, a síndrome de *Kleine-Levine*, a hipersónia por efeito de uma condição médica, uso de medicamentos, perturbação mental e síndrome do sono insuficiente (WHO, 2019).

A narcolepsia caracteriza-se essencialmente por sesta recorrentes durante o dia e os ataques súbitos de sono. A sonolência deve ocorrer pelo menos três vezes por semana durante pelo menos três meses (APA, 2013). Esta perturbação é classificada em duas categorias distintas: tipo 1 e tipo 2. A narcolepsia do tipo 1 dá origem a cataplexia, que se apresenta como episódios breves, segundos a minutos, de perda súbita de controlo muscular, causada por

emoções fortes, como os risos ou as piadas. Podem ser afetados os músculos do pescoço, do maxilar, dos braços, das pernas ou de todo o corpo (AASM, 2014; APA, 2013). A narcolepsia do tipo 2 corresponde à sonolência diurna excessiva e manifestações anormais do sono REM. Aqui, não há presença de cataplexia, embora possam presenciar algumas sensações atípicas de fraqueza desencadeadas por emoções intensos, como o stress e a raiva (AASM, 2014).

A síndrome de *Kleine-Levine* corresponde a episódios recorrentes de sonolência grave associados a perturbações cognitivas, psiquiátricas e comportamentais, com uma duração cerca de 10 dias. Quando as pessoas acordam durante os episódios, a maioria delas sente-se exausta, apática, confusa e lenta a falar e responder. Durante estes episódios, as pessoas chegam a dormir até 20 horas por dia, acordando somente para atender às necessidades básicas, como a alimentação (AASM, 2014; WHO, 2019).

A síndrome do sono insuficiente corresponde ao facto de uma pessoa não conseguir obter, de forma persistente, a quantidade de sono necessária comparando com as suas próprias necessidades fisiológicas de sono para manter níveis normais de alerta e vigília, tendo como consequência a privação crónica de sono. Este padrão de sono reduzido está presente na maioria dos dias e, pelo menos, durante alguns meses. Contudo, o indivíduo mantém a capacidade para iniciar e manter o sono (AASM, 2014; WHO, 2019). Esta perturbação tem como consequências deterioramento das funções cognitivas, da qualidade de vida e da produtividade. Existe igualmente um declínio a nível das emoções e comportamentos revelando sintomas como a raiva, depressão, ansiedade, confusão mental, desorientações temporal e espacial, fadiga, diminuição do humor, baixa energia, agressões físicas ou verbais, redução de memória e da capacidade de realizar tarefas (Santos-Coelho, 2020).

1.5.4. Perturbações do ritmo circadiano

As perturbações do ritmo circadiano do sono-vigília envolvem interrupções frequentes do sono causadas por um desequilíbrio no ritmo circadiano. Aqui, existe um atraso no início do ciclo do sono, devido a causas internas ou externas, incluindo fatores ambientais ou profissionais (WHO, 2019).

Esta perturbação divide-se em vários subtipos. O atraso de fase do sono que corresponde a uma persistência de atraso na hora de iniciar o sono e de despertar, ou seja, existe uma incapacidade para adormecer ou acordar à hora desejada. O avanço de fase do sono representa a incapacidade de um indivíduo permanecer acordado ou a dormir até à hora que planeia. O sono-vigília irregular equivale ao sono-vigília desorganizado temporalmente. O sono-vigília

diferente de 24 horas, é aquele que não está sincronizado com o meio ambiente de 24 horas com desvio diário da hora de acordar e adormecer. Tipo trabalho por turnos no qual a pessoa trabalhando por turnos apresenta ter insónias na hora de dormir ou sonolência excessiva durante a vigília (APA, 2013).

1.5.5. Perturbações do movimento

As perturbações do movimento relativas com o sono caracterizam-se principalmente por movimentos não planeados e inconscientes que perturbam a duração do sono e o seu início (WHO, 2019).

Nesta perturbação encontra-se a síndrome das pernas inquietas, uma perturbação do sono neuromotora e neurológica, caracterizada pelo desejo de mexer as pernas ou os braços, acompanhada por sensações de formiguelo e comichão. Os sintomas costumam de se agravar quando o indivíduo está em repouso, ocorrem movimentos das pernas para avaliar as sensações desagradáveis e frequentemente só acontece ao fim da tarde ou à noite (APA, 2013). Os sintomas podem provocar sofrimentos significativos ou perturbações nas áreas importantes da vida de um indivíduo como no funcionamento pessoal, familiar, social, educativo e profissional (WHO, 2019).

1.5.6. Parassónias

Esta perturbação é caracterizada por comportamentos, experiências ou fenómenos fisiológicos anormais que aconteceram durante o sono, as fases particulares do sono ou as transições sono-vigília (APA, 2013). Pode haver presença de movimentos complexos, comportamentos, emoções, perceções, sonhos e atividade do sistema nervoso autónomo anormais relacionados com o sono (WHO, 2019). As parassónias mais comuns são as perturbações da excitação do sono NREM e as perturbações comportamentais do sono REM (APA, 2013).

As perturbações da excitação do sono NREM são muito frequentes na população geral. A sua principal característica é a ocorrência repetida de despertares incompletos, geralmente durante a primeira parte do período do sono principal. São geralmente curtos, com uma duração de um a dez minutos, mas podem ser prolongados até uma hora. Os olhos estão geralmente abertos (APA, 2013).

O sonambulismo define-se por repetição de movimentos complexos que ocorrem a dormir e durante os quais o indivíduo pode sair da cama e começar a passear. Esta problemática

pode começar na qualquer fase do sono NREM, mas mais frequente no primeiro terço da noite. O indivíduo mostra uma diminuição do estado de alerta e da reatividade, nenhuma expressão facial e não reage às pessoas que tentam comunicar com ele ou tentam acordá-lo. Quando o indivíduo acorda, tem apenas uma breve memória sobre o episódio, manifestando um breve período de confusão e de dificuldades de orientação. A seguir, as funções cognitivas e comportamentais recuperam totalmente (APA, 2013).

Os terrores noturnos, também conhecido como o pavor noturno, representam uma característica essencial que é a repetição de despertares súbitos, que começam geralmente com um grito ou um choro assustado. Muitas das vezes a pessoa senta-se de repente na cama e começa a gritar ou a chorar, mostrando expressões de medo e sinais de ansiedade intensa, como taquicardia, sudorese, dilatação pupilar. É difícil acordar e confrontar uma pessoa durante estes episódios. Quando a pessoa acorda, lembram-se apenas de algumas partes do episódio (APA, 2013).

As parassónias relacionadas com o sono REM caracterizam-se por movimentos complexos, paralisia do sono ou pesadelos, associados ao sono REM (WHO, 2019).

Os pesadelos são geralmente episódios longos com imagens de sonho bem elaboradas parecidas a histórias. Parecem histórias reais e podem gerar ansiedade, medo ou outras emoções disfóricas. Os pesadelos acontecem durante o sono REM, sendo provável ocorrerem na segunda metade do sono, quando os sonhos são mais longos e mais intensos. Os fatores que aumentam a intensidade do sono REM no início da noite, como a privação do sono, o *jet-leg* e o uso de medicação que induz o sono REM, podem facilitar o surgimento de pesadelos no início da noite. Quando a pessoa acorda, encontra-se num estado de alerta total, mas as emoções disfóricas podem persistir durante o estado de vigília e levar à dificuldade de voltar a dormir. Alguns pesadelos não fazem a pessoa acordar e só são recordados mais tarde (APA, 2013).

Se os pesadelos surgirem durante o sono REM no início do ciclo do sono, o indivíduo apresentará emoções disfóricas, geralmente acompanhadas pela sensação de estar acordado e incapacidade de se mexer voluntariamente (paralisia do sono) (APA, 2013).

1.6. Qualidade do sono nos psicólogos

Os psicólogos clínicos e psicoterapeutas têm uma responsabilidade fundamental pelos seus pacientes. Isto inclui entre outras competências, ter empatia com a pessoa humana (Schlarb et al., 2012). O psicólogo ou psicoterapeuta usa técnicas terapêuticas no processo do cliente,

mostrando a importância do profissional necessitar de uma autoconsciência e atenção plena (Schlarb et al., 2012).

Os resultados do estudo conduzido pelos autores Schlarb et al. (2012), numa amostra de 774 psicoterapeutas, indicam que os problemas de sono são frequentes entre estes profissionais de saúde, com 44% relatando dificuldades para dormir. Adicionalmente, a insónia está relacionada a uma menor satisfação com a vida e bem-estar. Estes resultados correspondem a outros estudos que mostram uma associação entre a insónia e a redução de qualidade de vida (Schlarb et al., 2012).

Adicionalmente, outra investigação que pretendeu analisar a qualidade de sono, numa amostra que 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas, concluiu que 44,4% dos psicólogos apresentaram uma má qualidade de sono e que 14,5% dos profissionais apresentaram sofrer de uma perturbação de sono (Pereira, 2023).

O sono é identificado como sendo essencial nas práticas de autocuidado dos psicólogos. Uma boa qualidade do sono reflete níveis altos de autocuidado, e baixos níveis de stress e *burnout* nos psicólogos. Psicólogos com níveis altos de stress no trabalho, inclinam-se a ter uma pior qualidade do sono. A carga de trabalho como a complexidade dos casos, podem levar a problemas de insónia, aumentando o risco de *burnout*. Além disso, a privação do sono ou a má qualidade do sono pode ter consequências na prática clínica (Rupert & Dorociak, 2019).

O trabalho intenso e emocional dos psicólogos pode afetar negativamente a qualidade do sono. Eles lidam, frequentemente, com histórias e temas pesados e emocionais que podem causar um stress crónico, manifestando-se por dificuldades em adormecer, insónias, sono interrompido, comprometendo a saúde mental e física (Norcross & VandenBos, 2018).

O trabalho do psicólogo envolve passar algumas horas isolado num consultório com muito pouca atividade física e privação de contacto com o exterior. O indivíduo pode sentir-se sonolento e desconcentrar-se durante a sessão. As desistências dos clientes e a dificuldade de estabelecer uma relação terapêutica com o cliente pode igualmente influenciar a qualidade do sono do psicólogo. Os profissionais tendem a sentir-se ansiosos nestas situações o que complica a qualidade do sono (Norcross & VandenBos, 2018; Rokach & Boulazreg, 2020).

A privação ou falta do sono pode reduzir a capacidade de concentração, de memória, de regulação emocional, impactando a capacidade de empatia, das decisões clínicas adequadas, manter uma presença consistente e influenciando negativamente a qualidade das sessões. Assim sendo, é importante adaptar uma boa higiene do sono, como manter uma rotina regular do sono, criar um ambiente para um bom descanso, evitar estimulantes antes de dormir e realizar técnicas de relaxamento para se desligar mentalmente do trabalho no final do dia. É essencial deixar o

trabalho no escritório, evitando levar os problemas dos clientes para casa. Esta separação da vida de trabalho e vida privada é fundamental para melhorar a qualidade do sono e garantir que o profissional esteja a descansar e renovar as suas energias para as suas próximas sessões (Norcross & VandenBos, 2018; Rupert & Dorociak, 2019).

Os recursos pessoais, a autonomia e oportunidades de aprendizagem são descritos pelos terapeutas como fatores de resiliência relativamente às dificuldades de sono. As pessoas que estão satisfeitas com o trabalho relatam menos problemas de sono do que as pessoas que lutam com o seu trabalho. Além disso, o esforço mental no trabalho prevê as perturbações do sono (Schlarb et al., 2012).

Uma qualidade do sono eficaz é importante, pois impacta a eficiência e a qualidade do trabalho do profissional da saúde mental. É igualmente importante observar que existe uma escassez de estudos em relação a como a qualidade do sono impacta e afeta os profissionais de saúde mental, especialmente os psicólogos clínicos. Desta forma, uma pesquisa com esta população torna-se crucial para ampliar o entendimento e o conhecimento sobre o bem-estar psicológico desses profissionais.

Capítulo 2 | Qualidade de vida Profissional

A qualidade de vida profissional é avaliada por cada indivíduo, baseando-se no que sente em relação ao seu trabalho enquanto ajudante. Tanto aspectos positivos como negativos têm impacto na sua avaliação. Indivíduos que desempenham funções em profissões de auxílio têm capacidade de lidar com situações de crise a nível individual, comunitário, nacional ou internacional. Estes profissionais trabalham como assistentes sociais, professores, advogados, polícias, bombeiros, auxiliares de limpeza em locais de catástrofe e outros que prestam auxílio no momento do acontecimento ou em momentos posteriores (Stamm, 2010). Os profissionais de saúde alterados podem apresentar sintomas físicos e emocionais, a saber, a exaustão, a diminuição de energia e a não habilidade em sentir empatia pelos outros, fatores que sugerem reduzir a qualidade de vida no trabalho (Harris & Griffin, 2015; Torres et al., 2019).

A qualidade de vida no âmbito profissional abrange dois elementos. Por um lado, o positivo, a saber, a satisfação por compaixão; e, por outro lado o negativo, ou seja, a fadiga por compaixão. A fadiga por compaixão engloba componentes como a exaustão, frustração, raiva e depressão, que são típicos do *burnout* e do stress traumático secundário (De Souza et al., 2019; Stamm, 2010).

2.1. Satisfação por compaixão (SC)

A variável satisfação por compaixão está relacionada com a satisfação obtida ao desempenhar eficazmente as responsabilidades profissionais. Por exemplo, quando um indivíduo experimenta alegria ao auxiliar outros por meio do seu trabalho, pode estar a nutrir uma perspetiva positiva relativamente aos seus colegas, à sua habilidade de colaborar para o ambiente de trabalho e para o bem-estar mais amplo da sociedade (De Souza et al., 2019; Stamm, 2010).

2.2. Fadiga por compaixão (FC)

A variável fadiga por compaixão engloba componentes como *burnout* (BO) e o stress traumático secundário (STS). A ciência preconiza que indivíduos que oferecem apoio a pessoas expostas a traumas, expõem-se a manifestações de sintomas adversos relacionados ao *burnout*, depressão e stress pós-traumático (Timofeiov-Tudose & Măirean, 2022; Stamm 2010).

Segundo Stamm (2010), o *burnout* está ligado a sentimentos tais como desespero e desafios para se envolver com o trabalho ou desempenhá-lo de maneira eficiente, que geralmente se desenvolvem gradualmente. Esses sentimentos adversos podem manifestar a

sensação de que a dedicação investida não gera impacto significativo, ou podem estar relacionados a uma carga de trabalho excessiva, a um ambiente profissional carente de suporte e a poucas ou nenhuma horas de supervisão (Fatahi et al., 2022; Reis et al., 2020; Stamm, 2010).

O *burnout* é um desafio de saúde pública, que afeta particularmente as profissões de saúde. Esta problemática foi definida em 1970 como uma reação ao stress prolongado relacionado com o trabalho, especialmente vivido por pessoas que trabalham em profissões de saúde. Engloba três reações diferentes: “exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal” (Guiraa et al., 2022; Maslach et al., 2001). O *burnout* está associado a vários problemas de saúde, tais como depressão, insónia e problemas cardiovasculares. As consequências comuns desta problemática, como a depressão e outros problemas de saúde psicológica, podem impactar negativamente o funcionamento do local de trabalho e na segurança dos pacientes (Spännargård et al., 2022).

O stress traumático secundário é uma sensação negativa, desencadeado pelo medo e pelos traumas que envolvem o ambiente profissional. Certas experiências traumáticas no ambiente de trabalho podem ser classificadas como traumas diretos (primários). Em outras circunstâncias, podem surgir de uma combinação entre traumas primários e secundários (De Souza et al., 2019; Stamm, 2010; Timofeiov-Tudose & Măirean, 2022).

O stress traumático secundário abrange a exposição secundária, no ambiente profissional, a pessoas que experienciaram momentos extremamente stressantes ou traumatizantes. As suas repercussões negativas incluem o medo, as perturbações do sono, os pensamentos intrusivos ou a tendência de silenciar memórias dolorosas (De Souza et al., 2019; Stamm, 2010).

Há consenso na literatura de que a fadiga por compaixão é um fator de risco para a saúde mental dos profissionais da saúde. Num estudo levado em Portugal, com 221 enfermeiros de oncologia, 24,9 % mostrar níveis altos de fadiga por compaixão, enquanto 26,8 % demonstraram baixos níveis de satisfação por compaixão (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Torres et al., 2019).

2.3. Qualidade de vida profissional dos psicólogos

A profissão de psicólogo clínico exige um grande esforço, energia, concentração, paciência e bondade (Guiraa et al., 2022). Estudos recentes indicam que mais de 80% dos

psicólogos relatam uma prevalência de dificuldades relacionadas com saúde mental ao longo das suas vidas (Kercher & Gossage, 2024).

Antes de mais, é necessário percebermos os princípios de compaixão e empatia. A compaixão exerce um papel central na relação terapêutica entre o terapeuta e o cliente. Segundo Carl Rogers (1961), a interação interpessoal realça condições fundamentais para a psicoterapia, como a disponibilidade do terapeuta, um cliente passando por algum problema ou dificuldade, a congruência do terapeuta, as respostas de compreensão empática, a consideração positiva incondicional, o cuidado do terapeuta em ser positivo e receptivo no que diz respeito ao processo que o seu cliente está a viver, e a compreensão empática que o cliente transmite (Amaro & Bizarro, 2016). Demonstrar compaixão, portanto, implica ter habilidade empática, que envolve componentes cognitivos, emocionais e comportamentais. A empatia permite compreender os estados emocionais do outro, e inferir os seus pensamentos e sentimentos, sem os vivenciar pessoalmente. Assim, a empatia é essencial e fortalece relação terapêutica. Permite-nos aceder à subjetividade dos outros através de um modo de pensar que envolve conhecimento implícito. (Amaro & Bizarro, 2016; Guiraa et al., 2022).

Respostas positivas dos clientes aumentam a moral do profissional da saúde mental e colaboraram para a melhoria da qualidade do seu trabalho, proporcionando uma sensação de realização. Da mesma forma, níveis elevados de resistência, o uso de estratégias de *coping* eficazes e as práticas de autocuidado, garantem uma boa qualidade de vida profissional. Pelo contrário, baixa empatia e estratégias de *coping* inadequadas afetam negativamente essa qualidade. A exposição constante aos traumas vivenciados pelos clientes, aumenta o risco de fadiga por compaixão em psicólogos, tornando-os mais suscetíveis à exaustão e ao desgaste emocional desencadeados pela traumatização deslocada (Justin et al., 2023).

Um estudo constituído por uma amostra de psicólogos clínicos revelou que psicólogos com níveis altos de satisfação por compaixão tendem a apresentar níveis baixos ou moderados de *burnout* e stress traumático secundário. Isto deve-se ao facto de oferecerem apoio aos outros, contarem com o suporte dos seus colegas, demonstrarem resiliência e manterem relações terapêuticas sólidas com os seus clientes. Porém, indivíduos com altos níveis de *burnout* e stress traumático secundário geralmente mostram níveis baixos de satisfação por compaixão, o que pode ser atribuído à exaustão no trabalho, a sensações de inutilidade e preocupações associadas. Ainda assim, os psicólogos clínicos podem experienciar a fadiga por compaixão, mas continuar a encontrar recompensas na sua profissão e no seu trabalho (Amaro & Bizarro, 2016).

Adicionalmente, Kercher & Gossage (2024) descobriram, na sua pesquisa com psicólogos, que a fadiga por compaixão está ligada a uma menor satisfação por compaixão e

resiliência. Isto pode indicar que estes profissionais não estão satisfeitos com o seu trabalho, nem se sentem confiantes para lidar com os desafios que enfrentam. Desta forma, a satisfação e a resiliência mostram ser fatores protetores da fadiga por compaixão (Kercher & Gossage, 2024).

Além disso, um maior nível de experiência (16-20 anos) também está associado a uma maior proteção contra a fadiga por compaixão. Isto pode ser parcialmente explicado pelo "efeito de sobrevivência", no qual indivíduos que são mais propensos ao *burnout* tendem a desistir da profissão no início das suas carreiras. Os profissionais que conseguiram desenvolver estratégias adaptativas e gerir o stress permanecem nos seus locais de trabalho com taxas mais baixas de *burnout* (Kercher & Gossage, 2024). Um psicólogo clínico com mais experiência apresenta níveis mais elevados de satisfação por compaixão (Clark et al., 2021; Hammond et al., 2018). Os autores Garner et al. (2023) também afirmam que os psicoterapeutas e psicólogos clínicos com menos experiência tendem a enfrentar maior risco de sofrimento psicológico, *burnout* e experimentam níveis mais baixos de satisfação por compaixão do que os que têm mais experiência (Garner et al., 2023).

Por um lado, a satisfação por compaixão em psicólogos está igualmente associada à terapia pessoal e à supervisão, sugerindo que ambas exercem um papel fundamental na qualidade de vida profissional (Clark et al., 2021). Os profissionais, que trabalham em consultórios privados, apresentam níveis de satisfação por compaixão mais altos do que os que trabalham em consultórios públicos. As pessoas que relataram menos satisfação por compaixão também relataram mais sintomas de depressão e mais fadiga por compaixão (Kercher & Gossage, 2024; Spännargård et al., 2022).

Os profissionais com um histórico de trauma tendem a envolver-se demasiado nos casos e a ter empatia excessiva com as dificuldades dos seus clientes, podendo subsequentemente aumentar o risco de uma resposta traumática secundária. O envolvimento excessivo e a falta de limites estão associados a um maior stress relacionado com o trabalho (Leung et al., 2023). Os psicólogos, que passam mais tempo com clientes traumatizados, que foram expostos mais frequentemente a detalhes gráficos do trauma, têm maior probabilidade de desenvolver stress traumático secundário (Diehm et al., 2019). No entanto, os psicólogos que participam nas supervisões e que têm um forte nível de apoio social da família, amigos e colegas, têm menor probabilidade de desenvolver sintomas de stress traumático secundário e *burnout* (Diehm et al., 2019; Spännargård et al., 2022).

No estudo de Spännargård et al. (2022) com 327 psicoterapeutas, 62% relataram níveis moderados ou elevados de sintomas de *burnout*. Ser do sexo feminino, ter autoperceção de

competências e trabalhar no setor público, foram agregados a níveis mais elevados de *burnout* (Spännargård et al., 2022). Noutro estudo qualitativo de oito psicoterapeutas que trabalham num consultório privado, alguns participantes, sofrendo de *burnout*, apresentaram uma crise de identidade profissional, questionando-se sobre as suas capacidades de realizar os seus trabalhos de forma eficaz (Finan et al., 2022). Vários estudos confirmam que as mulheres reportam maior *burnout* do que os homens. Os níveis elevados de esgotamento podem ser explicados por fatores como diferentes responsabilidades no local de trabalho, situação familiar, obrigações sociais ou tensões económicas, que tendem a estar mais relacionados com as mulheres do que com os homens. O sentimento de inadequação é um fator de risco para o stress relacionado com o trabalho (Spännargård et al., 2022).

Os profissionais clínicos nos serviços de saúde mental estão expostos a um elevado grau de stress relacionado com o trabalho (Spännargård et al., 2022).

Adicionalmente, o ambiente de trabalho, o número de total de horas de trabalho e a idade mais jovem são fatores de risco para o *burnout*. A carga de trabalho e as elevadas exigências nos locais de trabalho de saúde mental, e na prática privada, são igualmente considerados como fatores de risco importantes para o *burnout* (Spännargård et al., 2022). Os psicólogos que se encontram com paciente em sofrimento podem ser afetados pelos seus estados emocionais e podem sentir-se frustrados por não conseguirem satisfazer as necessidades de todos os pacientes (Spännargård et al., 2022).

As sessões de terapia nem sempre são uma experiência gratificante para os profissionais, e a maioria tem experiências de clientes que não conseguiram ajudar. Essas experiências podem levar à frustração e a sentimentos de inadequação que podem, por si, levar ao stress e à fadiga (Spännargård et al., 2022). Além disso, numa meta-análise que investigou o *burnout* nos psicoterapeutas, verifica-se que o envolvimento excessivo está fortemente associado à exaustão emocional (Lee et al., 2011). Noutra meta-análise os autores Lee et al. (2020), mostraram que os contactos negativos com os clientes (por exemplo, comportamentos agressivos, perigosos e ameaçadores por parte dos clientes) é um forte fator de *burnout* (Lee et al., 2020).

Os psicoterapeutas que trabalham em consultório privado têm um nível mais elevado de controlo sobre as suas condições de trabalho do que os que trabalham em clínicas públicas (Spännargård et al., 2022). Os psicólogos que trabalham num consultório privado sentem que as expectativas dos seus clientes são mais importantes do que do seu próprio bem-estar com uma falta de educação sobre o autocuidado. O envolvimento do cliente e as exigências de empatia podem ter um papel no *burnout* (Simionato & Simpson, 2018).

A pandemia da COVID-19 faz parte dos potenciais fatores de risco que pode impactar a qualidade de vida profissional dos psicólogos clínicos. Apesar da mesma não estar ativa a 100% hoje em dia, as suas implicações podem ter repercussões no futuro, incluindo a saúde físico e psicológica. Os psicólogos clínicos confrontam-se com fatores stressantes e traumáticos, expondo-os a um risco elevado de ansiedade e exaustão, que podem conduzir a sofrimento psicológico, sintomas depressivos ou perturbação de stress pós-traumático durante e após uma crise pandémica (Guiraa et al., 2022).

Durante esta crise os profissionais confrontaram-se com o esgotamento dos recursos emocionais e com dificuldade de gestão emocional. Estes psicólogos tornaram-se incapazes de realizar as suas múltiplas tarefas (trabalho, vida familiar, vida social, etc.), o que pode ter conduzido ao *burnout*. Esta problemática não pode acontecer nesta população, pois a sua missão fundamental é fazer com que a dimensão psíquica da pessoa seja reconhecida e respeitada. O seu trabalho incide sobre a componente psíquica dos indivíduos e a escuta clínica é uma competência profissional que exige um bom estado psicológico para melhor ajudar os pacientes. Parece que o fenómeno do esgotamento afetou principalmente os psicólogos clínicos em exercício no sector público durante a Covid-19, que estavam sujeitos a grandes exigências mentais, emocionais e afetivas e que investiram uma grande responsabilidade em relação aos outros, o que teve um impacto na sua empatia (Guiraa et al., 2022).

A perceção de um clima positivo no trabalho e uma boa liderança estão associados a níveis mais baixos de *burnout*. Um fator que é considerado protetor contra o *burnout* é a perceção de que se tem em relação aos recursos, competências e oportunidades para ajudar os seus clientes de forma relevante. O conhecimento e os anos na profissão, assim como a confiança em relações de longo prazo são fatores de proteção contra o *burnout*. O facto de os profissionais experientes desenvolverem estratégias de enfrentamento, podem protegê-los do *burnout*, ou que as pessoas que não conseguem lidar com o trabalho procurem outras carreiras. (Spännargård et al., 2022).

Um profissional que conhece os seus níveis de competências, diminui o impacto dos contactos negativos com os clientes. Um psicoterapeuta que se apercebe de que tem competência para ajudar os pacientes é suscetível de sentir menos ansiedade, mais satisfação no trabalho e menor stress (Hammond et al., 2018; Lee et al., 2020).

Desta forma, é crucial conhecer as características que influenciam o risco e a proteção contra a fadiga por compaixão entre os profissionais de saúde. Compreender estes aspetos é fundamental para promover a saúde, prevenir o desgaste e tornar a recuperação mais acessível para estes profissionais (Torres et al., 2019).

Capítulo 3 | Relação entre as variáveis

Existem vários artigos científicos que comprovem uma relação entre a qualidade do sono e a qualidade de vida profissional.

As problemáticas relacionadas com o sono são comuns em psicólogos e psicoterapeutas. Schlarb et al., (2012), confirmam que a insónia corresponde a um aumento de fadiga e diminuição de atenção e da satisfação no trabalho. Quanto maior for a satisfação com a vida, mais especificamente, a satisfação com o trabalho, menor serão os riscos de perturbações do sono. Desta forma, a satisfação com o trabalho demonstra ser um fator de resiliência (Schlarb et al., 2012).

Além disso, o stress profissional está correlacionado com perturbações do sono. Por um lado, indivíduos com uma carga de trabalho elevado apresentam sofrer de insónias. Por outro lado, as pessoas que estão satisfeitas com os seus trabalhos relatam menos problemas de sono do que aquelas que lutam com os seus trabalhos. O esforço psicológico no trabalho também leva ao desenvolvimento das problemáticas em relação ao sono (Schlarb et al., 2012).

Adicionalmente, uma melhor qualidade do sono, maior satisfação no trabalho, mais experiências clínicas, satisfação com a vida e apoio social, são preditores de níveis mais altos de satisfação por compaixão. Sentimentos de competência e realização em relação à profissão, podem impactar o desenvolvimento da satisfação por compaixão (Wang et al., 2020).

Por outro lado, a fadiga por compaixão está associada a fatores demográficos (por exemplo, idade, estado civil, género, ter filhos), relacionados com o trabalho (por exemplo, tempo de trabalho e exposição à violência) e comportamentais (por exemplo, uso de substâncias, duração do sono e exercício) (Lykins et al., 2021). Os profissionais de saúde com maior risco de desenvolver fadiga por compaixão são do sexo feminino, com maior idade e pior qualidade do sono (Filipponi et al., 2022).

Assim, a fadiga por compaixão aumenta o risco de desenvolvimento de perturbações de stress traumático secundário, ansiedade, depressão e perturbações do sono nos profissionais de saúde (Filipponi et al., 2022). Uma má qualidade do sono é um fator importante para o desenvolvimento de *burnout* e de stress traumático secundário (Lykins et al., 2021).

Assim sendo, a satisfação no trabalho e a qualidade do sono determinam os níveis de *burnout*, sendo que níveis elevados de *burnout* estão associados a uma pior qualidade do sono. Indivíduos com stress traumático secundário têm frequentemente dificuldades em dormir, sofrem alterações nos seus hábitos de dormir (Koştu et al., 2024) e trabalham mais horas (Rayani et al., 2024; Wang et al., 2020). Enquanto a satisfação no trabalho pode diminuir o stress traumático secundário e o *burnout* (Wang et al., 2020).

O stress traumático secundário pode ter efeitos negativos na qualidade do sono devido a sentimentos de medo, “pensamentos intrusivos e comportamento de evitação” de lembranças das vivências traumáticas dos clientes (Batalha et al., 2020).

A variável qualidade de vida profissional, mais precisamente à satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário, estas variáveis podem estar igualmente relacionadas entre elas. Uma pessoa com um nível elevado de satisfação por compaixão apresenta níveis baixos de *burnout* e de stress traumático secundário. Esta pessoa recebe um reforço positivo do seu trabalho. Outra pessoa com nível alto de *burnout*, pode apresentar níveis baixos de satisfação por compaixão e de stress traumático secundário. Esta pessoa sente-se ineficaz no seu trabalho. Da mesma forma, uma pessoa com níveis altos de stress traumático secundário, pode apresentar níveis baixos de *burnout* e de satisfação por compaixão. Estas pessoas são dominadas por uma experiência negativa no trabalho, caracterizada pelo medo, quando relacionadas com casos de clientes que vivenciaram um evento traumático. Por outro lado, um indivíduo pode experienciar níveis altos de stress traumático secundário e satisfação por compaixão, com níveis baixos de *burnout*. Estes indivíduos são eficazes nos seus trabalhos, pois sentem que os seus trabalhos são importantes. No entanto, são extremamente receosos devido aos seus envolvimento com os outros. O stress traumático secundário elevado é marcado por pensamentos, sentimentos e memórias das experiências traumáticas dos outros misturados com as suas próprias experiências. Por último, os indivíduos que sofrem de níveis altos de stress traumático secundário e *burnout*, apresentam baixos níveis de satisfação por compaixão. Indivíduo não somente se sente sobrecarregada e inútil no seu ambiente de trabalho, mas como também se sente assustada (Stamm, 2010).

Em qualquer uma destas situações, a qualidade do sono, sendo uma componente vital para a vida de um ser humano, é sempre impactada, seja ela de forma positiva ou negativa.

Considerando as informações das variáveis em estudo e as suas implicações, destaca-se um interesse particular em estudar estas variáveis nesta população, a saber os psicólogos clínicos, devido às características especiais da sua profissão, tanto a nível das relações como do profissionalismo (Guiraa et al., 2022; Kercher & Gossage, 2024).

Contudo, é importante destacar que as pesquisas e investigações relacionadas com a qualidade do sono, a sua relação com a qualidade de vida profissional, como também as suas implicações em profissionais de saúde mental, são bastante escassas. Por este motivo, é fundamental realizar mais estudos para ampliar o conhecimento e a compreensão da saúde psicológica nos psicólogos clínicos.

Parte II – Metodologia da Investigação

Capítulo 4 | Metodologia

O presente capítulo procura detalhar a metodologia para a condução da presente investigação. Inicialmente, é contextualizado a problemática da pesquisa, seguida pelo delineamento do estudo, os objetivos gerais e específicos, a elaboração das hipóteses, a apresentação dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados e finalmente, o procedimento da coleta e análise de dados.

4.1. Pertinência do estudo e Definição do Problema

Nos últimos anos, a saúde mental dos psicólogos clínicos tem sido um tema de grande interesse devido ao aumento dos níveis de stress e exaustão vivenciados nesta profissão. Estes profissionais lidam com uma carga emocional significativa devido ao contacto constante com clientes em sofrimento. Isto pode provocar efeitos adversos sobre o bem-estar dos psicólogos, como as alterações a nível da qualidade do sono, da satisfação e da fadiga por compaixão.

A qualidade do sono dos psicólogos pode ser prejudicada pelo stress, afetando diretamente a eficácia do seu trabalho, como o seu bem-estar físico e mental. A má qualidade do sono está correlacionada com várias consequências negativas, como a diminuição da atenção, da memória e da regulação emocional (Åkerstedt & Wright, 2009; Norcross & VandenBos, 2018). Estudos comprovam que a privação do sono pode agravar os sintomas da fadiga, aumentar o risco de esgotamento emocional e prejudicar a qualidade da interação terapêutica (Buysse, 2014; Schlarb et al., 2012).

Além disso, a satisfação no trabalho é um fator essencial para a saúde mental dos profissionais. Psicólogos com níveis mais elevados de satisfação por compaixão, tendem a experienciar menos episódios de *burnout* e melhor qualidade de vida (Amaro & Bizarro, 2016; Garner et al., 2023; Graham & Shier, 2010). O contrário, pode afetar a saúde mental dos profissionais, como também o seu desempenho profissional (Cieslak et al., 2014).

Por outro lado, a fadiga por compaixão é um estado emocional caracterizado pela exaustão mental como resultado da empatia continua com as problemáticas dos clientes (Stamm, 2010). Este desgaste emocional pode comprometer a qualidade do atendimento ao cliente e impactar a satisfação pessoal e profissional, criando um ciclo de exaustão que põe em causa a eficácia do trabalho (Guiraa et al., 2022; Ray et al., 2013).

Desta forma, esta investigação pretende pesquisar a relação entre estas três variáveis em psicólogos clínicos. A necessidade de estudar estas relações torna-se evidente tendo em conta os potenciais impactos na saúde mental e na prática clínica, o que levanta a seguinte questão:

Será que se verifica uma associação entre a qualidade do sono, a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos?

4.2. Delineamento do estudo

O atual estudo está vinculado ao projeto de investigação sobre a qualidade do sono, supervisionado pela Professora Doutora Ana Gomes, no contexto do CIP-UAL. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter transversal. A abordagem quantitativa caracteriza-se pela coleta e análise de dados numéricos com o objetivo de testar as hipóteses e determinar as relações entre as variáveis em estudo, permitindo uma análise objetiva (Creswell, 2014).

Além disso, o desenho transversal corresponde ao levantamento de dados realizado num único momento, com objetivo que explorar associações entre variáveis sem recorrer a intervenções experimentais (Creswell, 2014). Para a recolha de dados utilizou-se três questionários de autorrelato, incluindo um questionário sociodemográfico, para avaliar as variáveis psicológicas estudadas no âmbito do estudo. Os questionários, disponibilizados online, seguiram uma estrutura com respostas pré-definidas, o que permite a coleta rápida e eficiente de uma grande quantidade de informações e o anonimato dos participantes. Os dados numéricos obtidos, contribuíram para a interpretação e análise dos resultados conforme as hipóteses propostas.

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo Geral

Esta investigação tem como objetivo geral analisar a associação entre a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

4.3.2. Objetivos Específicos

Relativamente aos objetivos específicos, são alistados os seguintes:

Objetivo 1: Analisar a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Objetivo 2: Verificar se existem associações entre as variáveis da qualidade do sono e da qualidade de vida profissional em psicólogos clínicos.

Objetivo 3: Verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais.

4.4. Hipóteses de Estudo

Consoante a revisão de literatura apresentada no início deste estudo, é fundamental pesquisar, estudar e responder à problemática de investigação, tomando apoio nos objetivos pretendidos. Neste sentido, são elaboradas as seguintes hipóteses da investigação, a saber:

Hipótese 1: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, menor a satisfação por compaixão em psicólogos clínicos.

Hipótese 2: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com a satisfação por compaixão.

A qualidade de sono é fundamental para o bom funcionamento do cérebro. Como explorado anteriormente, sabe-se, pelas investigações científicas, que dormir pouco e a diminuição de níveis de sono, afeta o bem-estar psicológico, bem como a segurança, a satisfação no trabalho e o desempenho. Os problemas de sono reduzem o autocontrolo e aumentam a hostilidade, o que leva a que a pessoa se desvie do foco do seu trabalho (Yeh et al., 2020). A insónia, fazendo parte de uma das perturbações do sono e dando indicação que a pessoa apresenta igualmente uma má qualidade de sono, está, segundo Yeh et al. (2020), negativamente correlacionada com a satisfação por compaixão.

Segundo Figueiredo (2020), os indivíduos que demonstram uma boa qualidade de sono e que não sofrem de qualquer perturbação de sono, sentem-se mais realizados e satisfeitos com os seus trabalhos do que os indivíduos que apresentam dificuldades em dormir e uma má qualidade de sono. Da mesma forma, os indivíduos, que se sentam satisfeitos com os seus trabalhos com a outra pessoa, também dormem melhor de noite apresentando uma boa qualidade de sono. Assim sendo, a satisfação com o trabalho demonstra ser um fator de resiliência para uma boa qualidade de sono (Schlarb et al., 2012).

Além disso, experimentando um sono de qualidade, sentir-se mais realizado no ambiente de trabalho, estar satisfeito com a vida e presenciar de um grande apoio e suporte social, são fatores que indicam maiores níveis de satisfação por compaixão (Wang et al., 2020).

De acordo com estas informações, justifica-se as duas primeiras hipóteses, em que quanto pior a qualidade de sono, menor a satisfação por compaixão, ou seja, existe uma

associação negativa entre a má qualidade de sono e a satisfação por compaixão. Além disso, os níveis da qualidade de sono explicam os níveis da satisfação por compaixão.

Hipótese 3: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior o *Burnout* em psicólogos clínicos.

Hipótese 4: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

A má qualidade de sono e a diminuição da duração do sono estão associadas a níveis mais elevados de percepção de stress e têm um impacto negativo na qualidade de vida. Os profissionais de saúde são identificados como uma população de alto risco para uma má qualidade de vida (Shubayr et al., 2022).

Segundo Akerstedt et al. (2009), o facto de uma pessoa não dormir, presenciar um sono reduzido ou uma má qualidade de sono, estes estão associados a uma grande vulnerabilidade ao stress e, consequentemente, a um aumento de sintomas de *Burnout*, como a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal ou eficácia profissional. Os psicólogos clínicos, tendo em conta que lidam frequentemente com o peso emocional dos seus clientes, são prováveis em desenvolver sintomas de *Burnout* quando não conseguem descansar o suficiente e adequadamente (Akerstedt et al., 2009; Barbosa et al., 2023; Chen et al., 2023; Maslach & Leiter, 2016).

Indivíduos que dormem horas suficientes e adequadas diariamente, têm maiores níveis de saúde psicológica. Por outro lado, a má qualidade de sono causa o desenvolvimento de sintomas como a exaustão emocional (Amaral et al., 2021).

Adicionalmente, a satisfação no trabalho e a qualidade do sono interferem nos níveis de sintomas de *burnout*, ou seja, quanto pior a qualidade de sono, maiores os níveis de *burnout*, revelando uma correlação positiva entre ambas as variáveis (Rayani et al., 2024; Wang et al., 2020).

A qualidade de sono afeta diretamente a regulação emocional e a capacidade de lidar com situações de stress no trabalho. A má qualidade de sono pode prejudicar a habilidade de regular emoções negativas, o que aumenta a suscetibilidade ao desenvolvimento de *Burnout*, o que torna o sono como um preditor significativo da perturbação psicológica (Hülsheger et al., 2014).

Estes autores reforçam a ideia de que uma má qualidade de sono não somente está associada ao aumento de *Burnout*, mas também prevê o seu desenvolvimento, especialmente em profissionais de saúde mental que enfrentam constantemente altos níveis de stress

emocional, como os psicólogos clínicos. Assim sendo, justificam-se as duas hipóteses descritas acima (H3 e H4).

Hipótese 5: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Hipótese 6: O stress traumático secundário explica e prevê uma associação com a qualidade de sono.

Os profissionais de saúde, que lidam com clientes que sofreram traumas, podem estar sujeitos a desenvolverem sintomas de stress traumático secundário. Num estudo científico, os investigadores concluíram que, a má qualidade de sono, uma pequena satisfação por compaixão, maior número de horas de trabalho, estão relacionados com o stress traumático secundário (Wang et al., 2020).

Segundo os resultados de pesquisa de Secosan et al. (2020), a insónia e a exaustão funcionam como variáveis mediadores entre o stress traumático secundário e problemas de saúde mental. Isto sustenta a hipótese número cinco, sugerindo que a má qualidade de sono, intensifica os sintomas de stress traumático secundário. A insónia agrava o impacto emocional de lidar com traumas dos clientes, causando um aumento de stress secundário. Além disso, o contacto constante com os eventos traumáticos dos clientes afeta a saúde mental dos profissionais, tornando assim a insónia um problema recorrente. Pode haver uma relação bidirecional entre estas duas variáveis, onde o stress traumático secundário aumenta a insónia e, em contrapartida, a falta de sono adequado aumenta os sintomas de stress traumático secundário (Secosan et al., 2020; Virgă et al., 2020). Batalha et al. (2020), apoiam ainda que o stress traumático secundário pode impactar negativamente a qualidade de sono devido a sentimentos de medo, pensamentos intrusivos e atitudes de evitamento de relembrar as vivências traumáticas dos clientes dos psicólogos.

De acordo com Lykins et al. (2021), um dos fatores importantes que impacta e influencia o aumento de desenvolvimento de sintomas de stress traumático secundário é a má qualidade de sono. Além disso, as pessoas com stress traumático secundário normalmente costumam ter dificuldades para dormir, podem sofrer alterações importantes nos seus hábitos de sono e têm horas excessivas de trabalho (Rayani et al., 2024; Wang et al., 2020).

Assim sendo, diversos estudos apontam que os profissionais de saúde que lidam com níveis elevados de stress e trauma costumam ter uma pior qualidade de sono, o que reforça a ideia de que o stress traumático secundário não somente impacta a qualidade do sono, mas também pode prever a sua qualidade, justificando assim as hipóteses descritas acima (H5 e H6).

Hipótese 7: Espera-se uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o *Burnout* em psicólogos clínicos.

Hipótese 8: A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

Hipótese 9: Espera-se uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário.

Hipótese 10: A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o stress traumático secundário.

A correlação entre a satisfação com o seu trabalho prestado e o *burnout* é cientificamente comprovado e sugere que tanto a baixa satisfação pode levar à exaustão no trabalho, como o *burnout* pode ser a causa da insatisfação (Ferreira, 2015; Moreira & De Lucca, 2020; Rožman et al., 2019). Existem relações negativas e moderadas entre o *burnout* e a satisfação no trabalho e estilo de vida, conforme um estudo científico (Shubayr et al., 2022).

Segundo Moreira e De Lucca (2020), os profissionais de saúde mental com sintomas de *burnout* apresentam menor satisfação com os seus trabalhos, principalmente os mais novos. Além disso, as grandes exigências do trabalho, o baixo controlo sobre o processo de trabalho e a falta de apoio social, impactam significativamente a satisfação. A exigência psicológica está associada com a exaustão emocional, enquanto o controlo sobre o processo de trabalho está mais associado à despersonalização e à realização pessoal (Moreira & De Lucca, 2020).

Adicionalmente, as sessões de terapia nem sempre trazem uma sensação de realização para os profissionais e muitos enfrentam situações em que não conseguem auxiliar certos clientes. Estas situações podem gerar frustração, sentimentos de insuficiência e incapacidades, o que pode originar um stress e fadiga (Spännargård et al., 2022). O envolvimento excessivo nas histórias de vida e clínica dos clientes está igualmente ligado à exaustão emocional destes profissionais (Lee et al., 2011).

Amaro e Bizarro (2016) concluem na sua pesquisa que os psicólogos clínicos com maior satisfação por compaixão tendem a ter níveis mais baixos ou moderados de *burnout* e stress traumático secundário. Isto acontece porque eles se sentem realizados ao oferecerem apoio a outras pessoas, sentem-se apoiados pelos seus colegas, demonstram alto nível de resiliência e mantêm boas relações terapêuticas com os seus clientes. Por outro lado, os psicólogos com níveis elevados de *burnout* e/ou stress traumático secundário costumam ter uma menor satisfação por compaixão, o que pode ser causado pelo cansaço percebido no trabalho, sentimentos de inutilidade e preocupações relacionadas ao trabalho e os clientes. No entanto, mesmo enfrentando a fadiga por compaixão, muitos profissionais ainda encontram gratificação

nas suas profissões e naquilo que fazem (Amaro & Bizarro, 2016). Wang et al. (2020) apoiam o facto de a satisfação no trabalho pode diminuir os sintomas de stress traumático secundário.

Além disso, Kercher e Gossage (2024) identificaram no seu estudo com psicólogos que a fadiga por compaixão está associada a uma diminuição da satisfação por compaixão e da resiliência. Isto pode significar que os psicólogos podem não estar satisfeitos com o seu trabalho ou não se sentem preparados para ultrapassar os desafios que podem surgir. Assim, tanto a satisfação como a resiliência parecem atuar como fatores de proteção contra a fadiga por compaixão que inclui o *burnout* e o stress traumático secundário (Kercher & Gossage, 2024).

Segundo Stamm (2010), as variáveis satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário podem estar relacionadas estatisticamente entre elas. Ou seja, níveis elevados de satisfação por compaixão podem estar associados a níveis baixos de *burnout* e de stress traumático secundário. Níveis altos de *burnout* podem estar associados a níveis baixos de satisfação por compaixão e de stress traumático secundário. Níveis altos de stress traumático secundário podem estar associados a níveis baixos de *burnout* e de satisfação por compaixão. Níveis altos de stress traumático secundário e de satisfação por compaixão podem estar associados a níveis baixos de *burnout*. Por último, níveis altos de stress traumático secundário e *burnout* podem estar associados a níveis baixos de satisfação por compaixão (Stamm, 2010).

Após estas informações é possível justificar as quatro hipóteses detalhadas, a saber, que se espera uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e *burnout*, assim como uma associação negativa entre satisfação por compaixão e stress traumático secundário, em psicólogos clínicos. A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o *burnout* e o stress traumático secundário.

Hipótese 11: Espera-se uma associação positiva entre o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Hipótese 12: O stress traumático secundário explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

Os profissionais de saúde que trabalham com clientes traumatizados são vulneráveis ao stress traumático secundário e ao *burnout* (Scott et al., 2021). Segundo Scott et al. (2021), níveis mais elevados de stress traumático secundário estão associados a níveis mais elevados de *burnout*.

Num estudo com psicólogos, os autores concluíram que o stress traumático secundário se refere à vivência de emoções e sintomas semelhantes aos que os clientes experimentam, o que pode agravar ou desencadear os sintomas de *burnout*. O stress traumático secundário e a

fadiga por compaixão são uns dos sintomas mais desgastantes para os psicólogos, podendo impactar negativamente os seus trabalhos com os clientes (Ventouris et al., 2020).

A gestão e a prevenção do stress visam evitar o surgimento de fadiga por compaixão, stress traumático secundário e *burnout*, possibilitando assim um equilíbrio saudável entre a vida pessoal e profissional (Butler et al., 2017; Stevanovic & Rupert, 2004). Diversas pesquisas comprovam a eficácia do mindfulness na melhoria do bem-estar dos psicólogos e na redução dos seus níveis de *burnout* e stress traumático secundário (Christopher & Maris, 2010; Keane, 2014; Yip et al., 2017).

Desta forma, é possível justificar as hipóteses acima, tendo em conta que se espera uma correlação entre estas duas variáveis, onde o stress traumático secundário pode contribuir para o aumento dos níveis de *burnout* e vice-versa. Além disso, como indicado pela literatura, o stress traumático secundário cria um estado de vulnerabilidade que não apenas desencadeia o *burnout*, como também é um indicador da evolução do *burnout*. Assim, se um psicólogo apresentar altos níveis de stress traumático secundário, é provável que, ao longo do tempo, também manifeste sintomas de *burnout*, estabelecido de uma relação preditiva entre ambas as variáveis.

Hipótese 13: É esperado que exista uma associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas.

Vários estudos indicam que as características sociodemográficas podem desempenhar um papel significativo nas várias principais desta investigação. Os autores De Souza et al. (2019) verificaram no seu estudo com profissionais de saúde que a prevalência de stress traumático secundário foi maior nas mulheres. Este fenómeno é caracterizado pelos medos e traumas relativamente ao trabalho de cuidado com os outros devido ao contacto frequente com o sofrimento dos clientes. O stress traumático secundário inclui preocupações com os clientes, a sensação de estarem sobrecarregadas pelo sofrimento e traumas dos outros, dificuldades para dormir, lapsos de memória, problemas em separar a vida profissional da vida pessoal e evitar situações que possam relembrar o trauma ou o sofrimento dos seus clientes (De Souza et al., 2019; Stamm, 2010). Estes resultados são idênticos aos de Carvalho (2011), em que no seu estudo averiguou que as mulheres apresentaram, níveis mais elevados de stress traumático secundário do que os homens. Por outro lado, o género é também um fator de risco para as perturbações de sono. Efetivamente as mulheres têm mais prevalência de pior qualidade de sono do que os homens. Este achado pode estar associado às perturbações hormonais, desigualdades

sociais e as expectativas sociais que lhes são impostas pela sociedade (Cabeza et al., 2022; Raouf & Fekry, 2024; Schlarb et al., 2012).

O aumento da idade e o aumento do tempo de experiência profissional parecem ser fatores de proteção contra o *burnout* e o stress traumático secundário, o que por sua vez, reduz o risco de fadiga por compaixão (Kercher & Gossage, 2024; Sacco et al., 2015). Estes efeitos podem ser explicados pelo desenvolvimento gradual da resiliência ao longo da carreira dos profissionais de saúde (Torres et al., 2019). Algumas pesquisas científicas, estão de acordo com o facto que um psicólogo clínico com mais anos de experiência demonstra níveis mais alto de satisfação por compaixão (Clark et al., 2021; Hammond et al., 2018). A idade mais elevada demonstrou igualmente ser um indicador de risco para o desenvolvimento de perturbações de sono (Schlarb et al., 2012).

Segundo Cabeza et al. (2022), as pessoas solteiras são mais propensas a apresentar uma má qualidade de sono, sugerindo que o suporte social e emocional dos parceiros são fatores protetores contra as problemáticas em relação ao sono, especialmente durante as fases com muita pressão, como a pandemia da Covid-19. Assim, as pessoas solteiras são mais vulneráveis a desenvolver dificuldades em dormir em situações de stress elevado (Cabeza et al., 2022).

A carga de trabalho, incluindo a complexidade dos casos dos clientes e as exigências excessivas no local de trabalho, podem causar perturbações do sono e aumentar o risco de *burnout* (Rupert & Dorociak, 2019; Spännargård et al., 2022).

A terapia pessoal e a supervisão são igualmente variáveis importantes para a qualidade de vida profissional, estando assim associadas a satisfação por compaixão (Clark et al., 2021), ao *burnout* e ao stress traumático secundário. Isto significa que a participação a programas de supervisão possibilita a diminuição da probabilidade de desenvolver sintomas de stress traumático secundário e *burnout* (Diehm et al., 2019; Spännargård et al., 2022).

Vários autores concordam que os psicólogos que trabalham num consultório privado, têm níveis mais altos de satisfação por compaixão do que os que trabalham num consultório público (Kercher & Gossage, 2024; Spännargård et al., 2022). Isto é devido ao facto de terem mais controlo sobre as suas condições de trabalho (Simionato & Simpson, 2018).

Os conhecimentos das suas profissões, assim como as habilidades literárias, são fatores de proteção contra o *burnout*. O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento devido aos conhecimentos e os níveis de competências do psicólogo (Hammond et al., 2018; Lee et al., 2020), pode-o proteger do *burnout*, do stress traumático secundário e aumentar a satisfação por compaixão (Spännargård et al., 2022).

Finalmente, destaca-se que as variáveis sociodemográficas possuem associações com a qualidade do sono, a satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário.

4.5. Participantes

A presente amostra é constituída por psicólogos clínicos portugueses, abrangendo diversas faixas etárias e géneros. O método de amostragem apresenta ser não probabilístico, tendo em conta que a sua seleção é feita intencionalmente e por conveniência, através do método da bola de neve.

A amostra é constituída por um total de 91 psicólogos clínicos, com idades entre 24 e 65 anos ($M = 39,05$; $DP = 10,621$), dos quais 72 participantes são do sexo feminino (79,1%) e 19 do sexo masculino (20,9%).

No que toca aos critérios de inclusão, podiam participar somente psicólogos trabalhando em contexto clínico, que tivessem a nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade, exercer as suas funções no território português e serem membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Os critérios de exclusão residem em excluir profissionais reformados e aqueles que não estão a exercer atualmente a função de psicólogos.

4.6. Instrumentos

Na presente investigação foram aplicados três instrumentos, a saber, um Questionário Sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5).

4.6.1. Questionário Sociodemográfico

O presente questionário sociodemográfico tem como objetivo adquirir dados e particularidades, gerais e específicos, sobre os participantes. Neste sentido, foi criado um questionário com perguntas específicas sobre as características sociodemográficas dos participantes (género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, situação conjugal). Por outro lado, inclui perguntas relacionadas à profissão, como a área de atuação (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos), os anos de experiência profissional, o número de casos por semana, a carga horária de sessões por semana, se têm supervisão e o contexto da prática clínica.

4.6.2. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

O instrumento Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), foi inicialmente desenvolvido por Buysse et al. em 1989, e traduzida e validada para a população portuguesa por João et al. em 2017. O objetivo deste questionário é analisar a qualidade do sono no último mês.

Esta escala é elaborada por sete componentes relacionados com a qualidade do sono. A eficiência do sono, elaborada pelos itens 1, 3 e 4 (e.g. “Durante p mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?”). A latência do sono, constituída pelos itens 2 e 5a (e.g. “Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?”). As perturbações de sono, composta pelos itens 5b a 5j (“Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo?”). A duração do sono, composta pelo item 4 (e.g. “Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?”). A utilização de medicação, composta pelo item 7. A disfunção diurna, constituída pelos itens 8 e 9 (e.g. “Durante o mês passado, sentiu alguma indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?”). Por último, a qualidade subjetiva de sono, constituída pelo item 6 (“Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?”) (Buysse et al., 1989; João et. al, 2017).

Contém dezanove itens, dos quais quatro destes são de resposta aberta relacionados com o horário de dormir e acordar, a latência do sono e a duração do sono. Os restantes quinze itens seguem a escala de tipo *Likert* que varia de 0 a 3 pontos, sendo que 0 corresponde a “nunca” e 3 corresponde a “três vezes por semana ou mais”. Relativamente à cotação dos quatro itens de resposta aberta, como, por exemplo, a latência do sono, se a pessoa responder “menos de 15 minutos” equivale a 0 pontos, se a pessoa responder “mais de 60 minutos” equivale a 3 pontos. Outro exemplo sobre o tempo do sono, se for “mais de 7 horas” equivale a 0 pontos e se for menos de 5 horas equivale a 3 pontos. Para a cotação total do questionário, é realizado a soma dos pontos de cada item que pode variar entre 0 e 21 pontos, representando assim o nível de qualidade do sono do indivíduo. Neste caso, uma pontuação menor de 5 apresenta uma boa qualidade do sono, entre 5 e 10 apresenta uma má qualidade do sono e acima de 10 corresponde a uma perturbação do sono (Buysse et al., 1989; João et. al, 2017).

A versão original do instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.83, mostrando uma alta consistência interna. A versão modificada para a população portuguesa apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.70 (João et al. 2017), revelando uma consistência interna fiável. Nest estudo, obteve-se o alfa de *Cronbach* de 0.755, indicando um valor mais baixo do que a versão original e mais alto do que a versão portuguesa.

4.6.3. Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5)

A Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5), desenvolvida por Stamm (2009), foi adaptada e validada para a população portuguesa pelos autores Carvalho Pedro e Sá Luis (2011). Tem como objetivo avaliar a frequência com a qual um indivíduo foi confrontado com diferentes sentimentos em vários momentos, nos últimos 30 dias (Stamm, 2010).

Este instrumento é dividido em três dimensões, a saber, a satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário. O questionário englobe no total 30 itens, sendo que cada dimensão contém 10 itens, nas quais a dimensão satisfação por compaixão é composta pelos itens 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 e 30 (e.g. “Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros.”). A dimensão *burnout* é composta pelos itens 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, e 29, dentro dos quais cinco são itens de reversão (1, 4, 15, 17, 29) (e.g. “Eu sou feliz.”). A dimensão stress traumático secundário é composta pelos itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 e 28 (e.g. “Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.”) (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010).

Esta escala é de tipo *Likert* com pontuações entre o 1 e o 5, onde 1 corresponde a “nunca” e 5 a “muito frequente”. No que diz respeito a cotação do instrumento, é feito a soma das respostas de cada dimensão individualmente, sendo que um valor igual ou menor a 22 equivale a um nível baixo, entre 23 e 41 equivale a um nível médio, igual ou superior a 42 equivale a um nível alto de cada dimensão (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010).

Na versão original, as três dimensões apresentaram uma boa consistência interna, sendo que a dimensão satisfação por compaixão obteve um alfa de *Cronbach* de 0.88, a dimensão *burnout* obteve 0.75 e a dimensão stress traumático secundário obteve 0.81 (Carvalho & Sá, 2011; Stamm, 2010). A versão adaptada para a população portuguesa obteve alfas de *Cronbach* de 0.86 para a dimensão satisfação por compaixão, 0.71 para a dimensão *burnout* e 0.83 para a dimensão de stress traumático secundário, revelando igualmente uma boa consistência interna (Carvalho & Sá, 2011). Na presente investigação, cada dimensão evidencia uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0.889 para a satisfação por compaixão, 0.762 para o *burnout* e 0.831 para o stress traumático secundário.

4.7. Procedimento

Numa primeira fase, realizou-se diversos contactos com a orientadora desta investigação para delinear o tema, os objetivos, as hipóteses, a escolha dos instrumentos e os restantes procedimentos.

A seguir, cada instrumento utilizado neste estudo está em acesso aberto ao público, desta forma não foi necessário pedir a sua autorização aos autores referentes. Após esta verificação, o projeto de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do CIP-UAL da Universidade Autónoma de Lisboa.

Na fase seguinte, foi formulado e elaborado um questionário *online*, constituído pelos três instrumentos explorados anteriormente. No início do questionário, é apresentado um *hyperlink* para aceder facilmente ao consentimento informado, para que os participantes pudessem ter as informações sobre o estudo em questão, incluindo os critérios de inclusão e os respetivos objetivos aceitando que as suas respostas e os seus dados pessoais sejam utilizados para fins académicos e não serão divulgados. É garantido o anonimato e mantido a confidencialidade. Os dados serão codificados e guardados numa base de dados com acesso unicamente por palavra-passe. No final de cinco anos, todos os dados pessoais serão suprimidos e os restantes anonimizados. A participação num estudo é voluntária, podendo a cada momento desistir da sua participação sem qualquer consequência. Para qualquer esclarecimento de dúvidas, os participantes têm a possibilidade de entrar em contacto com a responsável pela coordenação da investigação. Após a finalização do estudo, os participantes poderão aceder aos resultados e conclusões. Os dados pessoais são geridos conforme as disposições estabelecidas na Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, e no Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Relativamente à recolha de dados, foi fornecido um *link* em diferentes lugares, em diversas plataformas, nas redes sociais (Facebook, WhatsApp, Instagram), na própria universidade e divulgados pelos participantes em diferentes associações e instituições de psicologia e psicoterapia portuguesas. O preenchimento do questionário era de aproximadamente vinte minutos. A recolha de dados foi realizada entre os meses de maio e junho. Este proceder mediante um programa online, facilita a participação de profissionais pelo país inteiro de Portugal. Por fim, procedeu-se à análise estatística, seguida pela discussão dos resultados obtidos em comparação com as informações da literatura. A dissertação será disponibilizada no repositório da Universidade Autónoma de Lisboa.

4.8. Análise estatística

Uma vez encerrada a recolha de dados, estes foram incorporados numa base de dados, respeitando as diretrizes da Comissão de Proteção de Dados e subsequentemente, submetidos a análise estatística, descritiva e inferencial, incorporando frequências, médias e desvios padrão

com o auxílio do *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 29. A análise estatística descreve os dados da amostra ou população em estudo, incluindo frequências, médias e desvios padrão. A análise inferencial foca-se no raciocínio lógico para analisar e tomar conclusões amplas a partir dos dados (Ferreira, 2005). Desta forma, foi utilizado o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, o teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*), o teste de correlação de *Spearman* e o coeficiente de regressões.

Para averiguar o nível de significância, foi tido em conta o valor predefinido de $p \leq .05$ (Cohen, 1988).

Parte III – Resultados da Investigação

Capítulo 5 | Resultados

5.1. Apresentação e Análise de Resultados

Como descrito anteriormente, a análise estatística, realizada utilizando o *software* IBM SPSS *Statistics* 29. Primeiramente foi feita uma análise descritiva que incluiu a distribuição das frequências absolutas e relativas, bem como os cálculos de médias e desvios padrão das variáveis estudadas.

Na análise inferencial subsequentes, o nível de significância foi fixado como $\alpha \leq 0.05$. Para avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados, aplicou-se o coeficiente Alfa de *Cronbach*. A normalidade das variáveis foi verificada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Por fim, as relações entre as variáveis foram exploradas utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson* e análises de regressão linear.

5.2. Caracterização da amostra

A amostra desta investigação caracteriza-se por 91 psicólogos clínicos portugueses, membros da ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), dos quais 72 são do género feminino (79,1%) e 19 do género masculino (20,9%). A distribuição etária é diversa, com 22 participantes entre 24 e 29 anos (24,2%), 24 entre 30 e 39 anos (26,4%), 32 entre 40 e 49 anos (35,2%), 8 entre 50 e 59 anos (8,8%), e 5 entre 60 e 65 anos (5,5%).

Relativamente à nacionalidade dos participantes, a maioria é de nacionalidade portuguesa ($n = 78$, 85,7%), enquanto 13 indivíduos possuem a dupla nacionalidade (14,3%). No que se refere às habilitações literárias, 50 participantes possuem o mestrado (54,9%), 12 possuem o grau de mestre com especialidade em psicoterapia (13,2%), 20 possuem o grau de mestre e uma pós-graduação (22%), e 9 possuem o doutoramento (9,9%).

Quanto à situação conjugal, 32 participantes afirmam estar solteiros (35,2%), 31 afirmam estar casados (34,1%), 7 afirmam estar divorciados (7,7%), e 21 afirmam viver em união de facto (23,1%). Estes dados encontram-se na tabela 1.

Tabela 1

Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=91)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	72	79.1

Masculino	19	20.9
<i>Idade</i>		
24-29 anos	22	24.2
30-39 anos	24	26.4
40-49 anos	32	35.2
50-59 anos	8	8.8
60-65 anos	5	5.5
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	78	85.7
Dupla Nacionalidade	13	14.3
<i>Habilitações Literárias</i>		
Mestrado	50	54.9
Grau de mestre, mais especialidade em psicoterapia	12	13.2
Grau de mestre e Pós-Graduação	20	22.0
Doutoramento	9	9.9
<i>Situação Conjugal</i>		
Solteiro	32	35.2
Casado	31	34.1
Divorciado	7	7.7
União de Facto	21	23.1

Em relação à área de atuação, 5 participantes (5,5%) relatam trabalhar somente com crianças, 3 participantes (3,3%) trabalham somente com adolescentes, 33 participantes (36,3%) trabalham apenas com adultos, 2 participantes (2,2%) afirmam trabalhar com apenas idosos, 2 participantes (2,2%) relatam trabalhar com crianças e adolescentes, 5 participantes (5,5%) trabalham com crianças e adultos, 11 participantes (12,1%) afirmam trabalhar com adolescentes e adultos, 3 participantes (3,3%) trabalham com adultos e idosos, 17 participantes (18,7%) afirmam trabalhar com crianças, adolescentes e adultos, 2 participantes (2,2%) relatam trabalhar com adolescentes, adultos e idosos, e 8 participantes (8,8%) afirmam trabalhar com todas as faixas etárias.

Quanto aos anos de experiência a exercer a profissão, 14 profissionais (15,4%) trabalham somente há um ano ou menos, 18 profissionais (19,8%) têm entre 2 e 4 anos de

experiência, 16 profissionais (17,6%) têm entre 5 e 10 anos de experiência, e 43 profissionais (47,3%) trabalham há mais de 10 anos.

No que diz respeito ao número de casos atendidos por semana, os participantes afirmam que atendem entre 1 e 49 casos por semana. 14 participantes (15,4%) afirmam atender entre 0 e 9 casos por semana, 26 participantes (28,6%) afirmam atender entre 10 e 19 casos por semana, 31 participantes (34,1%) atendem entre 20 e 29 casos por semana, 16 participantes (17,6%) atendem entre 30 e 39 casos por semana, e somente 4 participantes relatam atender entre 40 e 49 casos por semana.

Relativamente ao número de horas de trabalho por semana, os participantes afirmam trabalhar entre 2 e 50 horas por semana, sendo que 6 participantes (6,6%) trabalham somente até 9 horas por semana, apenas 2 participantes (2,2%) trabalham entre 10 e 19 horas por semana, 11 participantes (12,1) relatam trabalhar entre 20 e 29 horas por semana, 35 participantes (38,5%) trabalham entre 30 e 39 horas por semana, e 37 participantes (40,7%) afirmam trabalhar entre 40 e 50 horas por semana.

Acerca do contexto em que os profissionais praticam psicologia clínica, 57 participantes (62,6%) trabalham em contexto privado (Hospital /Consultório privado /Outro), 14 participantes (15,4%) trabalham em contexto publico (Hospital/Centro de saúde /Clínica /Ipss /Centro de dia /Outro), e 20 participantes (22%) trabalham em ambos os contextos. Estes dados são caracterizados na tabela 2.

Tabela 2

Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=91)

	N	%
<i>Qual a sua área de atuação?</i>		
Crianças	5	5.5
Adolescentes	3	3.3
Adultos	33	36.3
Idosos	2	2.2
Crianças e adolescentes	2	2.2
Crianças e adultos	5	5.5
Adolescentes e adultos	11	12.1
Adultos e idosos	3	3.3

Crianças, adolescentes e adultos	17	18.7
Adolescentes, adultos e idosos	2	2.2
Todas as faixas etárias	8	8.8
<i>Anos de Experiência</i>		
≤ 1 ano	14	15.4
2-4 anos	18	19.8
5-10 anos	16	17.6
> 10 anos	43	47.3
<i>Número de Casos</i>		
0-9 casos	14	15.4
10-19 casos	26	28.6
20-29 casos	31	34.1
30-39 casos	16	17.6
40-49 casos	4	4.4
<i>Número de Horas por semana</i>		
0-9 horas	6	6.6
10-19 horas	2	2.2
20-29 horas	11	12.1
30-39 horas	35	38.5
40-50 horas	37	40.7
<i>Em que contexto pratica psicologia clínica?</i>		
Privado (Hospital /Consultório privado/Outro)	57	62.6
Público (Hospital /Centro de saúde/Clínica/Ipss/Centro de dia/Outro)	14	15.4
Ambos	20	22.0

A tabela 3 apresenta os dados relevantes sobre os profissionais que participam numa supervisão, onde 61 dos participantes (67%) afirmam que realizam supervisão, enquanto 30 não o fazem (33%).

Em relação à frequência de supervisão, observa-se que 29 participantes (31,9%) nunca possuíram supervisão. 13 participantes (14,3%) afirmam participarem numa frequência semanal, e apenas 2 pessoas (2,2%) indicam que frequentaram supervisão duas vezes por semana. 19 participantes (20,9%) afirmam frequentar supervisão uma vez por mês e 20

indivíduos (22%) realizam esta prática duas vezes por mês. As frequências anuais são menos comuns, onde apenas 1 pessoa (1,1%) relata possuir supervisão uma vez no ano e 4 duas vezes no ano (4,4%). Por fim, 3 participantes referem frequentar apenas uma supervisão informal.

No que se refere à função de supervisor, 19 participantes (20,9%) identificam-se como supervisores, enquanto 72 participantes (79,1%) não desempenham esta função.

Tabela 3

Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=91)

	N	%
<i>Fazer Supervisão</i>		
Sim	61	67.0
Não	30	33.0
<i>Frequência de Supervisão</i>		
Nunca	29	31.9
Uma vez por semana	13	14.3
Duas vezes por semana	2	2.2
Uma vez por mês	19	20.9
Duas vezes por mês	20	22.0
Uma vez por ano	1	1.1
Duas vezes por ano	4	4.4
Informal	3	3.3
<i>É Supervisor</i>		
Sim	19	20.9
Não	72	79.1

5.3. Estatística Descritiva

Para avaliar a consistência interna dos diferentes questionários e escalas, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach. Os valores obtidos variam entre 0.755 no Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) e 0.640 na escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5). As subescalas desta escala tiveram um Alfa de *Cronbach* de 0.889 para a satisfação por compaixão, 0.762 para o *burnout* e 0.831 para o stress traumático secundário. No entanto, os Alfas de *Cronbach* das subescalas do IQSP não foram considerados, pois são comumente utilizadas

para calcular uma pontuação global de cada pessoa, e algumas contêm apenas uma única pergunta, o que impede proceder ao Alfa de *Cronbach* das mesmas.

Tabela 4

Consistência Interna

	Alfa de <i>Cronbach</i>	Nº de Itens
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)	.755	19
Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5)	.640	30
Satisfação Por Compaixão	.889	10
<i>Burnout</i>	.762	10
Stress Traumático Secundário	.831	10

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

Os resultados encontrados da estatística descritiva do IQSP, estão apresentados na tabela a seguir (tabela 5), detalhando os mínimos e os máximos, como também as médias e os desvios-padrão. A subescala qualidade do sono varia entre 0 e 3, com uma média de 1.16 e desvio-padrão de 0.73. Em relação à latência do sono, os valores oscilam de 0 a 5, com uma média de 1.63 e desvio-padrão de 1.53. A subescala da duração do sono varia entre 4 e 9 horas, com uma média de 6.75 horas e desvio-padrão de 0.99. A eficiência do sono varia de 52,63% a 96,55%, apresentando uma média de 83,43% e um desvio-padrão de 7.97. A subescala sobre as perturbações do sono apresentam valores entre 0 e 12, com uma média de 5 e desvio-padrão de 3.62. O uso de medicação varia entre 0 e 3, com uma média de 0.32 e desvio-padrão de 0.85. Finalmente, na última escala, disfunção diurna, os valores oscilam de 0 a 5, com uma média de 1.44 e desvio-padrão de 1.19.

Na tabela 6 são descritas as médias de horas de sono por noite dos participantes, onde 1 participante (1,1%) relata dormir apenas 4 horas por noite, 9 afirmam dormir apenas 5 horas por noite (9,9%), 5 dormem 5 horas e meia por noite (5,5%), 12 participantes (13,2%) dormem 6 horas por noite, 9 dormem 6 horas e meia por noite (9,9%), 31 dos participantes (34,1%) relatam dormir 7 horas por noite, 8 dormem 7 horas e meio por noite (8,8%), 13 participantes (14,3%) dormem 8 horas por noite, 2 dormem 8 horas e meia por noite (2,2%), e apenas uma pessoa (1,1%) relata dormir 9 horas por noite.

No que diz respeito ao uso de medicação para dormir (tabela 7), 81 participantes (89%) afirmam não tomar qualquer medicação para dormir, enquanto uma pessoa (1,1%) toma ansiolíticos, uma pessoa (1,1%) toma Benzodiazepina, outra pessoa (1,1%) toma Magnésio, 3 indivíduos (3,3%) tomam Melatonina, um indivíduo (1,1%) toma Stilnox, outro (1,1%) toma Trazodona, outro indivíduo (1,1%) toma Triticum, e por fim uma pessoa (1,1%) toma Valdispert para dormir.

Tabela 5

Análise Estatística Descritiva do IQSP

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
<i>Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)</i>				
Qualidade do sono	0	3	1.16	0.73
Latência do sono	0	5	1.63	1.53
Duração do sono	4	9	6.75	0.99
Eficiência do sono	52.63	96.55	83.43	7.97
Perturbações do sono	0	12	5	3.62
Utilização de Medicação	0	3	0.32	0.85
Disfunção diurna	0	5	1.44	1.19

Tabela 6

Média de horas de sono por noite

	N	%
4h	1	1.1
5h	9	9.9
5h30	5	5.5
6h	12	13.2
6h30	9	9.9
7h	31	34.1
7h30	8	8.8
8h	13	14.3

8h30	2	2.2
9h	1	1.1

Tabela 7

Medicação para dormir

	N	%
<i>Medicação</i>		
Nenhuma	81	89.0
Ansiolítico	1	1.1
Benzodiazepina	1	1.1
Magnésio	1	1.1
Melatonina	3	3.3
Stilnox	1	1.1
Trazodona	1	1.1
Triticum	1	1.1
Valdispert	1	1.1

5.3.2. Estatística Descritiva da Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5)

Na tabela 8 é apresentado os resultados obtidos em relação à estatística descritiva da escala de qualidade de vida profissional (PROQOL 5), detalhando os mínimos, os máximos, as médias e os desvios-padrão. Os dados obtidos na subescala da satisfação por compaixão variam entre 25 e 49, com uma média de 40.17 e um desvio-padrão de 5.46. Os valores da subescala *Burnout* variam entre 10 e 40 com uma média de 21.77 e um desvio-padrão de 5.46. Em relação à subescala do stress traumático secundário, os valores variam ente 12 e 39 com uma média de 21.22 e um desvio-padrão de 5.61.

Tabela 8*Estatística Descritiva da ProQOL5*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
<i>Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL 5)</i>				
Satisfação Por Compaixão	25	49	40.17	5.46
<i>Burnout</i>	10	40	21.77	5.06
Stress Traumático Secundário	12	39	21.22	5.61

5.4. Correlação entre as variáveis**Tabela 9***Interpretação do coeficiente de correlação de Pearson e Spearman (Cohen, 1988)*

Coeficiente de Correlação	Correlação
$R_{xy} = 1$	Perfeita positiva
$0.50 \leq R_{xy} < 1$	Forte positiva
$0.30 \leq R_{xy} < 0.50$	Moderada positiva
$0.10 \leq R_{xy} < 0.30$	Fraca positiva
$0 \leq R_{xy} < 0.10$	Ínfima positiva
0	Nula
$- 0 \leq R_{xy} < 0.10$	Ínfima negativa
$- 0.10 \leq R_{xy} < - 0.30$	Fraca negativa
$- 0.30 \leq R_{xy} < - 0.50$	Moderada negativa
$- 0.50 \leq R_{xy} < - 1$	Forte negativa
$R_{xy} = - 1$	Perfeita negativa

Objetivo 1: Analisar a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Os resultados dos instrumentos utilizados nesta investigação através da análise estatística, estão representados na tabela 10 e 11. Consoante a literatura é necessário calcular os valores e a pontuação total da escala global para poder caracterizar a qualidade de sono dos participantes.

Desta forma, o indivíduo representa uma boa qualidade do sono se obtiver uma pontuação de 0 a 5 valores. Nesta pesquisa, observe-se que 49 participantes (53,8%) apresentam uma boa qualidade de sono, sendo que 5 indivíduos (5,5%) obtiveram 1 valor, outros 5 indivíduos (5,5%) obtiveram 2 valores, 14 pessoas (15,4%) obtiveram 3 valores, 12 pessoas (13,2%) obtiveram 4 valores e 13 participantes (14,3%) obtiveram 5 valores.

Por outro lado, indivíduos que apresentam pontuações entre 5 e 10 valores, estão confrontados com uma má qualidade de sono. Assim sendo, observa-se que 33 participantes (36,3%) apresentam uma má qualidade de sono, com 10 pessoas (11%) obtendo 6 valores, 7 pessoas (7,7%) obtendo 7 valores, outras 7 pessoas (7,7%) obtendo 8 valores, 6 indivíduos (6,6%) obtendo 9 valores e 3 indivíduos (3,3%) obtendo 10 valores.

Finalmente, é indicado na literatura que uma pontuação superior a 10 valores representa uma forte probabilidade que o indivíduo esteja a sofrer de uma perturbação de sono. Neste sentido, foi possível verificar que 9 participantes (9,9%) sofrem dalgum tipo de perturbação de sono, tendo em conta que 3 participantes (3,3%) obtiveram 11 valores, outros 3 (3,3%) obtiveram 12 valores e igualmente mais 3 participantes (3,3%) obtiveram 13 valores.

Tabela 10

Frequências Descritivas do IQSP

	N	%
Valor Total		
1 valores	5	5.5
2 valores	5	5.5
3 valores	14	15.4
4 valores	12	13.2
5 valores	13	14.3
6 valores	10	11.0
7 valores	7	7.7

8 valores	7	7.7
9 valores	6	6.6
10 valores	3	3.3
11 valores	3	3.3
12 valores	3	3.3
13 valores	3	3.3

Tabela 11

Frequências Descritivas do IQSP

	N	%
<i>Boa qualidade de sono</i>	49	53.8
<i>Má qualidade de sono</i>	33	36.3
<i>Perturbação de sono</i>	9	9.9

De acordo com a revisão de literatura representado anteriormente, é necessário calcular a soma de cada subescala para obter os níveis de qualidade de vida profissional caracterizado na tabela 12. Em relação à análise descritiva da escala, os níveis de cada subescala são classificados como baixo (< 22 valores), médio (23 – 41 valores) ou alto (> 42 valores).

Desta forma, observa-se que na dimensão satisfação por compaixão, nenhum participante obteve um nível baixo, 52 participantes (57,1%) obtiveram um nível médio e 39 participantes (42,9%) obtiveram um nível alto. Na dimensão *Burnout* 52 participantes (57,1%) obtiveram um nível baixo, 39 participantes (42,9%) obtiveram um nível médio e nenhum participante obteve um nível alto. Relativamente à dimensão stress traumático secundário, 59 participantes (64,8%) obtiveram um nível baixo, 32 participantes (35,2%) obtiveram um nível médio e nenhum participante obteve um nível alto.

Tabela 12

Frequências Descritivas da ProQOL5

	N	%
<i>Satisfação por Compaixão</i>		
Nível baixo	---	---

Nível médio	52	57.1
Nível alto	39	42.9
<i>Burnout</i>		
Nível baixo	52	57.1
Nível médio	39	42.9
Nível alto	---	---
<i>Stress Traumático Secundário</i>		
Nível baixo	59	64.8
Nível médio	32	35.2
Nível alto	---	---

Objetivo 2: Verificar se existem associações entre as variáveis da qualidade do sono e da qualidade de vida profissional em psicólogos clínicos.

Hipótese 1: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, menor a satisfação por compaixão em psicólogos clínicos.

Primeiramente, para estudar a relação das variáveis em estudo, foi calculado a normalidade das variáveis aplicando o Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que a dimensão da amostra é superior a 50 participantes. A variável satisfação por compaixão segue uma distribuição normal, no entanto, a variável qualidade de sono segue uma distribuição não normal. Assim sendo, optou-se por recorrer ao coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que este não exige que as variáveis seguem uma distribuição normal.

Em relação à primeira hipótese deste estudo, conclui-se que existe uma correlação fraca, negativa e significativa entre a qualidade de sono (IQSP) e a satisfação por compaixão ($r = -0.228^*$; $p = 0.030$). Este resultado indica que a qualidade de sono influencia e impacta a satisfação por compaixão, isto é, quanto pior qualidade de sono, menores serão os níveis da satisfação por compaixão. Estes resultados encontram-se caracterizados na tabela 13.

Tabela 13*Correlação entre IQSP e CS*

		IQSP
Satisfação por Compaixão	Correlação de <i>Spearman</i>	-.228*
	Sig.	.030

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hipótese 3: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior o *Burnout* em psicólogos clínicos

Para estudar a relação das duas variáveis em, foi calculado a normalidade das variáveis por meio do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que a amostra é superior a 50 participantes. Tendo em conta que as duas variáveis, qualidade do sono e *Burnout*, seguem uma distribuição não normal aplicou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*.

No que diz respeito à associação entre a qualidade do sono e o *Burnout*, conclui-se que existe uma associação moderada, positiva e significativa entre a qualidade de sono (IQSP) e a satisfação por compaixão ($r = -0.420^{**}$; $p < 0.001$). Este resultado significa que a qualidade de sono influencia o *Burnout*, ou seja, quanto pior qualidade de sono, maiores serão os níveis de *Burnout*. Estes resultados encontram-se caracterizados na tabela 14.

Tabela 14*Correlação entre IQSP e Burnout*

		IQSP
<i>Burnout</i>	Correlação de <i>Spearman</i>	.420**
	Sig.	< .001

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hipótese 5: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Para responder a esta hipótese é necessário calcular a normalidade das variáveis recorrendo ao Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, uma vez que a amostra é superior a 50 participantes. Uma vez que as duas variáveis, qualidade do sono e stress traumático secundário, seguem uma distribuição não normal utilizou-se o teste de correlação de *Spearman*.

Desta forma, observa-se através do coeficiente de *Spearman* que existe uma correlação moderada, positiva e significativa entre a qualidade de sono e o stress traumático secundário ($r = -0.415^{**}$; $p < 0.001$). Estes dados significam que a qualidade de sono influencia e impacta o stress traumático secundário. Isto quer dizer que quanto pior qualidade de sono, maiores serão os níveis de stress traumático secundário. Estes resultados encontram-se caracterizados na tabela 15.

Tabela 15

Correlação entre IQSP e STS

		IQSP
Stress Traumático Secundário	Correlação de <i>Spearman</i>	.415**
	Sig.	< .001

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hipótese 7: Espera-se uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o *Burnout* em psicólogos clínicos.

A tabela 16 caracteriza os resultados obtidos do coeficiente de *Spearman*, uma vez que uma das variáveis segue uma distribuição não normal. Os dados indicam que existe uma associação forte, negativa e significativa entre as variáveis satisfação por compaixão e *Burnout* ($r = -0.693^{**}$; $p < 0.001$). Desta forma, quanto maiores os valores de satisfação por compaixão, menores serão os valores de *Burnout*.

Tabela 16

Correlação entre SC e BO

		BO
Satisfação por Compaixão	Correlação de <i>Spearman</i>	-. 693**
	Sig.	< . 001

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hipótese 9: Espera-se uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

A tabela 17 caracteriza os resultados obtidos do coeficiente de *Spearman*, uma vez que as variáveis seguem uma distribuição não normal. Os dados indicam que existe uma correlação moderada, negativa e significativa entre as variáveis satisfação por compaixão e stress traumático secundário ($r = -0.347^{**}$; $p = < 0.001$). Assim sendo, quanto maiores os valores de satisfação por compaixão, menores serão os valores de stress traumático secundário.

Tabela 17

Correlação entre SC e STS

		STS
Satisfação por Compaixão	Correlação de <i>Spearman</i>	-.347**
	Sig.	< .001

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hipótese 11: Espera-se uma associação positiva entre o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

A tabela 18 apresenta os resultados obtidos do coeficiente de *Spearman*, uma vez que as variáveis seguem uma distribuição não normal. Os dados indicam que existe uma correlação forte, positiva e significativa entre as variáveis *Burnout* e stress traumático secundário ($r = 0.597^{**}$; $p = < 0.001$), concluindo que quanto maiores os valores de *Burnout*, maiores serão os valores de stress traumático secundário.

Tabela 18

Correlação entre BO e STS

		STS
<i>Burnout</i>	Correlação de <i>Spearman</i>	.597**
	Sig.	< .001

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Objetivo 3: Verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais.

Hipótese 13: É esperado que exista uma associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas.

Nesta investigação, não é possível analisar a diferença entre os géneros, tendo em conta que amostra é constituída principalmente pelo sexo feminino ($N = 72$) contra 19 participantes do sexo masculino. Por esta razão, não foi possível compara os dois grupos e as variáveis principais estudadas.

Utilizou-se o teste de correlação de *Spearman* para estudar a associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais do estudo. Não foi possível encontrar muitas associações significativas entre as variáveis nesta população. As associações encontradas são apresentadas nas tabelas 19 e 20.

Em primeiro lugar, é possível observar-se que existe uma correlação fraca, negativa e significativa entre as habilitações literárias e o stress traumático secundário ($r = -0.236^*$; $p = 0.024$). Desta forma, quanto mais alto os níveis de habilitações literárias, maiores conhecimentos, menores poderão ser os níveis de stress traumático secundário.

A seguir, destaca-se igualmente que existe uma associação entre o contexto em que um indivíduo pratica a sua atividade como psicólogo clínico e o nível de stress traumático secundário ($r = 0.295^{**}$; $p = 0.005$). Como é possível observar na tabela 19, há uma correlação fraca, positiva e significativa entre estas duas variáveis. Desta forma, o nível de stress traumático secundário pode variar conforme o contexto da prática do indivíduo.

Por fim, é possível observar-se na tabela 20 que também existe uma associação entre o contexto em que o individuo trabalha como psicólogo clínico e o *Burnout*, mostrando uma correlação fraca, positiva e significativa entre ambas as variáveis ($r = 0.209^*$; $p = 0.046$). Isto pode sugerir que o contexto de trabalho de um psicólogo pode influenciar, de forma significativa, mas não muito forte, os níveis de *Burnout*.

Tabela 19*Correlação entre variáveis sociodemográficas*

		STS
Habilitações literárias	Correlação de <i>Spearman</i>	-.236*
	Sig.	.024
Em que contexto pratica psicologia clínica?	Correlação de <i>Spearman</i>	.295**
	Sig.	.005

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Tabela 20*Correlação entre variáveis sociodemográficas*

		Burnout
Em que contexto pratica psicologia clínica?	Correlação de <i>Spearman</i>	.209*
	Sig.	.046

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

5.5. Regressões entre variáveis

Hipótese 2: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com a satisfação por compaixão.

No sentido de verificar esta hipótese, foi realizado uma regressão linear entre a qualidade de sono (IQSP) e as subescalas do PROQOL5, a saber a satisfação por compaixão, o *Burnout* e o stress traumático secundário. Os resultados estão caracterizados na tabela 21 e indicam uma relação significativa entre as variáveis.

A satisfação por compaixão apresenta um impacto estatisticamente significativo, negativo e fraco na qualidade de sono ($B = -0.226$; $p = 0.031$; $R^2 = 0.041$). Isto significa que a qualidade do sono explica e prevê uma associação com a satisfação por compaixão e que a qualidade de sono tem um impacto negativo na satisfação por compaixão. Ou seja, quanto maiores os níveis de qualidade de sono (pior qualidade de sono) menor serão os níveis de satisfação por compaixão. Além disso, ao invertermos as variáveis os resultados da regressão são os mesmos, concluindo que elas se influenciam mutuamente, mas que não existe uma relação causal entre elas.

Hipótese 4: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

De acordo com a tabela 21, os resultados da regressão linear demonstram que existe um impacto estatisticamente significativo, positivo e fraco entre a qualidade de sono e o *Burnout* ($B = 0.428$; $p = < 0.001$; $R^2 = 0.174$). Isto demonstra que a qualidade de sono explica e prevê uma associação com o *Burnout*. Se as variáveis forem invertidas, o resultado será o mesmo, não podendo estabelecer uma relação de causalidade entre ambas as variáveis.

Hipótese 6: O stress traumático secundário explica e prevê uma associação com a qualidade de sono.

A tabela 21 também indica que o stress traumático secundário tem um impacto estatisticamente significativo na qualidade de sono ($B = 0.381$; $p = < 0.001$; $R^2 = 0.138$), o que significa que o stress traumático secundário explica e prevê uma associação com a qualidade de sono. No entanto, se mais uma vez invertermos as variáveis, o resultado da regressão será o mesmo, indicando que não existe uma relação de causalidade entre as variáveis.

Tabela 21

Regressão entre o IQSP e a ProQOL5

	IQSP		
	Beta	Sig.	R Quadrado Ajustado
ProQOL5			
Satisfação Por Compaixão	-.226	.031	.041
<i>Burnout</i>	.428	<.001	.174
Stress Traumático Secundário	.381	<.001	.138

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Hipótese 8: A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

Para a verificação desta hipótese, foi realizado uma regressão linear entre as subescalas do PROQOL5, a saber a satisfação por compaixão, o *Burnout* e o stress traumático secundário. Os resultados encontram-se caracterizados na tabela 22 e 23 e indicam uma relação significativa entre as variáveis.

A tabela 22 indica um impacto estatisticamente significativo, negativo e forte entre a satisfação por compaixão e o *Burnout* ($B = -0.740$; $p = < 0.001$; $R^2 = 0.542$). Estes resultados sugerem que a satisfação por compaixão explica e prevê uma associação negativa com o *Burnout*. Se invertermos as variáveis, os resultados são os mesmos, indicando uma relação não causal.

Hipótese 10: A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o stress traumático secundário.

Na mesma tabela (tabela 22) é possível observar que existe um impacto estatisticamente significativo, negativo e fraco entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário ($B = -0.379$; $p = < 0.001$; $R^2 = 0.134$). Estes dados significam que a satisfação por compaixão explica e prevê uma associação negativa com o stress traumático secundário. Ao invertermos as variáveis, os resultados são os mesmos, revelando uma certa influência entre as variáveis, mas não uma relação causal.

Tabela 22

Regressão entre o BO, a SC e o STS

		CS	
	Beta	Sig.	R Quadrado Ajustado
<i>Burnout</i>	-.740	<.001	.542
Stress Traumático Secundário	-.379	<.001	.134

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Hipótese 12: O stress traumático secundário explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

Esta hipótese é verificada através dos resultados caracterizados na tabela 23. Os dados obtidos estatisticamente, indicam que existe um impacto estatisticamente significativo, positivo e moderado entre o stress traumático secundário e o *Burnout* ($B = 0.610$; $p = < 0.001$; $R^2 = 0.365$). Se invertermos as variáveis, os resultados são idênticos, indicando uma influência existente entre ambas as variáveis, mas descartando uma relação causal.

Tabela 23*Regressão entre a STS e o BO*

	Beta	STS Sig.	R Quadrado Ajustado
<i>Burnout</i>	.610	<.001	.365

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Capítulo 6 | Discussão dos Resultados

Neste capítulo serão analisados os resultados obtidos e interpretados à luz da literatura revista anteriormente. Desta forma, a análise será conduzida com base nos objetivos propostos e nas hipóteses formuladas nesta pesquisa, permitindo uma discussão detalhada sobre os resultados à medida que são comparados com os resultados de outras investigações.

Objetivo 1: Analisar a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

De acordo com os resultados descritos anteriormente, mais de metade dos psicólogos que participaram nesta investigação (53,8%), apresentam uma boa qualidade de sono, enquanto os restantes demonstram má qualidade de sono (36,3%) ou mesmo perturbação de sono (9,9%), mais precisamente, 46,2% dos psicólogos apresentam dificuldades e problemáticas a nível do sono. Estes dados comprovam os resultados obtidos pelos autores Schlarb et al. (2012), onde 44% dos psicoterapeutas relataram dificuldades para dormir, assim como também os resultados obtidos por Pereira (2023), onde 44,4% da amostra indicaram má qualidade de sono.

Uma qualidade do sono eficaz é importante, pois impacta a eficiência e a qualidade do trabalho do profissional da saúde mental. Segundo a revisão de literatura, é fundamental que o psicólogo tenha uma boa qualidade de sono para poder usufruir de uma atenção plena no seu trabalho com o cliente (Schlarb et al., 2012). Além disso, a má qualidade de sono pode ter consequências na prática clínica do psicólogo (Rupert & Dorociak, 2019). Efetivamente, pode reduzir a capacidade de concentração, de memória, de regulação emocional, impactando a capacidade de empatia, das decisões clínicas adequadas, manter uma presença consistente e influenciando negativamente a qualidade das sessões. Desta forma, é importante adaptar uma boa higiene de sono. A separação da vida de trabalho e vida privada é fundamental para melhorar a qualidade do sono e garantir descanso e renovação de energias (Norcross & VandenBos, 2018; Rupert & Dorociak, 2019). O trabalho destes profissionais também implica passarem algumas horas isolados, com pouca atividade física, mais ainda, as desistências dos clientes e a dificuldade de estabelecer uma relação terapêutica, podem impactar a qualidade de sono. Os profissionais tendem a sentir-se ansiosos nestas situações o que complica a qualidade de sono (Norcross & VandenBos, 2018; Rokach & Boulazreg, 2020).

Relativamente à satisfação por compaixão, nesta amostra a maioria obteve um nível médio (57,1%) de satisfação e os restantes obtiveram níveis altos (42,9%) de satisfação. No que diz respeito ao *Burnout*, a maioria dos psicólogos desta amostra apresentam níveis baixo (57,1%) de *burnout* e os restantes (42,9%) apresentam níveis médios. Em relação ao stress

traumático secundário, 64,8% dos psicólogos demonstram níveis baixos de stress traumático secundário, enquanto 35,2% demonstram níveis médios. Estes resultados indicam que psicólogos que apresentam níveis altos de satisfação por compaixão, sofrem menos de *burnout* e de stress traumático secundário. Estes dados comprovam os resultados de um estudo onde psicólogos clínicos com níveis altos de satisfação por compaixão têm tendência em apresentar níveis baixos ou moderados de *burnout* e stress traumático secundário. A razão destes resultados pode estar ligada ao facto de oferecerem apoio aos outros, contarem com o suporte dos seus colegas, demonstrarem resiliência e manterem relações terapêuticas sólidas com os seus clientes. Porém, indivíduos com altos níveis de *burnout* e stress traumático secundário geralmente mostram níveis baixos de satisfação por compaixão, o que pode ser atribuído à exaustão no trabalho, a sensações de inutilidade e preocupações associadas, o que não é o caso nesta investigação (Amaro & Bizarro, 2016; Diehm et al., 2019; Spännargård et al., 2022).

Apesar de somente 42,9% e 35,2% de indivíduos apresentarem níveis médios de *burnout* e stress traumático secundário, estes dados indicam que estas pessoas estão a passar por alguma dificuldade e têm o risco de sofrerem de fadiga por compaixão.

Fatores como experiências de clientes que não se conseguiu ajudar, envolvimento extremo e contactos negativos com os clientes (por exemplo, comportamentos agressivos, perigosos e ameaçadores por parte dos clientes), são fatores de risco para aumentar o risco de fadiga por compaixão (Lee et al., 2011; Lee et al., 2020; Spännargård et al., 2022).

A perceção de um clima positivo no trabalho e uma boa liderança estão associados a níveis mais baixos de *burnout*. Um fator que é considerado protetor é a perceção de que se tem em relação aos recursos, competências e oportunidades para ajudar os seus clientes de forma relevante. (Spännargård et al., 2022).

Objetivo 2: Verificar se existem associações entre as variáveis da qualidade do sono e da qualidade de vida profissional em psicólogos clínicos.

Hipótese 1: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, menor a satisfação por compaixão em psicólogos clínicos.

Hipótese 2: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com a satisfação por compaixão.

Segundo os resultados, pode-se confirmar a primeira hipótese, pois existe uma associação significativa e negativa entre os níveis de qualidade do sono e a satisfação por compaixão. É importante relembrar que níveis mais altos de qualidade de sono significam má qualidade de sono ou perturbação de sono. Desta forma, estes resultados indicam que quanto

pior a qualidade de sono, menor é a satisfação por compaixão relatada pelos psicólogos clínicos. Isto significa também que os psicólogos que apresentam uma má qualidade de sono não se sentem realizados, nem satisfeitos com o trabalho que têm tido em relação às suas responsabilidades com os clientes (De Souza et al., 2019; Stamm, 2010). Efetivamente, uma baixa qualidade de sono pode impactar negativamente o estado emocional e cognitivo do profissional, causando uma menor capacidade de empatia e comprometendo a qualidade do atendimento aos seus clientes (Amaro & Bizarro, 2016; Guiraa et al., 2022). A significância estatística dos dados ($p = 0.030$) reforça a robustez desta relação, sugerindo que esta correlação não acontece por acaso.

A segunda hipótese pode ser parcialmente confirmada. Efetivamente, a análise de regressão demonstra que há uma associação significativa entre a qualidade de sono e a satisfação por compaixão ($B = -0.226$; $p = 0.031$). Isto indica que a qualidade de sono influencia a satisfação por compaixão, apoiando a hipótese. No entanto, o R quadrado ajustado de 0.041 sugere que a qualidade de sono explica apenas 4,1% da variação na satisfação por compaixão. Isto significa que, mesmo que a relação seja significativa, ela não é forte, e outros fatores podem também influenciar esta variável. Desta forma, a hipótese pode ser confirmada quanto à existência de uma relação, mas a capacidade da qualidade de sono explicar ou prever esta associação, é limitada. O mesmo acontece ao contrário, a capacidade de a satisfação por compaixão explicar ou prever a associação com a qualidade de sono, também é limitada.

Estes resultados podem parcialmente verificados na revisão da literatura, uma vez que foi concluído que uma má qualidade de sono diminui a atenção e a satisfação no trabalho. Ou seja, a satisfação com o trabalho efetuado demonstra ser um fator de resiliência, menorizando os riscos de perturbações de sono. Além disso, os psicólogos que estão satisfeitos com os seus trabalhos revelam menos problemas de sono do que aqueles que lutam com os seus trabalhos (Schlarb et al., 2012).

Adicionalmente, uma melhor qualidade do sono, maior satisfação no trabalho, mais experiências clínicas, satisfação com a vida e apoio social, são preditores de níveis mais altos de satisfação por compaixão. A sensação de competência e realização no que diz respeito à profissão, podem impactar o desenvolvimento da satisfação por compaixão (Wang et al., 2020).

Hipótese 3: É esperado que quanto pior qualidade do sono, maior o *Burnout* em psicólogos clínicos.

Hipótese 4: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

Hipótese 5: É esperado que quanto pior a qualidade do sono, maior o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Hipótese 6: O stress traumático secundário explica e prevê uma associação com a qualidade de sono.

Em relação à hipótese três, está pode ser validade conforme os resultados obtidos anteriormente. A correlação de *Spearman* apresentada é de 0.420 com um nível de significância de $p < 0.001$, indicando uma associação positiva e significativa entre a qualidade de sono, ou seja, piores níveis de sono, representados por valores mais altos do IQSP, e o *burnout* em psicólogos clínicos. Isto significa que à medida que a qualidade de sono vai a piorar, os níveis de *burnout* vão aumentando ao mesmo tempo.

No que se refere à hipótese quatro, os resultados da análise de regressão linear confirmam a associação entre a qualidade de sono e o *burnout* ($B = 0.428$; $p = < 0.001$), indicando que a qualidade de sono explica de forma significativa o *burnout* nos psicólogos clínicos. A força desta relação também é revelada através do R quadrado ajustado de 0.174, indicando que 17,4% da variação no *burnout* pode ser explicada pela qualidade de sono. O mesmo acontece ao contrário, a qualidade de sono pode igualmente ser explicado pelo *burnout*.

Estes resultados são coerentes com a revisão de literatura, que sugere que a privação do sono ou a má qualidade de sono podem levar ao esgotamento emocional e físico, que são componentes chave do *burnout*. Psicólogos clínicos que não têm um descanso adequado podem ter dificuldades para lidar com os pedidos emocionais dos seus clientes, o que por sua vez, aumenta o risco de *burnout* (Schlarb et al., 2012).

A quinta hipótese é validade conforme os resultados obtidos, com uma correlação moderada ($r = 0.415$; $p = < 0.001$), indicando pior a qualidade de sono, maior o stress traumático secundário. A correlação positiva pode refletir o facto de que o aumento de problemáticas e dificuldades ligadas à qualidade sono pode intensificar os sintomas do stress traumático secundário, estes traumas podem, por sua vez, impactar psicologicamente o individuo e interferir diretamente nos processos de recuperação mental e emocional durante o sono. A relação moderada ($r = 0.415$) indica que outros fatores podem também influenciar esta dinâmica, como, por exemplo a resiliência individual.

Relativamente é sexta hipótese, esta é confirmada e validada segundo análise de regressão linear, com um coeficiente Beta de 0.381 e um valor de significância $p < 0.001$. Isto indica que o stress traumático secundário explica de forma significativa a variação na qualidade de sono nos psicólogos clínicos. Assim, quanto maior o nível de stress traumático secundário, maior a probabilidade de os psicólogos apresentarem uma má qualidade de sono. Além disso,

o valor R quadrado ajustado ($R^2 = 0.138$) indica que 13,8% da variação na qualidade de sono pode ser explicada e prevista pelo stress traumático secundário. Tendo em conta que os resultados são os mesmos quando as variáveis são invertidas, a qualidade de sono também pode explicar o stress traumático secundário.

Estes resultados estão conforme a revisão da literatura que sugere que as problemáticas relacionadas com o sono correspondem a um aumento de fadiga por compaixão, ou seja, aumento de *burnout* e stress traumático secundário (Schlarb et al., 2012). Por outras palavras, uma má qualidade de sono é um fator relevante para o desenvolvimento de *burnout* e stress traumático secundário (Lykins et al., 2021). Por outro lado, a fadiga por compaixão (*burnout* e stress traumático secundário) aumenta o risco de perturbações de sono nos profissionais de saúde (Filipponi et al., 2022; (Koştu et al., 2024). Finalmente, o stress traumático secundário pode ter efeitos negativos na qualidade de sono devido a sentimentos de medo, pensamentos intrusivos e comportamentos de evitação de lembranças das vivências traumáticas dos seus clientes (Batalha et al., 2020).

Hipótese 7: Espera-se uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o *Burnout* em psicólogos clínicos.

Hipótese 8: A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

Hipótese 9: Espera-se uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Hipótese 10: A satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o stress traumático secundário.

Em relação à hipótese sete, esta é confirmada e validada pelos resultados obtidos anteriormente, indicando uma associação forte, negativa e significativa entre a satisfação por compaixão e o *Burnout* ($r = -0.693$; $p = < 0.001$). Isto significa que, à medida que os níveis de satisfação por compaixão aumentem, os níveis de *Burnout* diminuem. Desta forma, a satisfação por compaixão desempenha um papel crucial na diminuição do desenvolvimento de *Burnout*.

A hipótese oito é igualmente válida nesta investigação. Os resultados da regressão linear confirmam esta hipótese, comprovando um impacto estatisticamente significativo e negativo entre a satisfação por compaixão e o *burnout* ($B = -0.740$; $p = < 0.001$). Com um R quadrado ajustado de 0.541, os resultados indicam que 54,2% da variância no *burnout* pode ser explicada pela satisfação por compaixão e vice-versa. Estes dados significam que a satisfação por compaixão desempenha um papel importante na redução do *burnout*. Desta forma, quanto

maior for o nível de satisfação por compaixão, menor será a probabilidade de o psicólogo desenvolver sintomas de *Burnout*. Além disso, a robustez deste efeito ($B = -0.740$) e o alto valor do R quadrado ajustado indicam que a satisfação por compaixão é uma variável que prediz fortemente o *Burnout*. No entanto, quando as variáveis são invertidas, observa-se que a relação entre ambas as variáveis não é causal, mas sim associativa, o que significa que estas variáveis estão relacionadas, mas não há necessariamente efeito de que uma causa a outra de forma linear.

Estes dados estão alinhados com a revisão de literatura que sugere que a Satisfação por compaixão é um fator protetor contra o *Burnout*. Profissionais que encontram um significado positivo nos seus trabalhos, sentem-se realizados e têm uma sensação de propósito, tendem a ter menos esgotamento emocional que é uma das características do *Burnout* ((Hammond et al., 2018; Lee et al., 2020; Spännargård et al., 2022).

Estes resultados reforçam a literatura que descreve que a satisfação por compaixão como um fator protetor contra o desgaste emocional, exaustão e despersonalização que caracterizam o *Burnout* (Justin et al., 2023; Spännargård et al., 2022).

Consoante os resultados obtidos, a hipótese nove é validada, mostrando uma correlação moderada, negativa e significativa entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário ($r = -0.347$; $p = < 0.001$). Estes dados indicam que, à medida que os níveis da satisfação por compaixão vão aumentando, os níveis de stress traumático secundário vão diminuindo de forma significativa. Mesmo que a correlação é moderada, o facto de ser estatisticamente significativa sugere que a satisfação por compaixão tem um papel importante no alívio dos efeitos negativos do stress traumático secundário.

Relativamente à hipótese dez, os resultados da regressão linear mostram um impacto estatisticamente significativo e negativo entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário ($B = -0.379$; $p = < 0.001$). O R quadrado ajustado de 0.134 indica que 13,4% da variância no stress traumático secundário pode ser explicada pela satisfação por compaixão. Desta forma, é possível validar a hipótese que a satisfação por compaixão explica e prevê uma associação com o stress traumático secundário nos psicólogos clínicos. No entanto, mesmo que a satisfação por compaixão tenha um papel relevante na redução do stress traumático secundário, o impacto é relativamente fraco. Isto significa que quanto maior for a satisfação por compaixão, menores serão os níveis de stress traumático secundário, mas a relação não é assim tão forte como com a do *Burnout*. O que pode indicar que o stress traumático secundário é igualmente influenciado por outros fatores, como o apoio social. Ao inverter as variáveis, pode-se concluir que ambas as variáveis têm uma relação associativa e não causal. Os dados não permitem afirmar que uma causa a outra diretamente.

Psicólogos clínicos que se sentem satisfeitos nos seus trabalhos parecem ser menos vulneráveis aos impactos negativos da exposição prolongada ao sofrimento e traumas dos seus clientes, o que pode reduzir o risco de desenvolvimento de sintomas ligados ao stress traumático secundário (Diehm et al., 2019); Leung et al., 2023).

Os resultados obtidos nesta investigação são iguais aos que foram descritos na revisão da literatura. Um indivíduo com um nível elevado de satisfação por compaixão apresenta níveis baixos de *burnout* e stress traumático secundário. Isto é explicado pelo facto de oferecerem apoio aos outros, contarem com o suporte dos seus colegas, demonstrarem resiliência e manterem relações terapêuticas solidas com os seus clientes. Além disso, os indivíduos que sofrem de níveis altos de stress traumático secundário e *burnout*, apresentam baixos níveis de satisfação por compaixão. Isto sugere que o indivíduo não somente se sente sobrecarregado e inútil no seu trabalho, mas também se sente assustado e com medo (Amaro & Bizarro, 2016; Stamm, 2010).

Hipótese 11: Espera-se uma associação positiva entre o *Burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos.

Hipótese 12: O stress traumático secundário explica e prevê uma associação com o *Burnout*.

A hipótese onze espera encontrar uma associação positiva entre o *Burnout* e o stress traumático secundário. Os resultados obtidos confirmam que existe uma correlação forte, positiva e significativa entre o *Burnout* e o Stress traumático secundário ($r = 0.597$; $p = <0.001$). Assim, os resultados validam esta hipótese. Estes dados indicam que, à medida que os níveis de *Burnout* aumentam, os níveis de stress traumático secundário tendem a aumentar de forma proporcional. Desta forma, psicólogos clínicos com níveis elevados de *burnout* são mais propensos a sofrerem de stress traumático secundário. O que significa que trabalhar e reduzir os níveis de *burnout*, pode ter um efeito benéfico e indireto na redução dos níveis de stress traumático secundário, e vice-versa.

Para validar a hipóteses doze recorreu-se a análise de regressão linear. Os resultados obtidos permitem validar e confirmar esta hipótese, mostrando um impacto estatisticamente significativo e positivo entre o stress traumático secundário e o *burnout* ($B = 0.610$; $p = < 0.001$). O coeficiente R quadrado ajustado ($R^2 = 0.365$) indica que o stress traumático secundário explica 36,5% da variância no *burnout*, o que representa uma associação considerável. Estes resultados significam que o stress traumático secundário é um fator importante na explicação do aumento dos níveis de *burnout* entre psicólogos clínicos. Quanto

maior o impacto do stress traumático secundário, maiores serão os níveis de *burnout*. A análise também indica que se invertermos as variáveis, os resultados permanecem os mesmos, o que sugere uma relação bidirecional entre as variáveis. Ou seja, elas influenciam-se mutuamente, sem apresentarem uma relação causal clara. Desta forma, psicólogos clínicos que apresentam altos níveis de stress traumático secundário estão mais propensos a sofrer de *burnout*, e vice-versa.

Esta relação positiva e significativa sugere que ambas as variáveis compartilham fatores de risco comuns. A exaustão emocional e o desgaste profissional podem aumentar os efeitos do stress traumático secundário, resultando de uma exposição constante a traumas indiretos, principalmente em psicólogos que lidam com o sofrimento dos clientes. Esta conclusão está de acordo com a literatura que relacionam níveis elevados de *burnout* com aumentos dos sintomas de stress traumático secundário (Cieslak et al., 2014; Figley, 1995).

Objetivo 3: Verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais.

Hipótese 13: É esperado que exista uma associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas.

De acordo com os resultados obtidos, esta variável pode ser apenas parcialmente ou mesmo quase nada validada. Nesta pesquisa não houve muitas associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis em questão. Em relação com a qualidade de sono, não houve nenhuma associação significativa encontrada com as variáveis sociodemográficas. Relativamente ao stress traumático secundário e ao *burnout* foi possível encontrar algumas. Destacam-se assim três associações relevantes, a saber, uma correlação negativa entre as habilitações literárias e o stress traumático secundário, e duas correlações positivas entre o contexto de trabalho com os níveis de stress traumático secundário e de *Burnout*.

A correlação negativa entre as habilitações literárias e o stress traumático secundário ($r = -0.236$; $p = 0.024$) sugere que os psicólogos com maior nível de educação podem estar melhor preparados para lidar com situações de stress e casos traumáticos dos clientes, devido ao acesso de estratégias de *coping*. Justin et al. (2023), confirmam que níveis elevados de resistência e o uso de estratégias de *coping* eficazes, garantem uma boa qualidade de vida profissional.

Além disso, a relação entre o contexto de trabalho e o stress traumático secundário ($r = 0.295$; $p = 0.005$) indica que o ambiente em que os psicólogos clínicos trabalham pode influenciar os níveis e sintomas de stress traumático secundário. Desta forma, o contexto em

que o profissional trabalha, como clínicas públicas ou privadas, pode-os expor a maiores níveis de stress traumático secundário.

Da mesma forma, a correlação entre o contexto de trabalho e o *Burnout* ($r = 0.209$; $p = 0.046$) revela que o ambiente de trabalho pode afetar os níveis de *burnout* (esgotamento emocional) nos psicólogos clínicos. Estes resultados demonstram que o ambiente e contexto de trabalho pode aumentar o risco de *burnout*.

Estes resultados comprovam o que diz a literatura científica em relação ao facto de os psicólogos, que trabalham em consultórios privados, apresentam níveis de satisfação por compaixão mais elevados do que os que trabalham em consultórios públicos (Kercher & Gossage, 2024; Spännargård et al., 2022). Além disso, o clima do trabalho pode representar um fator de risco para o aumento de *burnout*. As exigências exageradas nos locais de trabalho de saúde mental, e na prática privada, são também consideradas como fatores de risco importantes para o *burnout*. A sensação de um ambiente positivo no trabalho e uma boa liderança estão associados a níveis mais baixos de *burnout* (Spännargård et al., 2022).

Parte IV – Conclusão, Limites e Indicações Futuras

Capítulo 7 | Conclusão da Investigação

7.1. Conclusão final

O presente estudo tinha como objetivo investigar a relação entre a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos. Os resultados obtidos permitem refletir sobre a importância da qualidade de sono e da satisfação por compaixão no seu trabalho para o bem-estar emocional e a eficiência profissional desta população. Em geral, os resultados confirmam as hipóteses formuladas, dando *insights* valiosos sobre os fatores que afetam o bem-estar dos psicólogos clínicos.

A amostra deste estudo foi constituída por 91 psicólogos clínicos, sendo que 72 eram mulheres e 19 eram homens com idades entre 24 e 65 anos. Relativamente ao primeiro objetivo deste estudo, que implicava analisar a qualidade de sono, a satisfação por compaixão, o *burnout* e o stress traumático secundário em psicólogos clínicos, os resultados revelaram que a maioria dos psicólogos apresentam uma boa qualidade de sono, embora uma parte significativa mostre dificuldades em dormir. Além disso, a satisfação por compaixão é revelada ser moderada nesta população, sendo um fator protetor contra o *burnout* e o stress traumático secundário. Em relação ao *burnout*, a maioria dos participantes apresentam níveis entre médios e baixos de *burnout*. Quanto ao stress traumático secundário, a amostra apresenta igualmente níveis entre médios e baixos. Psicólogos com níveis mais altos de satisfação por compaixão revelam níveis baixos de *burnout* e de stress traumático secundário, o que explica que a satisfação por compaixão pode ser um fator de resiliência contra o esgotamento emocional.

Na primeira hipótese, foi possível verificar uma associação negativa significativa entre os níveis da qualidade de sono e a satisfação por compaixão, confirmando assim a hipótese. Os psicólogos com má qualidade de sono tendem a ter níveis mais baixos de satisfação por compaixão, o que pode comprometer a eficiência das suas intervenções. A segunda hipótese foi parcialmente confirmada, tendo em conta que a análise de regressão linear revelou que a qualidade de sono influencia a satisfação por compaixão, embora outros fatores possam igualmente desempenhar um papel importante. Desta forma, a qualidade de sono previu e explicou parcialmente uma associação com a satisfação por compaixão. Estes resultados vão de encontro com a revisão de literatura que comprova que existe uma associação negativa entre a má qualidade de sono e a satisfação por compaixão.

No que diz respeito à terceira hipótese, esta foi validada, indicando uma associação positiva entre a qualidade de sono e o *burnout*. Os psicólogos que apresentam uma má qualidade de sono manifestam um risco maior de *burnout*. A quarta hipótese também foi confirmada, revelando que a qualidade de sono explicou e previu uma associação significativa com o

burnout, reforçando a ideia de que a qualidade de sono é um fator essencial no desenvolvimento do *burnout*. Estes resultados foram corroborados pela revisão de literatura que comprovam que existe uma associação positiva entre a má qualidade de sono e o *burnout*.

A quinta hipótese que previa uma associação positiva entre o nível da qualidade de sono e o stress traumático secundário, foi confirmada. Psicólogos que lidam com níveis elevados de stress traumático secundário tendem a apresentar uma pior qualidade de sono. A sexta hipótese, que previa uma relação explicativa entre o stress traumático secundário e a qualidade de sono, também foi validada. Os resultados mostraram que o contacto constante com os traumas dos clientes pode impactar o sono e a capacidade de recuperação emocional dos psicólogos. Estes resultados vão de encontro às informações da literatura e investigações recentes que comprovam que existe uma associação positiva entre a má qualidade de sono e o stress traumático secundário.

Em relação à sétima hipótese, esta foi validada e confirmada, uma vez que existe uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o *burnout*. Os psicólogos que se sentem satisfeitos com o seu trabalho, tendem a sofrer menos de *burnout*. A oitava hipótese também foi confirmada, a saber, a satisfação por compaixão explicou e previu significativamente a associação com o *burnout*. Estes resultados vão de encontro aos dados encontrados na revisão de literatura relativamente à existência de uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o *burnout*.

A hipótese nove que previa uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário, foi igualmente confirmada. Os psicólogos, que estão satisfeitos com o trabalho deles juntamente dos seus clientes, são menos vulneráveis aos efeitos do stress traumático secundário. A décima hipótese foi confirmada, indicando que a satisfação por compaixão explicou e previu a associação com o stress traumático secundário. Ou seja, a satisfação por compaixão mostrou ter um efeito médio na redução dos sintomas de stress traumático secundário, mesmo que esta relação seja mais fraca em comparação com o *burnout*. Estes resultados também vão de encontro às informações recolhidas na revisão de literatura que comprova que existe uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e o stress traumático secundário.

Relativamente à décima primeira hipótese, que analisou a associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais em estudo, os resultados foram menos conclusivos. Foi possível encontrar uma correlação negativa e significativa entre as habilitações literárias e o stress traumático secundário, e duas correlações positivas e significativas entre o contexto do local de trabalho com os níveis de stress traumático secundário e do *burnout*. Estes resultados

vão parcialmente de encontro às investigações recentes que comprovam que existe diversas associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis principais em estudo, que não foram encontradas neste estudo. Desta forma, é somente possível confirmar parcialmente a hipótese. No entanto, é essencial ter em consideração o número reduzido de participantes neste estudo, que infelizmente não possibilita a generalização dos resultados obtidos.

Para a realização deste estudo, foi estabelecido uma pergunta de investigação: “*Será que se verifica uma associação entre a qualidade do sono, a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão em psicólogos clínicos?*”. De acordo com os resultados descritos anteriormente e tomando em conta que o *burnout* e o stress traumático secundário são componentes da fadiga por compaixão, foi possível responder de forma favorável a esta pergunta, ou seja, existe uma associação entre estas variáveis comprovadas igualmente pela revisão de literatura. Foi igualmente possível cumprir os objetivos gerais e específicos da investigação. Neste sentido, conclui-se que a realização deste estudo foi pertinente, uma vez que traz amplas informações sobre os fatores que podem influenciar e impactar o bem-estar físico e mental dos psicólogos clínicos em Portugal. Além disso, revela a importância da investigação nesta população em específico para contribuir para o aumento de conhecimento científico em relação às variáveis que foram estudadas.

7.2. Limitações da Presente Investigação

Embora esta investigação tenha contribuído significativamente para compreender a relação entre as variáveis em estudo, existem várias limitações que devem ser destacadas.

Primeiramente, o desenho do estudo transversal dificulta a determinação de relações causais entre as variáveis em estudo. Neste sentido, é possível identificar que existe uma associação entre as variáveis e que uma impacta a outra e vice-versa, mas não é possível afirmar com certeza que uma variável causa a outra.

De seguida, mesmo tendo uma amostra representativa, esta foi relativamente pequena, limitando que os resultados possam ser generalizados para outros contextos ou populações de psicólogos clínicos. Além disso, houve uma discrepância entre o número de género feminino (N = 72) e masculino (N = 19). Neste sentido, não foi possível comparar estes dois grupos nas variáveis principais, apesar de várias investigações confirmarem que existe diferenças entre estes grupos.

A utilização de questionários de forma autorrelato, os resultados podem não corresponder exatamente à realidade, uma vez que os participantes podem-se ter subestimados ou

superestimados nas respostas, devido a influências de fatores externos, como o desejo de responder de forma que seja socialmente aceitável. O facto de ser também um protocolo que é preenchido de forma on-line, por meios eletrónicos, sem a presença do investigador, torna impossível controlar as condições em que os participantes respondem ao protocolo, facilitando a manipulação das respostas ou respondendo de forma rápida às perguntas.

Por fim, uma limitação importante desta pesquisa é o facto de não existirem muitas investigações recentes em relação às implicações e associações das variáveis estudadas nesta população em Portugal, o que impossibilita uma análise aprofundada.

7.3. Indicações para Futuras Investigações

Baseando nos limites identificados anteriormente, futuras investigações podem utilizar um desenho de estudo longitudinal para permitir uma análise mais robusta das relações causais entre a qualidade de sono e a qualidade de vida profissional. Além disso, seria relevante a realização de outra investigação baseada nestas variáveis, ou outras, nesta população específica, mas com um número maior e significativo de participantes, principalmente com números mais altos de participantes masculinos para proceder de forma eficaz à comparação dos grupos com as variáveis principais.

Outra proposta seria, incluir outras variáveis como, o suporte social e o uso de estratégias de *coping*, uma vez que estas variáveis podem influenciar a fadiga por compaixão. Estes fatores podem fornecer conhecimentos e estratégias essenciais que o psicólogo pode utilizar para melhorar a sua saúde mental e sua eficácia clínica.

Para finalizar, incluir perguntas aleatórias no protocolo on-line pode ajudar a evitar que os participantes desenvolvem padrões de resposta rápida.

Referências Bibliográficas

- Åkerstedt, T., & Wright, K. P., Jr. (2009). Sleep loss and fatigue in shiftwork and shift work disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 4(2), 257–271. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2009.03.001>
- Amaral, K. V., Galdino, M. J. Q., & Martins, J. T. (2021). Burnout, daytime sleepiness and sleep quality among technical-level Nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5180.3487>
- Amaro, A. N. C., & Bizarro, L. (2016). *Burnout e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses* [Dissertação]. Universidade de Lisboa.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Armes, S. E., Lee, J. J., Bride, B. E., & Seponski, D. M. (2020). Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104540. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104540>
- Baranwal, N., Yu, P. K., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 77, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.005>
- Barbosa, I. E. B., Mallagoli, I. S. S., Okuno, M. F. P., Da Fonseca, C. D., & Belasco, A. G. S. (2023). Sleep quality and burnout in higher education teachers. *Rev Rene*, 24, e85136. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232485136>
- 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. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0278>

- Bendau, A., Gerz, G. O., Ströhle, A., & Petzold, M. B. (2023). Aktiv und zufrieden? Körperliche Aktivität und berufsbezogene Lebensqualität bei Psycholog: innen. *Deleted Journal*, 68(3), 201-208. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00645-x>
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2014). Burnout among trauma social workers: The contribution of personal and environmental resources. *Journal Of Social Work*, 15(6), 606-620. <https://doi.org/10.1177/1468017314552158>
- Berhanu, H., Mossie, A., Tadesse, S., & Geleta, D. (2018). Prevalence and Associated Factors of Sleep Quality among Adults in Jimma Town, Southwest Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Sleep Disorders*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2018/8342328>
- Brinkman, J. E., Reddy, V. R., & Sharma, S. Sharma. (2023, April). *Physiology of Sleep*. National Library Of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482512/>
- Brunner, D. (2020, April). L'insomnie chronique. *La Gazette Médicale*, 32-35.
- Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416–424. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>
- Butz, S., & Stahlberg, D. (2020). The Relationship between Self-Compassion and Sleep Quality: An Overview of a Seven-Year German Research Program. *Behavioral Sciences*, 10(3), 64. <https://doi.org/10.3390/bs10030064>
- Buyse, D. J. (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, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry 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)
- Cabeza, G., Caballero, H., Castiblanco, F., Cabrera, D., Martinez, F., & Lara, G. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the quality of sleep of mental health workers in Colombia. *Dreaming*, 32(2), 124–134. <https://doi.org/10.1037/drm0000210>

- Carvalho, P. R. C., & Sá, L. O. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em portugal: tradução e adaptação cultural da escala “professional quality of life 5* [Dissertação]. Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., Manthorpe, J., & Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life ? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2726-x>
- Chen, Z., Foo, Z. S. T., Tang, J. Y., Sim, M. W. C., Lim, B. L., Fong, K. Y., & Tan, K. H. (2023). Sleep quality and burnout: A Singapore study. *Sleep Medicine*, 102, 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.026>
- Chennaoui, M., & Léger, D. (2022). Le sommeil et les conséquences du manque de sommeil : définitions et généralités. *Revue Défense nationale*, N° Hors-série (HS1), 13-21. <https://doi.org/10.3917/rdna.hs07.0013>
- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling And Psychotherapy Research*, 10(2), 114-125. <https://doi.org/10.1080/14733141003750285>
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
- Clark, P., Holden, C., Russell, M., & Downs, H. (2021). The Impostor Phenomenon in Mental Health Professionals: Relationships Among Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 44(2), 185-197. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09580-y>
- Coelho, J., Lucas, G. L., Micoulaud-Franchi, J., Philip, P., Boyer, L., & Fond, G. (2023). Poor sleep is associated with work environment among 10,087 French healthcare workers: results from a nationwide survey. *Psychiatry Research*, 328, 115448. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115448>

- Coelho, J., Quilès, C., Geoffroy, P. A., & Micoulaud-Franchi, J. (2022). La santé du sommeil en psychiatrie : à la croisée de la physiologie et de la santé publique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 180(7), 692-701. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.013>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e éd.). Lawrence Erlbaum Associates. <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Dar, I. A., & Iqbal, N. (2020). Beyond linear evidence: The curvilinear relationship between secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth among healthcare professionals. *Stress And Health*, 36(2), 203-212. <https://doi.org/10.1002/smi.2932>
- Dauvilliers, Y. (2019). *Les troubles du sommeil*. Elsevier Health Sciences.
- Del Carmen Pérez-Fuentes, M., Del Mar Molero Jurado, M., Martínez, Á. M., & Linares, J. J. G. (2019). Analysis of the Risk and Protective Roles of Work-Related and Individual Variables in Burnout Syndrome in Nurses. *Sustainability*, 11(20), 5745. <https://doi.org/10.3390/su11205745>
- De Souza, C. G. V. M., Benute, G. R. G., Moretto, M. L. T., Levin, A. S. S., De Assis, G. R., Padoveze, M. C., & Lobo, R. (2019). Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. *Estudos De Psicologia*, 24(3). <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>
- Deville, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress or Simply Burnout? Effect of Trauma Therapy on Mental Health Professionals. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 43(4), 373-385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2013). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology Health & Medicine*, 19(6), 705-715. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.861602>

- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology*, 25(3), 196–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
- Ellouze, S., Charfi, R., Turki, M., Ayed, H. B., Ketata, M., Wéli, R., Féki, H., Halouani, N., & Aloulou, J. (2022). Qualité de vie professionnelle et résilience chez les professionnels de santé en Tunisie au cours de la pandémie à COVID-19. *Archives Des Maladies Professionnelles Et De L'Environnement*, 83(5), 513–522. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2022.04.006>
- Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J., Kendall, T., & Katona, C. (2005). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal Of Psychiatry*, 188(1), 75-80. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.75>
- Fatahi, Y., Norouzinia, R., & Aghabary, M. (2022). Professional quality of life and resilience in pre-hospital emergency technicians during COVID-19 in Iran: a cross-sectional study. *Journal of Medical Ethics & History of Medicine*. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cb2c5ec6-b1a5-4b04-b586-86d8b75ad7ef%40redis>
- Ferreira, A. P. (2015). Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*, 13(2), 91-99. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15168/1/rbmt_volume_13_n%c2%ba_2_29320161552567055475.pdf
- Ferreira, P. L. (2005). Estatística descritiva e inferencial. <https://baes.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

- Figueiredo, J. (2020, 1 Julho). *O impacto do stress e do burnout na qualidade do sono em profissionais de saúde e docentes*. <http://hdl.handle.net/10400.26/36293>
- Filipponi, C., Pizzoli, S. F. M., Masiero, M., Cutica, I., & Pravettoni, G. (2022). The Partial Mediator Role of Satisficing Decision-Making Style Between Trait Emotional Intelligence and Compassion Fatigue in Healthcare Professionals. *Psychological Reports*, 127(2), 868-886. <https://doi.org/10.1177/00332941221129127>
- Finan, S., McMahon, A., & Russell, S. (2022). “At what cost am I doing this?” An interpretative phenomenological analysis of the experience of burnout among private practitioner psychotherapists. *Counselling & Psychotherapy Research*, 22(1), 43–54. <https://doi.org/10.1002/capr.12483>
- Garcia, H. A., McGeary, C. A., Finley, E. P., McGeary, D. D., Ketchum, N. S., & Peterson, A. L. (2015). The influence of trauma and patient characteristics on provider burnout in VA post-traumatic stress disorder specialty programmes. *Psychology And Psychotherapy Theory Research And Practice*, 89(1), 66-81. <https://doi.org/10.1111/papt.12057>
- Garner, E. V., Moghaddam, N., & Sabin-Farrell, R. (2023). Psychological flexibility as a predictor of professional quality of life in newly qualified psychological therapy practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.02.005>
- Gonçalves, P. M. F. (2021). *Retiros de ioga: influência na qualidade do sono, ansiedade, pressão arterial e glicémia* [Dissertação]. Instituto Politécnico de Santarém.
- Graham, J. R., & Shier, M. L. (2010). The social work profession and subjective well-being: The impact of a profession on overall subjective well-being. *British Journal of Social Work*, 40(5), 1553–1572. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp049>
- Hafner, M., Romanelli, R. J., Yerushalmi, E., & Troxel, W. M. (2023). La charge sociétale et économique de l’insomnie chez l’adulte : Une étude internationale. *RAND Europe*. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR2100/RR2166-1/RAND_RRA2166-3.summary-French.pdf

- Hammond, T. E., Crowther, A., & Drummond, S. (2018). A thematic inquiry into the burnout experience of Australian solo-practicing clinical psychologists. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01996>
- Harris, C., & Griffin, M. T. Q. (2015). Nursing on Empty: Compassion Fatigue Signs, Symptoms, and System Interventions. In *Journal of Christian Nursing* (Vol. 32, Issue 2). <https://doi.org/10.1097/cnj.0000000000000155>
- Hülsheger, U. R., Lang, J. W. B., Depenbrock, F., Fehrman, C., Zijlstra, F. R. H., & Alberts, H. J. E. M. (2014). The power of presence: The role of mindfulness at work for daily levels and change trajectories of psychological detachment and sleep quality. *Journal Of Applied Psychology*, 99(6), 1113-1128. <https://doi.org/10.1037/a0037702>
- Iskandarsyah, A., Shabrina, A., Djunaidi, A., & Siswadi, A. G. P. (2021). Mental Health, Work Satisfaction and, Quality of Life Among Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic in an Indonesian Sample. *Psychology Research And Behavior Management, Volume 14*, 1437-1446. <https://doi.org/10.2147/prbm.s330676>
- João, K. A. D. R., Becker, N. B., De Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Justin, M. W., Haroon, Z., & Khan, M. A. (2023). Hardiness, coping strategies and professional quality of life among practicing clinical psychologists. *Academic journal of social sciences*, 7(1), 124-136. <https://doi.org/10.54692/ajss.2023.07011904>
- Keane, A. (2014). The Influence of Therapist Mindfulness Practice on Psychotherapeutic Work: A Mixed-Methods Study. *Mindfulness*, 5(6), 689-703. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0223-9>
- Kercher, A., & Gossage, L. (2024). Identifying risk factors for compassion fatigue in psychologists in Aotearoa, New Zealand, during the COVID-19 pandemic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/pro0000538>

- Koştu, N., İnci, F. H., & Arslan, S. (2024). Compassion fatigue and the meaning in life as predictors of secondary traumatic stress in nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal Of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.13249>
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252–258. <https://doi.org/10.1037/a0023319>
- Lee, M. K., Kim, E., Paik, I. S., Chung, J., & Lee, S. M. (2020). Relationship between environmental factors and burnout of psychotherapists: Meta-analytic approach. *Counselling & Psychotherapy Research*, 20(1), 164–172. <https://doi.org/10.1002/capr.12245>
- Leung, T., Schmidt, F., & Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl 2), S213–S221. <https://doi.org/10.1037/tra0001277>
- Limongi, F., Siviero, P., Trevisan, C., Noale, M., Catalani, F., Ceolin, C., Conti, S., Di Rosa, E., Perdixi, E., Remelli, F., Prinelli, F., & Maggi, S. (2023). Changes in sleep quality and sleep disturbances in the general population from before to during the COVID-19 lockdown: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers In Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1166815>
- Lluch-Sanz, C., Galiana, L., Tomás, J. M., Oliver, A., Vidal-Blanco, G., & Sansó, N. (2022). Using latent profile analysis to understand palliative care professionals' quality of life during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 42(33), 28971–28983. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03958-3>
- Lykins, A. B., Seroka, N. W., Mayor, M., Seng, S., Higgins, J. T., & Okoli, C. T. C. (2021). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Staff at an Academic Medical Center: A Cross-Sectional Analysis. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 30(1), 63-73. <https://doi.org/10.1177/10783903211066125>

- MacRitchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary Traumatic Stress, Level of Exposure, Empathy and Social Support in Trauma Workers. *South African Journal Of Psychology*, 40(2), 149-158. <https://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Markov, D., & Goldman, M. (2014). Neurobiologic Mechanisms of Sleep and Wakefulness. *FOCUS The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*, 12(1), 9-15. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.1.9>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016b). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matsui, K., Chung, F., Bjelajac, A. K., Merikanto, I., Korman, M., Mota-Rolim, S. A., Cunha, A. S., Bjorvatn, B., Xue, P., Benedict, C., Morin, C. M., Espie, C. A., Landtblom, A., Penzel, T., De Gennaro, L., Holzinger, B., Hrubos-Strøm, H., Léger, D., Bolstad, C. J., ... Inoue, Y. (2023). Associations between changes in habitual sleep duration and lower self-rated health among COVID-19 survivors: findings from a survey across 16 countries/regions. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17258-3>
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers In Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Moreira, A. S., & De Lucca, S. R. (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>
- Morin, C. M., Carrier, J., Bastien, C., & Godbout, R. (2020). Sleep and circadian rhythm in response to the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal Of Public Health*, 111(5), 654-657. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00382-7>

- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). The Guilford Press.
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Ohayon, M. M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A. Y., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C. H., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., Mallampalli, M. P., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V. K., & Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*, 3(1), 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
- Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., La Fuente, G. A. C., Albendín-García, L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2019). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sustainability*, 12(1), 72. <https://doi.org/10.3390/su12010072>
- Paiva, T. & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono. Manual prático*. Lidel
- Patel, A. K., Reddy, V., Shumway, K. R., & Araujo, J. F. (2024, January). *Physiology, sleep stages*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/>
- Pereira, M. M. (2023). *Qualidade do sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, em contexto pandémico* [Dissertação, Universidade Autónoma de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/11144/6748>
- Pinheiro, J. M. G. (2023). Qualidade de vida profissional e estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem durante pandemia por COVID-19. *www.scielo.br*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210309.pt>
- Raouf, N., & Fekry, C. (2024). Sleep quality and its associated factors among rural adults in Egypt: A community-based study. *El-Minia Medical Bulletin*, 33(1), 55-64. <https://doi.org/10.21608/mjmr.2024.259332.1587>
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care

- professionals. *Traumatology*, 19(4), 255–267.
<https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- 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*, 12(8), 847.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12080847>
- Reis, M. T. S. C. C., Afonso, M. J., & Silva, A. C. N. (2020). *O autocuidado dos psicólogos: adaptação da self-care assessment for psychologists scale (SCAP) para Portugal* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa.
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2020). The road to becoming a psychologist: Indicators of success and hardship during the university years. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 154(8), 632–661. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1771538>
- Rožman, M., Grinkevich, A., & Tominc, P. (2019). Occupational Stress, Symptoms of Burnout in the Workplace and Work Satisfaction of the Age-diverse Employees. *Organizacija*, 52(1), 46-52. <https://doi.org/10.2478/orga-2019-0005>
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343–350.
<https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-42. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>
- Santos-Coelho, F. M. (2020). Impacto da privação de sono sobre cérebro, comportamento e emoções. *Med Int Méx*, 17-19. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims201f.pdf>
- Schlarb, 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>

- Scott, Z., O'Curry, S., & Mastroyannopoulou, K. (2021). Factors associated with secondary traumatic stress and burnout in neonatal care staff : A cross-sectional survey study. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 299-309. <https://doi.org/10.1002/imhj.21907>
- Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P., & Bratu, T. (2020). The Mediating Role of Insomnia and Exhaustion in the Relationship between Secondary Traumatic Stress and Mental Health Complaints among Frontline Medical Staff during the COVID-19 Pandemic. *Behavioral Sciences*, 10(11), 164. <https://doi.org/10.3390/bs10110164>
- Semenchuk, B. N., Onchulenko, S., & Strachan, S. M. (2021). Self-compassion and sleep quality: Examining the mediating role of taking a proactive health focus and cognitive emotional regulation strategies. *Journal Of Health Psychology*, 27(10), 2435-2445. <https://doi.org/10.1177/13591053211047148>
- Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2015). What Comes First, Job Burnout or Secondary Traumatic Stress? Findings from Two Longitudinal Studies from the U.S. and Poland. *PLoS ONE*, 10(8), e0136730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136730>
- Shubayr, N., Faraj, H., Hurbush, M., Khormi, M., Alyami, A., Majrashi, N., & Alomairy, N. (2022). Assessment of job satisfaction, lifestyle behaviors, and occupational burnout symptoms during the COVID-19 pandemic among radiologic technologists in Saudi Arabia. *Radiography*, 28(4), 1087-1092. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.07.015>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal Of Clinical Psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A., & Åkerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 175–183. <https://doi.org/10.1037/a0027518>
- Spännargård, Å., Fagernäs, S., & Alfonsson, S. (2023). Self-perceived clinical competence, gender and workplace setting predict burnout among psychotherapists. *Counselling & Psychotherapy Research*, 23(2), 469–477. <https://doi.org/10.1002/capr.12532>

- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal Of Loss And Trauma*, 12(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2^e éd.). Pocatello.
- Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301–309. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.301>
- The Center for Victims of Torture. (2021). *Professional Quality of Life (ProQOL)*. ProQOL.org. <https://proqol.org/proqol-1>
- Timofeiov-Tudose, I., & Măirean, C. (2022). Workplace humour, compassion, and professional quality of life among medical staff. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2158533>
- Torres, J., Barbosa, H. A., Da Silva Pereira, S., Cunha, F. O., Torres, S. A. S., Brito, M. F. S. F., De Pinho, L., Mendes, D. C., & Silva, C. (2019). Professional quality os life and factors associated in health professionals. *Psicologia, saúde & doenças*, 20(3), 670-681. <https://doi.org/10.15309/19psd200310>
- Tubbs, A., Dollish, H., Fernandez, F., & Grandner, M. (2019). The basics of sleep physiology and behavior. *Sleep and Health*, 3-10. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815373-4.00001-0>
- Van Den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22(3), 277-294. <https://doi.org/10.1080/02678370802393672>
- Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal Of Psychosomatic Research*, 64(4), 435-442. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.014>

- Ventouris, A., Comoretto, A., Panourgia, C., Wezyk, A., Yankouskaya, A., & Taylor, Z. (2020). COVID-19: Vicarious traumatisatation and resilience in Mental Health Psychology Practitioners. *New Vistas*, 6(2). <https://doi.org/10.36828/newvistas.121>
- Virgă, D., Baci, E., Lazăr, T., & Lupșă, D. (2020). Psychological Capital Protects Social Workers from Burnout and Secondary Traumatic Stress. *Sustainability*, 12(6), 2246. <https://doi.org/10.3390/su12062246>
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 60(3), 201-209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Wang, J., Okoli, C. T., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 102, 103472. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103472>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yeh, S. J., Chen, S. S., Yuan, K., Chou, W., & Wan, T. T. H. (2020). Emotional Labor in Health Care: The Moderating Roles of Personality and the Mediating Role of Sleep on Job Performance and Satisfaction. *Frontiers In Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.574898>
- Yip, S. Y. C., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Law, R. W. (2017). The mediating role of self-compassion between mindfulness and compassion fatigue among therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, 8(2), 460–470. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0618-5>
- Young, J. L., Derr, D. M., Cicchillo, V. J., & Bressler, S. (2011). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress in Heart and Vascular Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(3), 227-234. <https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e31821c67d5>