



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

A importância de cuidar de quem cuida: influência dos Fatores de Risco Psicossociais na Qualidade de Vida Profissional em profissionais das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

Beatriz Lima Fonseca

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Alexandre, Professora Auxiliar  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro 2023



Departamento de Psicologia Social e das Organizações

A importância de cuidar de quem cuida: influência dos Fatores de Risco Psicossociais na Qualidade de Vida Profissional em profissionais das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

Beatriz Lima Fonseca

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Alexandre, Professora Auxiliar  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro 2023



*“For someone to develop genuine compassion towards others, first he or she must have a basis upon which to cultivate compassion, and that basis is the ability to connect to one’s own feelings and to care for one’s own welfare... Caring for others requires caring for oneself.” (p. 125)*

(Dalai Lama, 2003)



## Agradecimentos

Ao concluir esta extensa jornada repleta de desafios e realizações, é com profunda gratidão que expresso o meu agradecimento a todas as pessoas e instituições que tornaram possível este capítulo tão significativo na minha vida tanto pessoal quanto académica.

À Universidade de Évora, onde dei os primeiros passos, agradeço aos dedicados docentes por me proporcionarem uma base sólida de conhecimento e pelo ambiente enriquecedor que moldou o meu pensamento.

À Universitat de Barcelona, que me acolheu durante o meu período de Erasmus, agradeço pela possibilidade de experiência internacional que me permitiu aprender sobre outros contextos, alargou os meus horizontes e me permitiu crescer como pessoa e como estudante.

Ao ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa, agradeço pela excelência académica e estendo a minha gratidão a todas as professoras pela disponibilidade constante. Contribuíram significativamente para a minha formação, proporcionando-me desafios que moldaram a minha visão profissional. Cada interação com as mesmas foi uma fonte de inspiração e aprendizagem, enriquecendo a minha experiência educacional de maneiras inestimáveis.

À CNCPDCJ, pelo apoio valioso nesta pesquisa, e aos dedicados técnicos das CPCJ pela sua colaboração. A sua participação ativa foi uma peça fundamental nesta investigação e sua contribuição não pode ser subestimada.

Agradeço aos meus pais e irmã pela presença constante e por serem a rede de apoio com o qual sei que sempre poderei contar. Por serem os primeiros a acreditar em mim e no meu potencial. Pelo amor incondicional. Pelas palavras calorosas... sou grata a vocês e por vocês!

Aos meus amigos que ao longo deste tempo ouviram os meus desabafos e incertezas em momentos de desespero, mas nunca me deixaram cair e me foram dando forças para continuar. Sem descurar os restantes, faço um agradecimento especial à minha amiga Catarina Martins que foi a minha maior companheira ao longo de todo o Mestrado e, em especial, no processo de escrita da minha dissertação. Obrigada pelos telefonemas, reflexões pertinentes e palavras de conforto.

O maior dos agradecimentos vai para a minha orientadora, Professora Doutora Joana Alexandre, cuja sabedoria, compreensão e paciência foram indescritíveis. Obrigada por ter acreditado sempre em mim e pelas palavras de incentivo que surgiam sempre no momento certo para me ajudar a ver a luz ao fundo do túnel. Reconhecerei eternamente em si uma referência e inspiração neste mundo que é a proteção de crianças e jovens.

Por fim, agradeço a todos aqueles que não mencionei, mas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta etapa. Foi graças ao contributo de todos que me foi permitido viver a mais bonita história académica que algum vez poderia ter vivido.

Eternamente grata!





## **Resumo**

Os técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens estão expostos, diariamente, a elementos stressantes resultantes da sua atividade profissional. Quando acompanham crianças e jovens que experienciaram situações potencialmente traumáticas poderão sofrer de uma forma de stress conhecida como Fadiga por Compaixão, caracterizada pelos sintomas de Burnout e Stress Traumático Secundário. Estas dimensões negativas estão incorporadas no conceito de Qualidade de Vida Profissional, aos quais se junta a dimensão positiva denominada de Satisfação por Compaixão. Níveis médios e altos das dimensões negativas podem trazer prejuízos pessoais, profissionais, institucionais e também ao nível da qualidade dos cuidados prestados. Portanto, este estudo visa explorar como é que a Satisfação por Compaixão e a Fadiga por Compaixão (i.e. Burnout e Stress Traumático Secundário) se relacionam com os Fatores Psicossociais que podem atuar como Fatores de Proteção ou Risco para o desenvolvimento destes fenómenos. Com uma amostra de 135 técnicos das diferentes CPCJ do país, foram avaliadas as dimensões referidas através dos instrumentos ProQOL5 e COPSOQ-II. Os resultados obtidos traduzem, maioritariamente, níveis médios de Burnout, Stress Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão na amostra estudada. Verificou-se, ainda, que os Fatores de Risco Psicossociais, especialmente a Organização do Trabalho e Conteúdo, demonstraram ser preditores significativos desses fenómenos, contribuindo para a variação dos mesmos. No final, são apresentadas algumas sugestões para as CPCJ na ótica de melhorar as suas práticas e proteger os seus trabalhadores como, por exemplo, diretrizes claras e suporte mais direto, assim como promover a prática de estratégias de autocuidado.

Palavras-Chave: Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão, Burnout, Stress Traumático Secundário, CPCJ; Fatores de Risco Psicossociais

Códigos de classificação APA: 3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness; 3373 Community & Social Services



## **Abstract**

Child and Youth Protection Commission professionals are daily exposed to stressful elements arising from their work. When dealing with children and youths who have undergone potentially traumatic situations, they may suffer from a form of stress known as Compassion Fatigue, which is characterized by symptoms of Burnout and Secondary Traumatic Stress. These negative dimensions are embedded within the concept of Professional Quality of Life, alongside the positive dimension known as Compassion Satisfaction. Moderate to high levels of the negative dimensions can lead to personal, professional, institutional, and care quality drawbacks. Therefore, this study aims to explore how Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue (i.e., Burnout and Secondary Traumatic Stress) relate to Psychosocial Factors that can act as protective or risk factors for the development of these phenomena. Using a sample of 135 professionals from various Child and Youth Protection Commissions across the country, these dimensions were assessed using the ProQOL5 and COPSOQ-II instruments. The results mainly indicate medium levels of Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction in the studied sample. It was also observed that Psychosocial Risk Factors, especially Work Organization and Job Contents, proved to be significant predictors of these phenomena, contributing to their variation. Finally, suggestions are offered for the Child and Youth Protection Commissions to enhance their practices and support their workers, including clear guidelines, direct support, and the promotion of self-care strategies.

**Keywords:** Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Burnout, Secondary Traumatic Stress, CPCJ; Psychosocial Risk Factors

APA's classification codes: 3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness; 3373 Community & Social Services



## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>4</b>
1.1. Qualidade de Vida Profissional .....	4
1.1.1. Satisfação por Compaixão.....	5
1.1.2. Fadiga por Compaixão .....	6
1.2. Modelo de Transmissão do Trauma .....	9
1.3. Impactos da Fadiga por Compaixão na saúde dos profissionais .....	11
1.4. Evidência Empírica sobre as variáveis BO, STS e SC .....	13
1.5. Fatores de Risco Psicossociais .....	14
1.6. Relação entre Qualidade de Vida Profissional e Fatores de Risco Psicossociais .....	16
1.7. Importância do Autocuidado .....	18
1.8. Objetivos .....	20
<b>Capítulo II – Método.....</b>	<b>21</b>
2.1. Participantes .....	21
2.2. Instrumentos .....	23
2.3. Procedimentos .....	26
2.3.1. Procedimento de recolha de dados .....	26
2.3.2. Procedimento de análise de dados .....	27
<b>Capítulo III – Resultados.....</b>	<b>29</b>
3.1. Análises descritivas das variáveis em estudo .....	29
3.1.1. COPSQ-II .....	29
3.1.2. ProQOL5 .....	31
3.2. Correlações.....	31
3.3. Objetivo 1: Análise da Qualidade de Vida Profissional (FC – BO e STS – e SC) em função de variáveis laborais .....	33
3.4. Objetivo 2: Distribuição dos técnicos de CPCJ pelos diferentes níveis de BO, STS e SC .....	34
3.5. Objetivo 3: Compreender que percentagem da variação da QVP é explicada pelos FRP nesses profissionais e quais desses riscos são preditores dessas variáveis.....	35
3.6. Objetivo 4: Perceção sobre estratégias de Autocuidado ou de Apoio Especializado.....	39
<b>Capítulo IV - Discussão.....</b>	<b>41</b>
4.1. Contributos e Implicações Teóricas e Práticas .....	44
4.2. Limitações e Sugestões Futuras .....	46
<b>Conclusão .....</b>	<b>49</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>67</b>



## Índice de Quadros

<b>Quadro 2.1</b> - Caracterização Sociodemográfica dos participantes do estudo (N=135).....	22
<b>Quadro 3.1</b> - Estatísticas Descritivas dos Fatores da COPSOQ-II.....	29
<b>Quadro 3.2</b> - Estatísticas Descritivas da Subescala Interface Trabalho-Indivíduo da COPSOQ-II.....	30
<b>Quadro 3.3</b> - Estatísticas Descritivas dos Fatores da ProQOL5.....	31
<b>Quadro 3.4</b> - Comparação de Pontos de Corte da ProQOL5 entre estudos portugueses e o presente estudo .....	34
<b>Quadro 3.5</b> - Frequências Absolutas e Relativas de BO, STS e SC.....	35
<b>Quadro 3.6</b> - Avaliação da qualidade do modelo (variação da Satisfação por Compaixão).....	36
<b>Quadro 3.7</b> - Análise da predição de Satisfação por Compaixão pelos Fatores de Risco Psicossociais .....	36
<b>Quadro 3.8</b> - Avaliação da qualidade do modelo (variação do Burnout).....	37
<b>Quadro 3.9</b> - Análise da predição de Burnout pelos Fatores de Risco Psicossociais.....	37
<b>Quadro 3.10</b> - Avaliação da qualidade do modelo (variação do Stress Traumático Secundário).....	38
<b>Quadro 3.11</b> - Análise da predição de Stress Traumático Secundário pelos Fatores de Risco Psicossociais.....	39

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.1</b> - Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (Stamm, 2010).....	5
<b>Figura 1.2</b> - Modelo de Transmissão de Trauma (Figley, 2002).....	10





## Lista de Abreviaturas

BO – Burnout

CNPDP CJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens

COPSOQ - II – *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II*

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DP – Desvio Padrão

EL – Exigências Laborais

FC – Fadiga por Compaixão

FRP – Fatores de Risco Psicossociais

ITI – Interface Trabalho-Indivíduo

M – Média

N – Número

OTC – Organização do Trabalho e Conteúdo

P – Personalidade

ProQOL 5 – *Professional Quality of Life Scale 5*

RSL – Relações Sociais e Liderança

SBE – Saúde e Bem-Estar

SC – Satisfação por Compaixão

STS – Stress Traumático Secundário

VLT – Valores no Local de Trabalho



## Introdução

Muitas são as pessoas que passam por situações traumáticas ao longo das suas vidas e, por essa razão, necessitam da intervenção de profissionais especializados para poderem lidar com esses desafios. No entanto, é notável que a maior parte das investigações se concentra na compreensão do impacto desses eventos traumáticos na vida das próprias pessoas afetadas, deixando em segundo plano a análise do impacto que essas situações têm sobre aqueles que fornecem serviços de apoio, o que acaba por ser uma vivência de trauma de forma indireta. Um desses grupos de profissionais é o dos que trabalham com crianças e jovens em risco (Rocha, 2019; Salloum et al., 2015; Silva, 2020) já que, pela natureza tão própria do seu trabalho, têm grande probabilidade de experienciar momentos de stress que, posteriormente, podem afetar a sua capacidade de realizar eficazmente o seu trabalho e comprometendo, desse modo, a sua qualidade na prestação de serviços (Cummings et al., 2020; Middleton & Potter, 2015), além do seu bem-estar geral. Essa crescente atenção a pessoas em situação de trauma indireto tem contribuído para uma compreensão mais abrangente dos impactos psicológicos e emocionais que tais eventos podem ter sobre as mesmas (Berg et al., 2016; Figley, 1995).

Na década de 90 do século passado, nos Estados Unidos e no Canadá, surgiu o conceito de Fadiga por Compaixão (FC), descrito como uma exaustão mental resultante do esforço associado à exposição ao sofrimento físico e emocional de outras pessoas (Figley & Ludick, 2017). Este construto emergiu como uma forma de descrever o stress observado em enfermeiros que trabalhavam em serviços de emergência, sendo reconhecido nos dias de hoje como uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais. Reconhecendo a importância dessa questão, têm-se dedicado esforços para compreender e abordar a FC, visando promover o suporte e a resiliência desses profissionais e garantir a manutenção da sua saúde mental num ambiente de trabalho considerado desafiador e exigente (Hooper et al., 2010; Labib, 2015; Lago et al., 2013; Manuelito, 2016). A FC está relacionada com uma baixa Satisfação por Compaixão (SC), a qual deriva de sentimentos positivos e aumenta a capacidade do profissional se colocar no lugar dos pacientes e sentir empatia por eles (Martin-Cuellar et al., 2018; Sinclair et al., 2016).

Ao entrar em contato com indivíduos que estão em sofrimento e que descrevem as situações penosas que vivenciaram ou que estão a vivenciar, os profissionais podem desenvolver stress por compaixão como resultado da exigência de serem compassivos e eficientes no auxílio prestado. O stress sentido por esses profissionais é frequentemente transformado em FC (Figley & Ludick, 2017). Apesar de ser um tema de grande importância, quando comparado a outros fenómenos de stress relacionados ao trabalho, a FC é um assunto que, apesar de já se começar a tornar mais expressivo, continua a necessitar de muita atenção e estudo numa escala global (Carvalho & Sá, 2011), uma vez que é reconhecida como um risco ocupacional associado a todos os profissionais que estão expostos ao sofrimento (Sansó et al., 2015).

A FC é composta por duas componentes: Burnout (BO) e Stress Traumático Secundário (STS). Os fatores que contribuem para o BO incluem stressores associados ao trabalho e ao ambiente em que este

ocorre. Concomitantemente, um ambiente de trabalho exigente, contínuo e intensivo em termos de carga de trabalho pode resultar tanto em problemas significativos de saúde mental como numa diminuição da qualidade de vida dos trabalhadores (Salvagioni et al., 2017). Neste sentido, importa abordar o conceito de Fatores de Risco Psicossociais (FRP), referente a elementos presentes no ambiente de trabalho que podem contribuir para o surgimento e a intensificação do stresse ocupacional (Silva et. al, 2011). O bem-estar dos profissionais desempenha um papel crucial no funcionamento e na vitalidade de uma organização (Walsh-Lyle, 2016). Tal como mencionado por Cooper e Bevan (2014), sabe-se que os trabalhadores que se apresentam saudáveis têm maior produtividade. Contudo, existem diversos FRP que podem prejudicar a saúde dos mesmos, acarretando consequências negativas tanto para as organizações quanto para os utentes dos serviços prestados (Walsh-Lyle, 2016).

A exposição a fatores de risco pode trazer, assim, resultados negativos dos quais são exemplo o STS e o BO (Giovannoni et al., 2015), podendo também conduzir a impactos negativos como o absentismo, diminuição do comprometimento com a profissão, queda na qualidade do atendimento e um aumento da carga de trabalho para outros membros da equipa (Middleton & Potter, 2015).

Embora a FC e os FRP sejam amplamente estudados em profissionais de saúde (Barbosa et a., 2014; Bellolio et al., 2014; Carvalho & Sá, 2011; Chan et al., 2015; El-bar et al., 2013; Fonseca, 2017; Ghazanfar et al., 2018; Hinderer et al., 2014; Hunsaker et al., 2015; Pfaff et al., 2017; Račić et al., 2019; Sodeke-Gregson et al., 2013) e de serviços sociais (Adams et al., 2006; Kinman & Grant, 2020; Michalopoulos & Aparicio, 2012), prevalece uma lacuna de conhecimento em relação aos profissionais da área de proteção de crianças e jovens em contexto português (Fonseca, 2022), nomeadamente das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), que desempenham um papel fundamental na promoção e salvaguarda do bem-estar de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade e necessitam emergir-se emocional e mentalmente saudáveis para intervir com eficácia (Griffiths & Royse, 2016; Griffiths et al., 2019).

De acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens [CNPDP CJ], 2023), em Portugal, referente ao ano de 2022, houve um movimento significativo de Processos de Promoção e Proteção (PPP). No total, foram movimentados 78 173 PPP, dos quais 30 616 transitaram de anos anteriores, 38 691 foram abertos no próprio ano e 8 866 foram reabertos. Além disso, foram comunicadas 49 564 situações de eventual perigo, representando um aumento de 6 489 casos em comparação com o ano anterior. Dentro dessas situações, destacaram-se a Negligência, que correspondeu a 30,5% dos casos, e a Violência Doméstica, que representou 27,4% das situações identificadas. Em relação ao acompanhamento de crianças e jovens em situação de risco, 28 396 estiveram sob cuidados e proteção das CPCJ, resultando em 28 581 processos de promoção e proteção e um total de 29 407 medidas de promoção e proteção aplicadas. Estas medidas têm como objetivo principal afastar os perigos enfrentados pelas crianças e jovens, proporcionar condições que garantam a sua segurança, saúde e desenvolvimento integral, bem como assegurar a sua recuperação física e psicológica em casos de exploração e/ou abuso. No que diz respeito

ao ano de 2023, foram transitados um total de 31 603 processos, dos quais 17 086 ainda estão em execução e acompanhamento com medidas de promoção e proteção em vigor.

Num estudo realizado por Tavormina e Clossey (2015), por exemplo, com trabalhadores de proteção infantil nos Estados Unidos da América a fim de analisar o impacto emocional do trabalho com crianças vítimas de maus-tratos, foi possível destacar nos relatos dos participantes que consideravam o trabalho que realizam como sendo emocionalmente intenso e que era difícil de se desligarem emocionalmente das situações que vivenciam. Adicionalmente, também exprimiram sentimentos de impotência, preocupação, frustração e ansiedade mediante as situações que aqueles que acompanham relataram. Recentemente, Fonseca (2022), num estudo com cerca de 200 técnicos de casas de acolhimento – contexto igualmente exigente em termos emocionais e físicos – mostrou que estes apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional quando comparados com outros profissionais.

Face aos números anteriormente apresentados e face a alguma evidência empírica sobre os impactos em profissionais do Sistema de Promoção e Proteção, evidencia-se a pertinência e atualidade do estudo com esta população.

Vários estudos têm investigado a ligação entre fatores de risco e de proteção, assim como diferentes aspetos relativos à satisfação no trabalho e/ou stress. Contudo, é necessária mais pesquisa para explorar as possíveis conexões entre SC, BO e STS entre os Profissionais da área de Proteção de Crianças e Jovens. Apesar do avanço dos estudos, ainda não está claro se a redução da SC leva estes profissionais a desenvolver BO e/ou STS. Responder a esta pergunta fornecerá conhecimentos essenciais para o planeamento de programas de intervenção com o objetivo de prevenir e reduzir o BO e o STS, especialmente no trabalho de proteção infantil (Baugerud et. al, 2018).

Face ao exposto, o estudo vigente ambiciona analisar a Satisfação e Fadiga por Compaixão em técnicos de CPCJ e COMPREENDER qual o peso dos Fatores DE RISCO Psicossociais na Qualidade de Vida Profissional dos mesmos.

A estrutura desta pesquisa encontra-se distribuída por cinco partes. Após esta Introdução, segue-se o Capítulo I, onde é realizado um breve enquadramento teórico associado à apresentação dos conceitos essenciais à compreensão do tema e evidências de estudos anteriores, assim como os objetivos vinculados ao presente estudo. No Capítulo II, destaca-se a apresentação do Método. Numa terceira secção (Capítulo III), são apresentados os Resultados. Segue-se o Capítulo IV com a Discussão. Por fim, no Capítulo V, é realizada uma Conclusão, apontando as principais implicações teóricas e práticas, assim como limitações e estudos futuro.

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

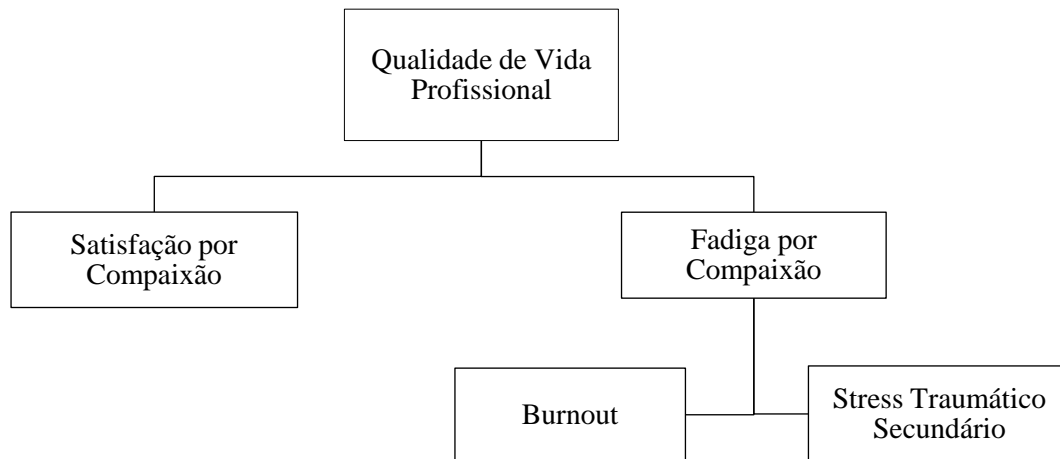
A compaixão desempenha um papel fundamental tanto no cuidado como na cura (Barbosa et al., 2014; Lee et al., 2019), envolvendo a sensibilidade à dor dos outros e o desejo genuíno de aliviar o seu sofrimento (Goetz et al., 2017). Levando isso em consideração, é possível afirmar que a compaixão é uma exigência para todos os profissionais que prestam serviços que envolvem o cuidado e a assistência direta às pessoas (e.g. profissionais de saúde, da educação, de apoio psicológico, de cuidados infantis e a idosos, serviço social, bombeiros, polícias) (Figley & Figley, 2017). Estes profissionais tendem a ser mais empáticos, o que lhes permite compreender melhor as situações emocionais experimentadas pelas pessoas que acompanham, proporcionando assim uma intervenção mais adequada e que considere as emoções das mesmas. No entanto, é importante ressaltar que esse alto nível de empatia também pode resultar em sofrimento e stress para os profissionais (Lago & Codo, 2010), afetando desse modo a sua Qualidade de Vida Profissional e despoletando consequências negativas para os mesmos. Figley e Figley (2017) acrescentaram, ainda, que ser compassivo significa ser eficiente na avaliação e ajuda prestada àqueles que enfrentam situações difíceis. Contudo, esse envolvimento emocional também os torna mais suscetíveis a experimentar o impacto do sofrimento alheio (Lee et al., 2019).

### 1.1. Qualidade de Vida Profissional

A Qualidade de Vida Profissional (QVP) tem sido um tema emergente nos últimos anos (Stamm, 2010), destacando-se na linha da frente as investigações realizadas por Stamm (1995, 1997, 2002, 2006, 2010) que culminaram no desenvolvimento de escalas que avaliam este construto.

Para esta autora, a QVP é a qualidade sentida pelo indivíduo relativa ao seu trabalho como “ajudante”. Entende-se como “ajudante” qualquer profissional que ofereça assistência no momento do evento e após o mesmo (e.g. profissionais de saúde, assistentes sociais, professores, advogados, polícias, bombeiros, entre outros). Este construto incorpora aspetos positivos e negativos. Os aspetos negativos são explicados pelo conceito de Fadiga por Compaixão (FC) – definida como um estado de tensão e ansiedade, resultante da escuta cumulativa de narrativas sobre eventos traumáticos (Pehlivan, & Güner, 2018) – que se desdobra em duas dimensões principais. A primeira dimensão é o Stress Traumático Secundário (STS), que se refere aos sentimentos negativos decorrentes do medo ou trauma relacionados ao trabalho, resultantes da exposição secundária a pessoas que vivenciaram eventos traumáticos ou altamente stressantes. Isso pode manifestar-se através de sentimentos de medo, dificuldades no sono, pensamentos intrusivos relacionados às experiências traumáticas dos pacientes ou evitação de qualquer coisa que faça relembrar tais experiências. A segunda dimensão é o Burnout (BO), que se manifesta por sentimentos de raiva, frustração, tristeza, insatisfação, exaustão e depressão. Esses sentimentos estão relacionados à perceção de que os esforços não fazem diferença, sobrecarga de trabalho e dificuldades em lidar com a pressão ou falta de apoio no ambiente de trabalho. Essas dimensões da FC podem

impactar negativamente a QVP do “ajudante”, afetando a sua saúde mental e bem-estar emocional. Os aspetos positivos são retratados pela Satisfação por Compaixão (SC), que se prende com o prazer sentido pelos profissionais por poderem desempenhar bem o seu trabalho, uma vez que sentem que estão a promover um impacto positivo através do seu contributo (Figley, 1995; Stamm, 2010). Para melhor compreensão, apresenta-se de seguida a Figura 1.1 que descreve o Diagrama da Qualidade de Vida Profissional.



**Figura 1.1** - Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (Stamm, 2010)

O conceito geral de QVP é complexo, uma vez que se encontra associado às características do ambiente de trabalho (organizacionais e relacionadas às tarefas), às características pessoais do indivíduo e à exposição do indivíduo ao trauma primário e secundário no ambiente de trabalho (Stamm, 2010). Contudo, é crucial que os profissionais consigam identificar as diferentes formas de manifestação da FC de modo a procurarem formas de a combater para que, posteriormente, possam sentir-se saudáveis e atuar da melhor forma com aqueles que acompanham (Figley, 2002).

### **1.1.1. Satisfação por Compaixão**

Como indicado anteriormente, a QVP é composta por aspetos positivos que são retratados pelo conceito de Satisfação por Compaixão (SC), definida como o prazer associado a sentimentos de concretização sentidos pelo profissional que provém da sensação de ter realizado um bom trabalho ao contribuir para o bem-estar daqueles que acompanha (Figley, 1995; Stamm, 2010).

Essa satisfação pode ser oriunda do prazer sentido ao ajudar outras pessoas, da sensação positiva que emerge ao participar em atividades construtivas no ambiente de trabalho ou a sensação de que o seu trabalho contribui para o bem maior do indivíduo acompanhado e/ou da sociedade. Stamm (2010) propõe que essa dimensão pode atuar como uma espécie de escudo que protege os profissionais contra os fatores de stress no trabalho. Essa sugestão parece ter sido validada, dado que uma análise abrangente

sobre a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde revelou correlações substanciais entre a satisfação e questões de saúde mental e psicológica, tais como o burnout, a autoestima, a depressão e a ansiedade (Faragher et al., 2005). Pesquisas anteriores apresentaram evidência de que a SC tem efeito amortecedor relativamente ao impacto da FC (Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Ray et al., 2013; Samios et al., 2013). Assim, compreende-se que a SC cria a capacidade de experimentar alegria, gratificação e um sentimento de propósito nos profissionais que prestam cuidados (Mairean, 2016), permitindo-lhes equilibrar os efeitos negativos do cuidado através do desenvolvimento de resiliência (Burnett & Wahl, 2015).

### **1.1.2. Fadiga por Compaixão**

O conceito de Fadiga por Compaixão (FC) tem sido utilizado desde 1992, quando Carla Joinson conceituou o termo numa revista de enfermagem com o objetivo de descrever um estado de reduzida capacidade de sentir compaixão apresentado pelos enfermeiros para com os seus pacientes devido ao esgotamento consequente de partilharem e "absorverem" o sofrimento dos mesmos (Bride et al., 2007; Sinclair et al., 2017). No ano de 1995, o psicólogo Charles Figley prosseguiu com a análise deste construto através do seu estudo sobre a perturbação de stress pós-traumático em veteranos de guerra. Durante as suas pesquisas, Figley observou que os familiares desses ex-combatentes também eram afetados pelas suas experiências traumáticas e, em alguns casos, poderiam apresentar sinais e sintomas semelhantes aos dos próprios veteranos. Esse fenómeno foi denominado stress traumático secundário ou stress por compaixão. Com o avanço dos seus estudos, sugeriu que mecanismos psicossociais semelhantes aos que fazem o trauma ser partilhado e afetar membros de uma família também poderiam operar nas relações entre pessoas traumatizadas e respetivos terapeutas, assim como entre pacientes e profissionais de saúde, conduzindo investigações com o intuito de descrever os "custos do cuidar" (Sinclair et al., 2017).

Figley (1995, 2002) caracteriza a FC como um estado de desregulação biológica, psicológica e social causada pela exposição prolongada ao stress traumático de outras pessoas. Trabalhar com o sofrimento de um indivíduo implica uma necessidade de criar uma conexão próxima entre o profissional e a pessoa acompanhada (Lago & Codo, 2010). A FC baseia-se no sentimento de empatia e conexão com a pessoa em sofrimento e está intimamente relacionada com a vontade de aliviar esse mesmo sofrimento (Sinclair et al., 2017). Assim, propôs que a FC seria a consequência da acumulação de stress traumático secundário resultante da exposição diária a stressores cumulativos na prestação de serviços a pessoas que sofrem (Figley & Figley, 2017), podendo tornar-se prejudicial para o profissional uma vez que o recurso persistente à compaixão e empatia cria um ambiente onde a FC pode crescer e afetar o seu trabalho e a sua vida pessoal.

Estudos anteriores (Adams et al., 2006; Bride et al., 2007; Stamm, 2002;) argumentam que a FC consiste numa sobreposição de sintomas de STS e BO. Por outro lado, Figley (1995, 2002) refere-se ao envolvimento empático como o canal principal para a transmissão do stress traumático, visto que os



profissionais se colocam na posição da pessoa em sofrimento e partilham os seus sentimentos e pensamentos. Esse processo é necessário para personalizar a ajuda que o indivíduo requer, mas acaba por colocar os profissionais em risco de sentir e vivenciar a FC (Figley, 2002).

A ocorrência da FC é mais provável quando os profissionais também enfrentam grandes perturbações nas suas vidas, tais como doenças, mudanças significativas no estilo de vida, alterações no estatuto social ou sobrecarga de responsabilidades pessoais e profissionais. Esses fatores adicionais podem intensificar o desgaste emocional e psicológico causado pela exposição ao sofrimento dos outros, tornando-os mais suscetíveis aos efeitos negativos da FC. Deste modo, torna-se importante reconhecer que a saúde e bem-estar dos profissionais também desempenham um papel significativo na forma como lidam com o stress traumático secundário e na sua capacidade de prevenir e gerir a FC ao longo do tempo (Figley, 1995).

Assim como outros tipos de fadiga, a FC tende a diminuir a capacidade e o interesse em "suportar o sofrimento dos outros" (Figley, 2002). De acordo com Galek e colaboradores (2011), a FC é uma síndrome composta por cinco componentes, a saber: encontros frequentes e intensos com clientes; estados de fadiga física e mental; desafios aos valores, crenças e visão de mundo; exposição a clientes traumatizados; e respostas de stress previsíveis. Esses componentes são melhor resumidos em dois principais processos: estar demasiado cansado para se importar e ter que abrir mão da compaixão na tentativa de se proteger do desespero (Lee et al., 2019). Profissionais que desenvolvem a FC podem sofrer uma variedade de emoções de carga negativa (Mairean, 2016), tornar-se menos interessados e competentes em sentir empatia e apresentar dificuldades em tomar decisões e cuidar daqueles que acompanham. Essas consequências estão relacionadas à gravidade do material traumático, ao tipo de contato com a vítima e ao grau de natureza gráfica presente na descrição da situação relatada (Cocker & Joss, 2016).

Neste estudo foi tida em consideração a conceptualização apresentada por Stamm (2010) que considera que a FC engloba, como supramencionado, duas dimensões principais: o Burnout e o Stress Traumático Secundário. Essas duas dimensões são fundamentais para compreendermos o impacto emocional e psicológico que os profissionais de apoio podem experienciar ao se dedicarem ao cuidado e assistência de indivíduos que enfrentam situações traumáticas e, por essa razão, serão mencionadas com maior detalhe.

### ***Burnout***

Considera-se o Burnout como sendo um sentimento geral de exaustão emocional, física e mental causado pela exposição constante a situações emocionalmente desafiadoras que têm origem no envolvimento prolongado a situações que exigem a mobilização intensa de recursos emocionais associados ao ambiente e à estrutura organizacional do seu trabalho (Schaufeli et al., 2009), constituindo o fenómeno de esgotamento profissional mais amplamente reconhecido e investigado (Carvalho, 2011).

Esta síndrome é comumente analisada como sendo um modelo teórico tridimensional que acarreta três dimensões (Zanatta & Lucca, 2015), nomeadamente a *despersonalização* – manifestação de atitudes insensíveis e negativas em relação às pessoas com as quais o profissional interage, frequentemente originadas pela exaustão emocional (Maslach et al., 2001), a *falta de realização pessoal* – propensão dos trabalhadores de se autoavaliarem de maneira desfavorável, percebendo-se como inaptos, inadequados, desmotivados e com autoestima reduzida (Massa et al., 2016) e a *exaustão emocional* – esgotamento dos recursos físicos e emocionais, diminuição gradual da vitalidade e sensação de sobrecarga emocional que resulta numa percepção de incapacidade por parte dos trabalhadores para realizarem as suas tarefas com eficácia (Almeida et al., 2013).

Sánchez-Moreno e seus colaboradores (2014) afirmaram que o BO não se assemelha a uma forma de stress psicológico, mas sim a uma resposta ao stress crónico no ambiente laboral, resultando das dinâmicas estabelecidas entre o profissional e os utentes, bem como entre o profissional e a instituição.

Nos dias que ocorrem, existe um interesse considerável e uma preocupação crescente com os riscos psicossociais no local de trabalho, bem como com as queixas psicológicas relatadas pelos profissionais que prestam assistência (Cocco, 2010). Isso ocorre porque os prestadores de cuidados formais desempenham uma atividade que envolve um contacto contínuo e direto com pessoas dependentes e altamente vulneráveis social e cognitivamente (Monteiro et al., 2014).

Vale mencionar que a Síndrome de Burnout tem um impacto em diversos aspetos da vida quotidiana dos indivíduos, uma vez que acarreta consequências e efeitos psicossociais que extrapolam o âmbito individual. Esses efeitos influenciam a vida familiar do trabalhador, as suas interações sociais e, conseqüentemente, a sua vida profissional (Neto et al., 2014).

Importa ainda referir que, apesar de muitas pesquisas associarem os conceitos de FC e BO como sendo similares, o BO pode desenvolver-se sem qualquer exposição ao trauma e resulta da acumulação de acontecimentos, ao contrário da FC que é fruto do contacto com o trauma dos outros (Hinderer et al., 2014) e pode ocorrer como resultado de uma única exposição a um incidente traumático (Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

### ***Stresse Traumático Secundário***

Figley (1995) conceituou o Stress Traumático Secundário como as reações comportamentais e emocionais que emergem naturalmente ao tomar conhecimento de um evento traumático vivenciado por uma pessoa significativa. Trata-se do stress decorrente do ato de prestar assistência ou desejar auxiliar alguém que passou por uma experiência traumatizante ou que está em sofrimento.

Consiste em três elementos essenciais, sendo estes: estar presente em situações de ferimentos graves ou ameaças iminentes de morte (para si próprio ou para outros), experimentar reações emocionais de medo, horror ou desamparo em resposta a estímulos stressantes e ter uma exposição direta ou indireta (de curta ou longa duração) a circunstâncias excepcionalmente desgastantes, seja de natureza física ou psicológica (Beaton & Murphy, 1995). Surge como reação à vivência de situações específicas como,

por exemplo, narrativas detalhadas de eventos traumáticos e pode ser desencadeado por um único episódio (Figley, 1995). A sua conceptualização segue os critérios presentes no DSM-IV (APA, 2004) relativos à Perturbação de Stress Pós-Traumático, uma vez que os sintomas que os revestem são semelhantes.

Segundo Stamm (2010), o STS relaciona-se com a exposição secundária, relacionada ao trabalho, a pessoas que passaram por eventos extremamente stressantes ou traumáticos. Os efeitos negativos do STS podem incluir medo, dificuldades de sono, imagens intrusivas ou evitar lembranças das experiências traumáticas da pessoa. É muitas vezes mencionado na literatura como sinónimo do termo Trauma Vicariante, uma vez que partilha muitas características semelhantes. Contudo, até aos dias de hoje, ainda não há consenso para a concreta definição de cada um dos conceitos.

## **1.2. Modelo de Transmissão do Trauma**

Segundo Rothschild (2006), os profissionais que apresentam uma maior capacidade de exprimirem empatia tendem a estar mais vulneráveis ao efeito espelho relacionado aos sentimentos de dor, medo ou sofrimento, pelo facto de se importarem com aqueles que acompanham. Por essa razão, encontram-se em maior risco de desenvolver FC.

Figley considerava a FC como sendo um processo (Figura 1.2), afirmando que quando os cuidadores apresentam uma resposta empática e preocupação com aqueles a quem prestam cuidados e que estão em sofrimento, mas enfrentam simultaneamente dificuldades em desligar-se emocionalmente das situações, além de não experienciarem satisfação pessoal com o trabalho que estão a desempenhar, podem desenvolver stress por compaixão. O autor partiu da premissa de que a empatia e a energia emocional são o motor por trás de toda a prática que envolve a exposição ao sofrimento humano. Isso deve-se ao facto de que apenas é viável desenvolver uma resposta empática e estabelecer uma relação terapêutica com o paciente por meio desses fenómenos (Figley, 2002; Sinclair et al., 2017).

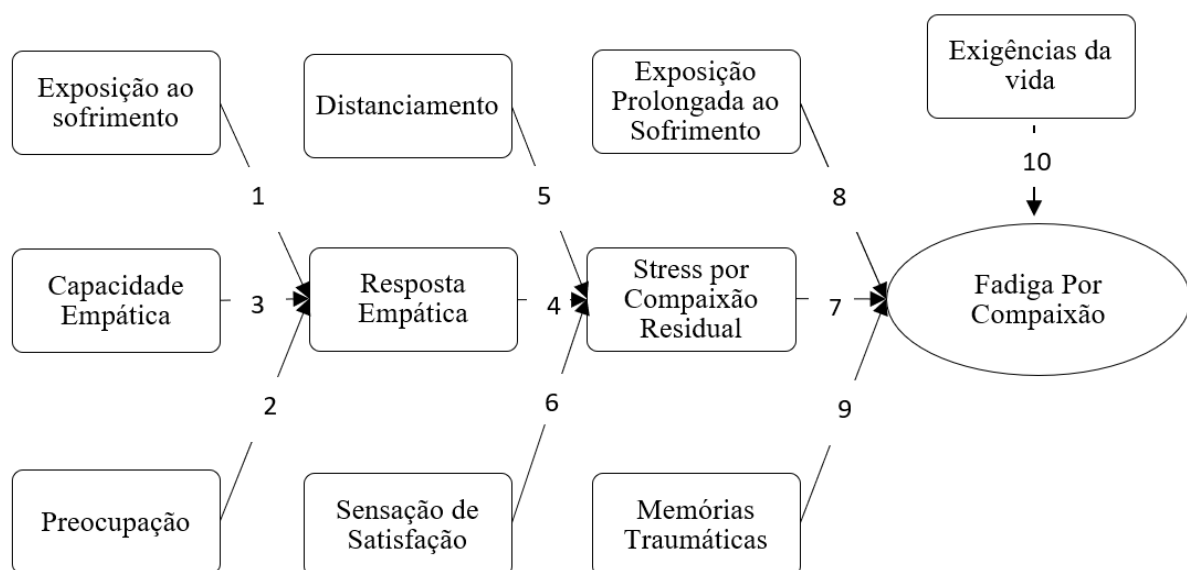
De acordo com o modelo proposto por Figley (2002), há uma lista de onze fatores que influenciam o surgimento da FC. Esse modelo descreve uma série de eventos sequenciais, nos quais a exposição à dor, ao sofrimento ou a um evento traumático da pessoa acompanhada se apresenta como central (Sinclair et al., 2017).

Figley (2002) inicia o seu modelo destacando a importância da empatia, a habilidade do profissional para compreender a dor alheia. Quando expostos ao sofrimento dos pacientes, a empatia e a preocupação empática dos cuidadores geram uma resposta empática, onde o profissional se esforça para tentar reduzir o sofrimento do paciente. Essa resposta pode levar ao stress por compaixão, um resíduo emocional resultante do esforço contínuo para aliviar o sofrimento do outro. Se essa exposição ao sofrimento persistir ao longo do tempo, juntamente com a acumulação de memórias traumáticas relacionadas às experiências vivenciadas (que provocam reações emocionais) e ainda com outras exigências desafiadoras na sua vida pessoal (e.g. mudança no estilo de vida ou doença), o stress por compaixão

pode evoluir para a FC. Nesse estágio, o cuidador pode sentir-se emocionalmente esgotado e sobrecarregado pelo peso das experiências traumáticas partilhadas com aqueles a quem presta cuidados (Day & Anderson, 2011; Figley, 2002).

Além disso, Figley (2002) adiciona duas variáveis de coping positivas ao seu modelo, sendo estas a sensação de satisfação, que indica o grau de contentamento do profissional com os seus esforços para ajudar o paciente; e o distanciamento, indicando a habilidade do profissional de se distanciar da carga emocional associada ao contacto com o paciente (Figley, 2002; Sinclair et al., 2017).

Profissionais que têm a capacidade de se colocar na perspetiva do paciente demonstram habilidades superiores na identificação e formulação de problemas, além de serem mais competentes na elaboração de planos de intervenção. Após prestarem essa ajuda, muitos profissionais passam, no entanto, por um processo de reflexão para analisar questões relativas ao que aconteceu, porque é que aconteceu, de que modo agiram perante a situação e como poderão vir a lidar numa eventual repetição desse tipo de experiência a fim de darem significado às situações e, posteriormente, agirem de acordo com essas interpretações (Figley, 1995). Todavia, durante esse processo de criação de novas perceções, os profissionais podem vivenciar emoções semelhantes às vividas pelas pessoas traumatizadas que acompanham, sendo essa reação emocional que um paciente despoleta no terapeuta devido a identificar-se demasiadamente com a história do mesmo designada de contratransferência (Figley, 2002). Figley alertou, ainda, para o conceito de contágio emocional, considerado a forma mais básica e primitiva de empatia correspondente ao primeiro estágio da resposta empática. É descrito como um processo que corresponde a uma tendência automática de se assemelhar emocionalmente ao outro, através da mimetização da sua postura, expressões e movimentos (Weilenmann et al., 2018) e que inclui problemas de sono, depressão e outras consequências resultantes da observação do material traumático do outro, da exposição direta aos sintomas ou de uma combinação de ambos (Figley, 1995).



**Figura 1.2 - Modelo de Transmissão de Trauma (Figley, 2002)**

Posteriormente, Figley (2014) reajustou o seu modelo, adaptando-o para todos os profissionais que lidam diretamente com o sofrimento alheio ao incorporar novas variáveis, incluindo a autorregulação, que se refere à eficaz gestão das fontes de stresse do profissional, substituindo assim a variável distanciamento; satisfação por compaixão e apoio, indicando o contentamento do profissional em ajudar o paciente e sentir apoio dos colegas, em substituição da sensação de satisfação; e novas fontes de stresse, que podem ser tanto pessoais quanto profissionais, crônicas ou repentinas, variável que ocupou o lugar das interrupções inesperadas na vida do profissional (Figley, 2014). A versão mais recente do modelo foi aprimorada pelo autor em 2016, onde acrescentou as variáveis associadas ao autocuidado e ao suporte social. Com a inclusão dessas variáveis, o modelo de Figley não apenas explana o surgimento da FC, mas também a resiliência do profissional a esse fenómeno, dando enfoque à capacidade do profissional de se recuperar diante de adversidades e situações que o expõem a altos níveis de stresse (Figley & Figley, 2017).

Em síntese, o desenvolvimento da FC é um processo complexo que depende de um conjunto de variáveis distintas, de acordo com o modelo de desenvolvimento de trauma. Essas variáveis incluem não apenas a exposição direta a experiências traumáticas ou sofrimento alheio, mas também fatores pessoais, contextuais e organizacionais. A compreensão deste fenómeno requer a consideração de múltiplas variáveis que interagem de maneira dinâmica ao longo do tempo, tornando-o um processo multidimensional e multifacetado. Assim, é fundamental ter em conta todas as variáveis que compõem o modelo para compreender como é que a exposição prolongada ao sofrimento do outro pode afetar os profissionais que prestam assistência a pessoas em situações traumáticas.

### **1.3. Impactos da Fadiga por Compaixão na saúde dos profissionais**

O impacto causado pelo trabalho com vítimas de algum tipo de sofrimento depende das condições de cada indivíduo (Sodeke-Gregson, 2013). Contudo, na sua generalidade, a FC acarreta consequências negativas para quem a experiência (Day & Anderson, 2011), podendo estas ser classificadas como físicas, comportamentais e/ou psicológicas. Adicionalmente, essas consequências podem ter um impacto global na identidade, autoconhecimento e bem-estar existencial dos profissionais (Gentry, 1997 citado por Sinclair et al., 2017).

Ao longo da literatura é possível compreender que algumas consequências relacionadas aos aspetos negativos do cuidado são expressivas e podem afetar profundamente tanto o indivíduo como a sua família, o cuidado que oferece e a sua organização de trabalho (Stamm, 2010). De seguida apresentam-se algumas das manifestações que a FC pode tomar destacadas em diversos estudos realizados com profissionais de saúde:

**Esgotamento físico e emocional:** A constante exposição ao sofrimento dos outros pode levar a uma sensação de exaustão física e emocional nos profissionais, afetando a sua energia e motivação para continuar a prestar cuidados (Sinclair et al., 2017);

**Sintomas de stress e ansiedade:** Profissionais com FC podem experimentar sintomas de stress, como tensão, irritabilidade, insónias e ansiedade. A carga emocional do trabalho pode ser avassaladora e levar a reações negativas no bem-estar mental dos profissionais (Sinclair et al., 2017);

**Diminuição da empatia:** Paradoxalmente, a FC pode levar à diminuição da capacidade de empatia dos profissionais. Estes podem sentir-se sobrecarregados e incapazes de se conectar emocionalmente com os pacientes, o que pode afetar negativamente a qualidade do cuidado prestado (Day & Anderson, 2011; Geoffrion et al., 2016; Sinclair et al., 2017);

**Culpabilização e autoexigência:** Profissionais que sofrem de FC podem desenvolver uma sensação de culpabilidade por não conseguirem ajudar todos os pacientes ou por não serem capazes de aliviar o seu sofrimento. Isso pode levar a um ciclo de autoexigência e autocrítica, afetando a autoestima dos profissionais (Labib, 2015; Nimmo & Huggard, 2013);

**Despersonalização e afastamento emocional:** Em alguns casos, os profissionais podem desenvolver mecanismos de defesa (e.g. despersonalização) como forma de lidar com o sofrimento constante. Isso pode levar ao afastamento emocional para com os pacientes, prejudicando a relação terapêutica (Geoffrion et al., 2016; Labib, 2015; Sinclair et al., 2017);

**Problemas de saúde física:** A FC também pode ter impactos negativos na saúde física dos profissionais. O stress crónico associado a essa condição pode aumentar o risco de problemas de saúde, como problemas gastrointestinais, perturbação do sono e problemas cardíacos (Labib, 2015);

**Absentismo e rotatividade:** A FC pode levar ao aumento do absentismo e à rotatividade de profissionais nas organizações de saúde, devido à sobrecarga emocional e física enfrentada no trabalho (Labib, 2015; Sinclair et al., 2017).

Apesar da maioria dos estudos sobre a FC se concentrarem em profissionais de saúde que lidam diretamente com traumas, esta condição não está restrita a esta classe trabalhadora (Barbosa et al., 2014; Turgoose & Maddox, 2017), como anteriormente referido. Isto torna-se evidente na diversidade de pesquisas publicadas recentemente, que envolvem uma ampla variedade de amostras (Sinclair et al., 2017; Stamm, 2010). Encontram-se estudos que exploram diferentes contextos e profissões, incluindo ambiente hospitalar com amostras multidisciplinares (Barbosa et al., 2014; Carvalho & Sá, 2011; Pfaff et al., 2017), atividades voluntárias com vítimas de trauma (Avieli et al., 2015) e profissões específicas como (1) Enfermeiros (Hinderer et al., 2014; Hunsaker et al., 2015; Fonseca, 2017); (2) Médicos (Bellolio et al., 2014; Chan et al., 2015; El-bar et al., 2013; Ghazanfar et al., 2018; Račić et al., 2019); (3) Psicoterapeutas (Sodeke-Gregson et al., 2013); (4) Assistentes Sociais (Adams et al., 2006; Michalopoulos & Aparicio, 2012); (5) Operadores de linhas de ajuda (Santalha, 2009; Stamm, 2012); (6) Bombeiros (Kim et al., 2020; Manuelito, 2016), entre outros. No entanto, há uma lacuna de estudos

envolvendo profissionais do Sistema de Proteção de Crianças e Jovens (mais concretamente técnicos de CPCJ), sendo que, em Portugal, essa pesquisa é inexistente. Ainda assim, foram encontrados dois estudos em contexto português com amostras semelhantes à da presente investigação: (1) Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial (Barbosa, 2020) e (2) Profissionais de Apoio à Vítima Portugueses (Simão, 2021).

#### **1.4. Evidência Empírica sobre as variáveis BO, STS e SC**

Pesquisas anteriores refletem consistentemente uma correlação positiva entre o BO e o STS (Avieli et al., 2015; El-bar et al., 2013; Rossi et al., 2012; Sansó et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013). Além disso, foi observada uma correlação negativa entre o BO e a SC (Avieli et al., 2015; El-bar et al., 2013; Rossi et al., 2012; Sansó et al., 2015; Sodeke-Gregson et al., 2013), bem como uma correlação negativa entre o STS e a SC (Avieli et al., 2015; Rossi et al., 2012; Sodeke-Gregson et al., 2013). Em decorrência, a FC está consistentemente associada a uma baixa manifestação de SC (Chan et al., 2015; Rossi et al., 2012; Turgoose & Maddox, 2017) e a uma alta manifestação de STS e BO (Chan et al., 2015; El-bar et al., 2013; Ghazanfar et al., 2018). Entretanto, é crucial notar que nem todos os indivíduos que apresentam elevados níveis de FC demonstram baixos níveis de SC (El-bar et al., 2013; Sansó et al., 2015). Estudos recentes revelam que os profissionais conseguem encontrar alegria, significado e satisfação no trabalho que desempenham, mesmo diante dos desafios e stresses enfrentados (Chan et al., 2015).

Para compreender melhor a complexidade desta temática e abordar de forma mais aprofundada a FC, alguns estudos têm sido realizados globalmente e também em contexto português, apesar de ser em menor escala. É exemplo o estudo realizado por Carvalho e Sá (2011), que pretendia analisar se os profissionais dos cuidados paliativos em Portugal apresentavam FC. Esta investigação foi muito importante porque contemplou a adaptação e validação do instrumento “Professional Quality of Life”, versão 5 (ProQOL5) para a população portuguesa, originalmente criado pela autora Beth Stamm (Stamm, 2010). Os resultados do seu estudo indicaram que os níveis de STS para 67.1% dos participantes se encontravam médio-altos, entre os quais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e ocupacionais, entre outros. Para além disso, os profissionais que percebem estar regularmente expostos, durante 35 horas ou mais por semana, ao sofrimento e às experiências traumáticas dos pacientes, demonstraram ter um nível médio de SC e níveis mais elevados de BO e STS. Em 2017, também Fonseca conduziu uma pesquisa neste âmbito que demonstrou que a maioria dos enfermeiros que compunham a amostra apresentavam níveis altos de STS, BO e SC (58.6%, 54% e 50.6%, respetivamente). Foi ainda possível verificar que a SC variava em função da idade e atividades de lazer dos participantes, enquanto o BO estava relacionado apenas com a idade. O STS, por sua vez, demonstrou ser influenciado pela idade, sexo, tempo de experiência profissional e atividades de lazer. No tocante ao contexto do Sistema de Promoção e Proteção, Barbosa (2020) avaliou os níveis das diferentes componentes da QVP numa

amostra de profissionais de Casas de Acolhimento Residencial portuguesas e encontrou níveis médios a altos para todas estas (mais concretamente 74.1% para BO, 71.8% para STS e 70.6% para SC). Neste estudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas três componentes da QVP com base no sexo, faixa etária, horário de trabalho (turnos) e tempo de experiência em cuidados de apoio, o que pode ser explicado pelas variações nas profissões e na carga horária dos indivíduos envolvidos no estudo.

## **1.5. Fatores de Risco Psicossociais**

No campo da segurança e saúde ocupacional tem vindo a emergir a preocupação com os riscos psicossociais que acarretam consequências negativas não só para a sociedade como também para as organizações e os seus colaboradores (Walsh-Lyle, 2016). Após um período de dúvidas e resistência, atualmente, estes são considerados riscos de gravidade equivalente aos riscos clássicos de segurança física e saúde (EU-OSHA, 2023).

Embora o estudo desses riscos tenha iniciado em 1950, foi apenas na década seguinte que houve um aumento exponencial de pesquisas na área da psicologia organizacional e do ambiente psicossocial, deslocando o foco da abordagem individual do trabalhador para uma perspetiva de ambiente de trabalho em saúde (Leka & Jain, 2010).

O conceito de risco no contexto dos Fatores de Risco Psicossociais (FRP) está relacionado com a ligação entre a exposição a esses fatores, por um lado, e aos possíveis danos à saúde, por outro. O que torna um risco no ambiente de trabalho como sendo psicossocial não é a forma como ele se manifesta, mas sim a sua origem. A distinção essencial aqui é entre risco e FRP. Se o risco é resultado da exposição a um ou mais fatores e das consequências que esses fatores podem ter para a saúde de um indivíduo, então o FRP é, na verdade, o elemento que pode desencadear alterações na saúde (Gollac & Bodier, 2011 citado por Costa & Santos, 2013).

Nesse contexto, os riscos psicossociais são aqueles que afetam a saúde mental, física e social de um indivíduo e têm a sua origem nas condições de trabalho, bem como nos fatores organizacionais e interpessoais que podem interagir com o funcionamento mental. Em suma, o que define e delimita o campo dos riscos psicossociais não são as consequências na saúde, mas sim as condições de trabalho e os fatores organizacionais e interpessoais que podem influenciar essas condições. Portanto, a ênfase recai não no conceito de risco em si, mas nos FRP, que desempenham um papel fundamental na compreensão dos riscos para a saúde no contexto do trabalho. Isso ajuda a esclarecer e a reduzir a ambiguidade associada aos riscos psicossociais (Costa & Santos, 2013).

Definem-se FRP como sendo aqueles aspetos da conceção, organização e gestão do trabalho e do seu contexto social e ambiental que têm o potencial de causar danos físicos, psicológicos e/ou sociais nos trabalhadores (Julià et al., 2016). Isso sugere que esses riscos decorrem da interação entre fatores psicológicos e sociais (EU-OSHA, 2012). Estes fatores referem-se às características e condições do



ambiente de trabalho que podem afetar a saúde mental e física dos indivíduos por meio de processos psicológicos e fisiológicos. Esses riscos surgem da interação entre o indivíduo, as suas condições de vida e as condições em que trabalha. Por outras palavras, são elementos presentes no contexto laboral que podem ter um impacto significativo na saúde e bem-estar dos trabalhadores, influenciando tanto aspetos emocionais quanto físicos (Silva et al., 2011). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2020), os fatores relacionados com o local de trabalho, quando deficitários, constituem um dos maiores riscos para a saúde física e mental dos funcionários e, conjuntamente, para o funcionamento eficaz das organizações. Se não forem geridos, prevenidos ou mitigados de maneira adequada, podem resultar em consequências prejudiciais para a saúde e bem-estar dos profissionais.

Os FRP relacionados com o trabalho englobam uma série de condições que incluem a sobrecarga horária e de trabalho (tanto mental quanto física), horários de trabalho rígidos ou imprevisíveis, monotonia na rotina, falta de empowerment, burnout, assédio moral e sexual, violência, insegurança no emprego, stress individual e no ambiente de trabalho, relacionamentos interpessoais precários, falta de participação nas decisões, falta de clareza no papel profissional, falta de comunicação, poucas oportunidades de desenvolvimento de carreira e conflitos entre as exigências do trabalho e vida pessoal (OPP, 2020; Silva et al., 2011).

Este tema tem sido globalmente analisado nas mais diversas profissões. Por exemplo, num estudo conduzido por Baptista (2015), que pretendia analisar a perceção dos riscos psicossociais em profissionais de saúde, ficou claro que estes estão sujeitos a condições de trabalho que podem favorecer o surgimento de riscos psicossociais. Foram identificados principalmente problemas relacionados com os papéis que desempenham na organização e que têm impacto direto noutras áreas, como a distribuição e realização de tarefas, bem como conflitos interpessoais, entre outros.

Também num estudo realizado por Madeira (2019) com agentes da polícia judiciária com o objetivo de avaliar a sua saúde e qualidade de vida através da avaliação dos riscos psicossociais aos quais estavam expostos, a incidência de burnout, as estratégias de coping que utilizam e o bem-estar subjetivo concluiu-se que, neste grupo de participantes, algumas condições no ambiente de trabalho são bastante positivas. No entanto, os mesmos também enfrentam vários desafios relacionados com as exigências emocionais do trabalho e esses desafios têm um impacto preocupante na sua saúde e bem-estar.

É de destacar, ainda, o estudo realizado por Granja (2020) com profissionais que trabalham no contexto da saúde mental, uma vez que, através dos resultados obtidos, este observou que existia uma perceção de risco mais elevada em relação às exigências laborais.

Apesar de existirem estudos sobre riscos psicossociais em vários campos, a literatura sobre esse tópico em profissionais que trabalham na área de proteção de crianças e jovens em risco é escassa em comparação com outras áreas, como a saúde mental ou o setor de saúde em geral. Face ao exposto, existe a necessidade de continuar a pesquisa nesse campo específico.

## **1.6. Relação entre Qualidade de Vida Profissional e Fatores de Risco Psicossociais**

A partir da revisão de literatura realizada, torna-se evidente que existem lacunas substanciais nos estudos que se dedicam a analisar a relação entre a QVP e os FRP em contexto português. Ainda assim, foi possível apurar, através da análise de estudos internacionais (apresentados adiante), que os níveis de FC podem ser agravados pela presença de elevados níveis de insatisfação profissional, que resultam de diversas condições, como a falta de recursos humanos, carência de apoio social, tanto dos colegas quanto da família e inadequadas infraestruturas de acesso ao local de trabalho, incluindo questões como estacionamento e transporte público (Henson, 2017). Essas condições tornam os profissionais mais suscetíveis a perturbações psicológicas, incluindo ansiedade, stress e depressão, que, por sua vez, estão relacionadas com o desenvolvimento de BO, Stress Pós-Traumático (SPT), Síndrome de Trauma Secundário e FC (Hooper et al., 2010; Drury et al., 2014; Henson, 2017).

Segundo apresentado na revisão sistemática realizada por Molnar e colaboradores (2020), os fatores associados ao trabalho, tanto negativos como positivos, têm sido dos maiores preditores que contribuem para a variação da FC em profissionais da área da proteção de crianças e jovens.

As pesquisas têm consistentemente demonstrado a relação entre a exposição ao stress no ambiente de trabalho e o aumento da probabilidade de profissionais experimentarem FC (Labib, 2015). Os profissionais, quando expostos a altos níveis de stress no trabalho, sobrecarga emocional, falta de apoio social, ambientes de trabalho hostis e falta de autonomia podem ser mais suscetíveis à FC. A natureza da atividade profissional, especialmente aquelas que envolvem o cuidado direto a outras pessoas em situações de vulnerabilidade e sofrimento, pode aumentar o risco de desenvolver esse fenómeno.

De facto, a satisfação no trabalho pode ser descrita como o vínculo emocional que os funcionários têm com as suas atividades laborais. Essa perceção resulta da comparação entre as expectativas do trabalhador e a realidade do seu ambiente de trabalho (Barbosa et al., 2014). Portanto, a satisfação no trabalho pode ser moldada por vários fatores, como a liderança, relações interpessoais no local de trabalho, participação na tomada de decisões, apoio da chefia, receptividade da mesma a novas ideias e a capacidade de resolução de conflitos. Esses elementos podem contribuir para a criação de um ambiente de trabalho mais saudável, melhor QVP e atendimento de maior qualidade por parte dos profissionais aos utentes (Shang et al., 2013).

Num estudo conduzido por Hinderer e colegas (2014), que investigou a relação entre BO, FC, SC e STS em 128 enfermeiras de uma unidade de intervenção no trauma, observou-se que más relações interpessoais no trabalho, o uso de medicamentos e longas horas de trabalho por turno estavam correlacionados com BO, FC e STS. Em contrapartida, um forte sistema de apoio social, a prática de exercício físico, o uso de técnicas de meditação e relacionamentos positivos com colegas estavam associados a níveis mais elevados de SC. Esses resultados também ecoaram no estudo de Bellolio (2014), que concluiu que os profissionais que trabalham principalmente em turnos noturnos ou acumulam mais de 80 horas de trabalho semanal (contando com horas extraordinárias) têm maior

probabilidade de apresentarem níveis mais elevados de BO e STS. Adicionalmente, um estudo que envolveu enfermeiros de emergência nos Estados Unidos investigou os fatores demográficos relacionados ao trabalho que afetam o desenvolvimento de FC, BO e SC. Os resultados revelaram que um baixo nível de apoio da chefia estava diretamente ligado a níveis mais elevados de FC e BO, enquanto um alto nível de apoio da chefia estava associado a uma maior SC (Hunsaker et al., 2015). Nolte e colaboradores (2017), na sua análise abrangente, conseguiram dar suporte a esta ideia ao constatar que em muitos dos estudos realizados, enfermeiros relataram que a origem da FC estava relacionada com o contexto laboral.

Baugerud e colegas (2018), verificaram através das suas pesquisas que uma elevada carga de trabalho, juntamente com ameaças e agressões por parte dos clientes, além de conflitos entre o trabalho e a vida pessoal, eram identificados como fatores que contribuem para o desenvolvimento do STS e BO (Kim, 2011; LeBlanc et al., 2012; Storey & Billingham, 2001). Aspectos psicossociais, como a falta de suporte social (Kim & Stoner, 2008) e uma diminuição na satisfação no trabalho (Craig & Sprang, 2010) parecem ser significativos ao trabalhar com crianças maltratadas, dado que este trabalho frequentemente requer um alto envolvimento emocional.

Segundo o estudo previamente apresentado (Madeira, 2019), foi observado que os riscos psicossociais estão correlacionados com níveis mais elevados de BO e uma sensação de bem-estar subjetivo mais baixa. Além disso, esses desafios parecem levar os indivíduos a recorrer mais a estratégias de coping por evitamento. Por outro lado, os recursos disponíveis no ambiente de trabalho parecem estar relacionados com uma menor utilização desse tipo de estratégias. Além disso, a falta de recursos adequados, a pressão para a obtenção de resultados e a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado podem contribuir para a exaustão emocional e o desgaste dos profissionais. As exigências constantes e a exposição repetida a situações traumáticas podem levar à diminuição da capacidade de empatia e, conseqüentemente, à FC.

Kim e colegas (2020) também deixaram as suas contribuições para o estudo destas variáveis ao conduzirem uma investigação que tinha como objetivo investigar a relação entre os FRP, BO e FC em bombeiros. Primeiramente, como resultado da confirmação da correlação geral entre as variáveis, os FRP dos bombeiros apresentaram correlação positiva com o BO. Em segundo lugar, observaram que a FC tinha um efeito moderador na relação entre os FRP e o BO. Estes resultados inferem que quanto maiores forem os níveis de FC apresentados pelos bombeiros, maior será o impacto dos FRP no BO.

Em 2021 foi conduzido por Simão um estudo que pretendia analisar a prevalência da FC, BO e SC numa amostra de profissionais portugueses de apoio à vítima. É de destacar um dos objetivos específicos deste estudo que pretendia avaliar de que forma é que a FC, o BO e a SC se conectavam com fatores organizacionais (e.g. exigências laborais e limitações burocráticas), uma vez que, de toda a revisão de literatura realizada, foi o único estudo encontrado que analisava a prevalência de CS, BO e FC numa amostra de profissionais de apoio a vítimas portuguesas que trabalham em instituições públicas e a forma como o ambiente de trabalho influencia esses fatores. Os resultados demonstraram que a SC revelou

uma ligação com a previsibilidade do trabalho, tanto o apoio social dos colegas quanto dos supervisores, o senso de comunidade no trabalho, o significado do trabalho, a satisfação no trabalho e a autoeficácia percebida. Também foi encontrada uma ligação entre a previsibilidade do trabalho, o apoio social dos colegas e supervisores, o senso de comunidade no trabalho, o significado do trabalho, a satisfação no trabalho e a autoeficácia percebida com baixos níveis de BO. Portanto, é possível verificar a influência da segurança, do senso de autoestima no papel desempenhado e de um ambiente de trabalho de apoio na prevenção do desenvolvimento de BO nos participantes deste estudo. Complementarmente, não surgiram influências de variáveis como conflitos de papel, falta de apoio social, um grande número de casos de trabalho e exigências emocionais intensas no aumento do BO e do stress nesta amostra. Isso reforça o papel preponderante do autocuidado (Salloum et al., 2015), do apoio pessoal e institucional, do sentimento de segurança, entre outros, na prevenção do BO (Ben-Porat & Itzhaky, 2015; Roe, 2002).

Em síntese, apesar da relação entre QVP e FRP ainda ser limitada em contexto português, várias conclusões podem ser extraídas a partir de pesquisas maioritariamente internacionais. De maneira geral, os FRP, como falta de recursos humanos, falta de apoio social, ambientes de trabalho hostis e inadequadas infraestruturas podem agravar os níveis de FC entre os profissionais. Esses fatores estão frequentemente associados ao desenvolvimento de BO, STS e, conseqüentemente, FC. A exposição ao stress no trabalho é um elemento comum que aumenta o risco de FC, sobrecarga emocional e insatisfação profissional em diversos contextos, como enfermagem, apoio a vítimas e profissionais de emergência (bombeiros). No entanto, as variáveis específicas que desempenham um papel determinante podem variar, com a importância do apoio social, da sensação de segurança no trabalho e do significado do trabalho na prevenção do BO e da FC, como alguns estudos destacam. Portanto, os FRP e as suas implicações na FC podem ser influenciados por características específicas de cada profissão e pelo ambiente de trabalho em que os profissionais atuam. Parte superior do formulário

Compreender como esses fatores interagem com a FC é fundamental para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção eficazes que visem proteger a saúde e o bem-estar desses profissionais. Portanto, existe uma necessidade premente de mais estudos que explorem essa conexão e que forneçam insights valiosos para a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis e apoio adequado aos profissionais que lidam com a compaixão no seu quotidiano profissional.

## **1.7. Importância do Autocuidado**

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021), o autocuidado envolve todas as atividades que escolhemos fazer regularmente e que ajudam a manter ou melhorar o nosso bem-estar e saúde, incluindo a saúde psicológica. Por outras palavras, este conceito diz respeito ao cuidar de si mesmo, procurando dar resposta às necessidades do nosso corpo e mente tendo em vista melhorar a saúde física e mental (Miller et al., 2018).

Para além de aumentar a nossa confiança, autoestima e energia, permite-nos diminuir a ansiedade e stress e ajuda na tomada de decisões (OPP, 2021). Nesse sentido, deve ser aplicado diariamente no quotidiano de todos, mas especialmente no dos profissionais que lidam com a dor e o sofrimento daqueles que acompanham de forma a diminuírem o impacto desse material traumático no seu ato de cuidar (Sansó et al., 2015).

A evidência disponível sugere que o autocuidado pode ser uma estratégia eficaz para lidar com os desafios enfrentados pelos profissionais que trabalham na área de proteção infantil assim como podem ajudar o corpo a relembrar como voltar a um estado mais saudável numa situação futura e semelhante (Cocker & Joss, 2016), já que as barreiras enfrentadas pelos mesmos aquando da sua atuação persistem e são variadas. No entanto, é importante notar que há uma escassez de literatura que explore os conceitos de autocuidado entre os trabalhadores desse setor (Miller et al., 2018). Ainda assim, torna-se imperioso ressaltar que os profissionais não devem ver o autocuidado como uma recompensa por terem trabalhado muito, mas sim como um aliado à profissão que os permita manter uma relação saudável com eles mesmos e com aqueles que os rodeiam (OPP, 2021).

Num dos raros estudos desenvolvidos nesse sentido, conduzido por Salloum e colaboradores (2015), foi observado que os profissionais que praticavam o autocuidado apresentavam níveis mais elevados de SC e níveis mais baixos de BO.

Outros estudos que examinaram grupos de profissionais de serviços sociais diferentes também chegaram a conclusões semelhantes, onde afirmaram que adotar práticas saudáveis de autocuidado pode ajudar a reduzir o BO (Cohen & Gagin, 2005) e melhorar a eficácia no trabalho (Sansó et al., 2015). Portanto, essas descobertas ressaltam a importância do autocuidado como uma possível abordagem para melhorar o bem-estar e a satisfação dos profissionais que trabalham em áreas desafiadoras, como o bem-estar infantil.

Sheppard (2016) destacou que se observa uma diminuição da qualidade de vida para aqueles profissionais que comprometem o seu tempo pessoal em prol do seu sentido de dever, evitando fazer pausas, assumindo turnos extra e trabalhando nos dias de descanso. Esta realidade torna-os mais suscetíveis a desenvolver FC. Nesse sentido, torna-se imperioso incentivá-los a investir no seu autocuidado, na preocupação com eles próprios e em rotinas saudáveis ao seu bem-estar porque só desse modo é que poderão estar preparados para lidar com o seu dia-a-dia de trabalho considerado desafiante (Rocha, 2019; Salloum et al., 2015).

Nesse contexto, o autocuidado pode ser encarado como um instrumento reflexivo e de autoconsciência que visa prevenir o mal-estar geral dos profissionais da área social, procurando promover a satisfação profissional, o bem-estar pessoal e, simultaneamente, atuar como um escudo contra o BO e o STS (Steinlin et al., 2017). Adicionalmente, a prática de autocuidado pode melhorar a eficácia e a eficiência dos prestadores de serviços sociais, reduzindo os fatores de risco inerentes à profissão de cuidar dos outros. Por sua vez, essa redução pode elevar a uma QVP favorável (Mills et al., 2020).

## 1.8. Objetivos

Pela evidência presente na literatura, compreende-se que os profissionais da área de proteção de crianças e jovens têm maior probabilidade de desenvolver fadiga por FC quando comparados a outros profissionais (Griffiths & Royse, 2016), o que pode impactar não só o seu bem-estar geral, mas a eficácia da sua intervenção (Griffiths et al., 2019).

Face ao exposto, em termos de objetivos específicos, neste estudo pretende-se:

1. Analisar as variáveis que compõem a Qualidade de Vida Profissional (FC – BO e STS – e SC) em função de variáveis laborais;
2. Averiguar qual a distribuição dos técnicos de CPCJ pelos diferentes níveis de FC (i.e., níveis de BO e níveis de STS) e de SC;
3. Compreender que percentagem da variação da Qualidade de Vida Profissional (i.e., FC – BO e STS – e SC) é explicada pelos FRP nesses profissionais e quais desses fatores são preditores dessas mesmas variáveis;
4. Identificar possíveis estratégias de autocuidado ou respostas de apoio especializado às quais os técnicos dizem já recorrer

## Capítulo II – Método

Para responder aos objetivos do estudo, adotou-se uma metodologia mista recorrendo a questionários de autorresposta, que serão descritos oportunamente.

### 2.1. Participantes

Contabilizámos um total de 180 acessos ao questionário disponibilizado. No entanto, foi necessário excluir 45 participações, dado que quatro participantes não concordaram com o consentimento informado e foram, por isso, redirecionados para o final do questionário; por sua vez, 41 participantes ou não responderam até ao final do questionário, ou não preenchiam os critérios de inclusão estipulados, i.e., (1) pertencer à Comissão Restrita da CPCJ à qual estavam vinculados, (2) não exercer funções como Presidente, à data do presente estudo; (3) ter experiência em processos de Violência Doméstica.

Assim, o estudo contou com uma amostra final considerada não probabilística de 135 técnicos de CPCJ, dos quais 119 mulheres (88.1%) e 16 homens (11.9%). A maioria é de nacionalidade portuguesa (99.3%) e as suas idades estavam compreendidas entre os 22 e os 70 anos, sendo a média de 47 anos,  $DP = 10.70$ .

Relativamente às habilitações, a maioria dos participantes possuía uma Licenciatura (63.57%). As áreas de formação dos técnicos respondentes eram variadas, apresentando-se mais expressivas nas áreas da Psicologia (23%) e Serviço Social (21.5%).

No que concerne ao tempo de trabalho em contexto de CPCJ (antiguidade) as respostas foram díspares, variando entre o período mínimo de 2 meses e máximo de 25 anos. Já em relação ao regime de trabalho que os técnicos realizam na CPCJ, 73 participantes (54.1%) exerciam funções em tempo parcial. As respostas relativas ao volume processual também se encontravam distribuídas num vasto intervalo, estando compreendidas entre um mínimo de 0 processos e um máximo de 126 processos acompanhados em simultâneo.

Para a pergunta “Com que frequência acompanha processos/casos de violência doméstica?” também foram obtidas diversas respostas. Destacou-se a opção “Frequentemente” (60%), seguida de “Às Vezes” (27.4%).

Para uma melhor compreensão, encontram-se discriminados no Quadro 2.1 os resultados gerais relativos à caracterização sociodemográfica.

**Quadro 2.1***Caracterização Sociodemográfica dos participantes do estudo (N = 135)*

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>	135	100.0
Feminino	119	88.1
Masculino	16	11.9
<b><i>Idade</i></b>	135	100.0
<b><i>Nacionalidade</i></b>	135	100.0
Portuguesa	134	99.3
Espanhola	1	.7
<b><i>Habilitações</i></b>	135	100.0
12º Ano de Escolaridade – Ensino Secundário	4	3.0
Licenciatura	86	63.7
Mestrado	41	30.4
Doutoramento	1	.7
Outro	3	2.2
<b><i>Área de Formação</i></b>	135	100.0
Psicologia	31	23.0
Serviço Social	29	21.5
Educação	21	15.6
Saúde	17	12.6
Outro	37	27.4
<b><i>Antiguidade na CPCJ</i></b>	135	100.0
<b><i>Regime de Trabalho na CPCJ</i></b>	135	100.0
Tempo Integral	59	43.7
Tempo Parcial	73	54.1
Outro	3	2.2
<b><i>Volume Processual</i></b>	135	100.0
<b><i>Frequência de Casos de Violência Doméstica acompanhados</i></b>	135	100.0
Raramente	4	3.0
Às Vezes	37	27.4
Frequentemente	81	60
Sempre	13	9.6



## 2.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram escolhidos considerando os objetivos do estudo e com base na sua validade e fiabilidade.

### *Questionário Sociodemográfico*

Foi desenvolvido para o efeito um questionário de dados sociodemográficos a fim de caracterizar variáveis previamente selecionadas para o estudo, sendo estas o sexo, a idade, as habilitações, a área de formação, o regime de trabalho na CPCJ e a sua antiguidade em contexto de CPCJ. Os participantes foram também questionados sobre a frequência com que acompanham processos de violência doméstica e sobre o número de processos dos quais são gestores.

### *Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ-II)*

O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* (COPSOQ-II), desenvolvido por Kristensen (2000) e adaptado para português por Silva e colaboradores (2011), é um instrumento multidimensional usado para avaliar os riscos psicossociais nas organizações. Segue uma abordagem tripartida e consiste em três versões diferentes: curta, média e longa. Todas as versões do questionário possuem dimensões que medem tanto os indicadores de exposição (riscos psicossociais) quanto os indicadores de impacto (saúde, satisfação e stresse) (Pejtersen et al., 2010).

É um instrumento reconhecido internacionalmente como um instrumento de avaliação robusto, moderno e de fácil compreensão para medir várias dimensões psicossociais essenciais no ambiente de trabalho. Uma vez que existe consenso em relação à sua validade, é amplamente utilizado para identificar aspetos significativos que afetam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores no seu contexto de trabalho (Silva et al., 2011).

Em todas as versões do questionário COPSOQ-II, os itens são avaliados utilizando uma escala tipo Likert de 5 pontos. Os participantes devem indicar o grau de concordância com cada item, variando de "Nunca/quase nunca" a "Sempre" ou de "Nada/quase nada" a "Extremamente", dependendo da versão utilizada. Na versão portuguesa, as respostas são pontuadas de acordo com esses valores, em que cada item pode ser pontuado de 1 a 5, seguindo a direção indicada na resposta selecionada (Silva et al., 2011).

No que diz respeito às características psicométricas, o COPSOQ-II apresenta valores de consistência interna favoráveis, verificados através do Coeficiente de Alfa de *Cronbach* que se situou entre os valores de .60 e .90 (Silva et al., 2011). Neste estudo, foram obtidos valores semelhantes aos da versão portuguesa, estando estes compreendidos entre .65 e .89, demonstrando valores de consistência interna aceitáveis (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

A média dos fatores é situada nos tercís e é realizada uma análise “semáforo” (Silva et al., 2011) tendo como pontos de corte 2.33 e 3.66. Esses pontos de corte foram propostos pelos autores da medida (Kristensen et al., 2005) e foram utilizados na análise dos resultados deste estudo para avaliar o impacto na saúde associado à exposição a um determinado risco. Assim, uma pontuação de 0 a 2.33 indica uma situação favorável para a saúde, de 2.34 a 3.66 indica uma situação intermediária e de 3.67 até o valor 5 indica uma situação de risco para a saúde (Silva et al., 2011).

No presente estudo, optou-se por recorrer à utilização da versão curta e traduzida para português do COPSOQ-II composta por 41 perguntas distribuídas por 26 escalas subdivididas em oito fatores: Exigências Laborais; Organização do Trabalho e Conteúdo; Relações Sociais e Liderança; Interface Trabalho-Indivíduo; Valores no Local de Trabalho; Personalidade; e Comportamentos Ofensivos – correspondentes a fatores de risco psicossocial – e Saúde e Bem-Estar, que reflete as consequências desses fatores (Madeira, 2019).

Nesta versão da escala, as Exigências Laborais abrangem as exigências quantitativas, cognitivas, emocionais e o ritmo de trabalho. A Organização do Trabalho e Conteúdo refere-se ao significado que o trabalho possui para o indivíduo, o seu nível de compromisso face ao local de trabalho, possibilidades de desenvolvimento e influência que o indivíduo percebe ter no seu próprio trabalho. As Relações Sociais e Liderança envolvem a previsibilidade, as recompensas, a transparência do papel laboral desempenhado, a qualidade da liderança e ainda o apoio social recebido pelos superiores. A Interface Trabalho-Indivíduo está relacionada à necessidade de lidar com as exigências de diferentes papéis, como no trabalho e na família, e à preocupação com o futuro e a instabilidade no emprego. Acarreta ainda uma subescala associada à satisfação laboral. Os Valores no Local de Trabalho referem-se justiça e respeito, à confiança vertical (entre os trabalhadores e superiores) e à comunidade social no trabalho. A Personalidade é uma dimensão de item único que avalia a autoeficácia do indivíduo. Por último, os Comportamentos Ofensivos envolvem insultos, provocações verbais ou exposição a ameaças de violência (Silva et al, 2011).

A escolha desta versão é baseada no facto da mesma apenas incluir evidência epidemiológica relacionada à saúde, tornando-a adequada para a autoavaliação realizada pelos técnicos das CPCJ. Para além disso, esta versão é consideravelmente menos extensa e apresenta-se como sendo mais aplicável e adequada para locais de trabalho com um número reduzido de indivíduos, o que corresponde ao caso das CPCJ.

Foram necessárias algumas alterações associadas ao instrumento original a fim de tornar a linguagem do questionário mais adequada ao contexto e população-alvo associados à sua aplicação. Visto que nas CPCJ o cargo de chefia/gerência é desempenhado por um/a presidente, optamos por fazer a alteração de um termo pelo outro (i.e., o item “O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?” foi modificado para “O seu trabalho é reconhecido e apreciado por quem preside à CPCJ?”; a expressão “chefia direta” foi substituída por “superior direto/a”). Os itens 38, 39, 40 e 41,

correspondentes ao fator “Comportamentos Ofensivos”, foram excluídos do questionário por não se apresentarem relevantes ao estudo vigente.

### ***Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5)***

A Escala de Qualidade de Vida Profissional – *Professional Quality of Life Scale* – (Stamm, 2005), denominada ProQOL, é a mais frequente escala utilizada para medir os efeitos positivos (SC) e negativos (FC, avaliada através do BO e do STS) de trabalhar com pessoas que experienciam eventos extremamente stressantes.

Ao longo dos anos, a ProQOL tem sido aplicada em diferentes grupos de profissionais do contexto português nos quais se inserem profissionais dos cuidados paliativos (Carvalho, 2011), psicólogos, médicos e enfermeiros (Duarte, 2017; Serrão et al., 2022), técnicos de apoio à vítima (Andriola, 2022; Simão, 2021) e profissionais de Casas de Acolhimento Residencial (Barbosa, 2020), comprovando a sua fiabilidade e validade.

É composta por 30 itens divididos em três subescalas que avaliam três dimensões relacionadas com a Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão – SC (e.g. “sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que [ajudo]”, Stress Traumático Secundário – STS (e.g. “estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu [ajudo]”) e Burnout – BO (e.g. “não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu [ajudo]”).

A cada escala correspondem dez itens onde são apresentadas afirmações às quais os participantes devem classificar a frequência com que as experienciaram nos últimos 30 dias através de uma escala tipo Likert que varia entre 1 e 5, onde 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Muito Frequentemente”.

Na sua versão original, a ProQOL5 apresentou valores adequados de consistência interna para as subescalas SC, STS e BO, tendo sido obtidos os valores de Alfa de *Cronbach* de .88, .81 e .75, respetivamente. Na sua escala total, a consistência interna é de .72. A versão portuguesa (Carvalho & Sá, 2011) apresenta valores semelhantes ( $\alpha = .86$  para SC,  $\alpha = .83$  para STS e  $\alpha = .71$  para BO). Na presente investigação, obtiveram-se valores adequados, mostrando boas qualidades psicométricas, tendo a subescala de STS apresentado consistência interna alta (.90), a subescala de SC também apresentou consistência interna alta (.88) e a subescala de BO consistência interna satisfatória (.74), o que é concordante com os valores obtidos nas versões original e portuguesa. Para a realização do somatório de cada subescala, soma-se a pontuação obtida em cada um dos dez itens que lhe correspondem com especial atenção à subescala do Burnout onde se devem reverter as pontuações dos itens 1, 4, 15, 17 e 29. Por fim, são estabelecidos pontos de corte – calculados em *scores* T – através dos quartis definidos (percentis 25, 50 e 75) para utilizar a ProQOL5 como indicador dos fatores de proteção e risco.

Assim como na escala apresentada anteriormente, a ProQOL5 também foi sujeita a alterações de forma a torná-la ainda mais adequada ao nosso estudo. A tradução dos termos em inglês "*help, helper,*

*helping*", frequentemente encontrados na ProQOL5, constituiu um dos maiores desafios durante o processo de tradução do instrumento. Em português, a palavra "ajudar" apresenta um significado que não está estritamente ligado a uma atividade profissional. Em contraste, no inglês, existem profissionais conhecidos como "*helpworkers*" ou "*helpers*". No entanto, na língua portuguesa, o termo "ajudar" tem um significado mais amplo e está relacionado a comportamentos altruístas, não sendo comumente usado para descrever profissões ou ocupações específicas. Por essa razão, os itens que apresentavam a expressão [ajudo] foram alterados para a expressão "acompanho" (itens 2, 6, 8, 9, 13, 20 e 23). A palavra "ajudante" foi substituída por "técnico/a" (itens 7, 10, 12, 19 e 27). Os itens 11, 16 e 25 continham a expressão "minha ajuda", posteriormente alterada para "minha atuação". Para o item 14, substituiu-se a palavra "ajudado" por "acompanhado".

Importa realçar que a interpretação da ProQOL5 não permite fazer um diagnóstico, uma vez que, como apresentado por Stamm (2010), não havia diagnósticos oficiais na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2000). Apesar de, atualmente, existirem versões mais recentes dos referidos manuais (CID-11 e DSM-5-TR) continuam a não incluir critérios para o diagnóstico das problemáticas estudadas pela Escala da Qualidade de Vida Profissional. Dito isto e de acordo com o autor, a ProQOL5 serve como um guia no que diz respeito ao equilíbrio das experiências positivas e negativas relacionadas ao trabalho de um indivíduo ou organização, contribuindo para a consideração de possíveis intervenções ou tratamentos (Stamm, 2010).

### ***Perguntas de Resposta Aberta***

Para finalizar o questionário e através de uma secção com perguntas de resposta aberta, foi também questionado aos participantes as duas seguintes questões: (1) "Procura ter estratégias de autocuidado? Se sim, quais?" e (2) "Procurou algum tipo de apoio especializado? Se sim, diga qual."

Foi ainda deixada ao dispor dos participantes uma caixa de resposta livre que afirmava "Utilize este espaço livre caso queira deixar alguma observação" com o intuito de permitir que os mesmos expressassem pensamentos, sentimentos ou circunstâncias específicas relacionadas ao seu trabalho que poderiam não ter sido abordadas nas questões estruturadas do questionário. Esta abordagem qualitativa destinava-se a capturar nuances e detalhes adicionais que poderiam enriquecer a compreensão dos resultados.

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Procedimento de recolha de dados**

Primeiramente, para podermos proceder à recolha de dados, foi enviado um pedido à Presidente da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens (CNPDPJ) a fim de obter a sua validação para a realização do estudo. A mesma foi-nos concedida no mês de abril de 2023,

tendo a recolha de dados iniciado oficialmente em maio de 2023 através do envio de um e-mail por parte da CNPDPCJ para todos os técnicos das diversas CPCJ do país apelando à sua colaboração no estudo, no qual constava o *link* do questionário que foi construído no *software Qualtrics*. Abrindo o *link*, os participantes eram direcionados para uma página inicial que continha um consentimento informado (Anexo A). Nesse documento, era-lhes assegurada a confidencialidade necessária para preencherem o questionário de forma pessoal e voluntária, assim como dada a garantia de que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para propósitos científicos/académicos e analisados de forma agregada. Após declararem ter compreendido a informação facultada e concordarem em participar no estudo, os participantes eram direcionados para o início do questionário. Adicionalmente, durante o processo de preenchimento do mesmo, os participantes tinham a liberdade de interromper a sua participação a qualquer momento, caso desejassem. Foi também apresentada a disponibilidade das investigador-as para esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem surgir em relação ao questionário. Procurou, assim, assegurar-se um conjunto de cuidados éticos recomendados pela Comissão de ética do ISCTE.

### **2.3.2. Procedimento de análise de dados**

Após a recolha dos dados, foi realizada uma análise estatística para explorar as relações, padrões e tendências presentes nos dados com o auxílio da versão 29 do software IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*). Os procedimentos estatísticos utilizados passaram por medidas de estatística descritiva, médias (*M*) e respetivos desvios-padrão (*DP*), cálculo de percentis e frequências, com o intuito de obter uma representação da distribuição das características sociodemográficas da amostra e para a obtenção dos níveis de FC e SC. Com o objetivo de analisar a consistência interna, foi realizado em todos os casos o cálculo do Coeficiente Alfa de *Cronbach*. Também se realizou um conjunto de análises estatísticas, nomeadamente Regressões Lineares Múltiplas.



## Capítulo III – Resultados

Estruturou-se a apresentação dos resultados conjugando vários pontos. Numa primeira fase, apresentam-se as estatísticas descritivas tanto das variáveis presentes na COPSOQ-II como nas presentes na ProQOL5. Seguidamente, a fim de avaliar a relação significativa entre as dimensões da ProQOL5 e as dimensões da COPSOQ-II, utilizamos o Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Para interpretar os resultados, empregamos os seguintes critérios de referência: uma correlação com valores compreendidos entre  $r = .10$  e  $.29$  ou  $r = -.10$  e  $-.29$  é considerada fraca, entre  $r = .30$  e  $.49$  ou  $r = -.30$  e  $-.49$  é considerada moderada e entre  $r = .50$  e  $1.0$  ou  $r = -.50$  e  $-1.0$  é considerada forte (Cohen, 1992). Realizou-se também o teste paramétrico *one-way* ANOVA com a finalidade de comparar as médias em dois ou mais grupos associados às variáveis laborais e, dessa forma, poder cumprir o 1º objetivo traçado. Por seu turno, realizamos o cálculo dos pontos de corte e, na sequência, o cálculo das frequências absolutas e relativas para compreender a distribuição dos participantes em três níveis categóricos associados ao BO, STS e SC, definidos na literatura (2º objetivo). Foram ainda conduzidas análises das Regressões Lineares para responder ao 3º objetivo. Por fim, foi realizada uma análise de conteúdo para dar resposta ao 4º objetivo.

### 3.1. Análises descritivas das variáveis em estudo

#### 3.1.1. COPSOQ-II

A média, desvio-padrão e valores mínimos, máximos e de consistência interna estão apresentados no Quadro 3.1. Através desses dados é possível identificar que os técnicos percebem uma elevada Organização do Trabalho e Conteúdo nas CPCJ em que trabalham, uma vez que os valores apresentados se encontram consideravelmente acima do valor médio da escala de resposta que varia entre 0 e 5 ( $M = 4.03$ ;  $DP = .44$ ). O mesmo ocorreu com as restantes variáveis, apresentando-se a percepção de Personalidade – autoeficácia – ( $M = 3.98$ ;  $DP = .73$ ), a percepção de Valores no Local de Trabalho ( $M = 3.91$ ;  $DP = .77$ ), a percepção de Relações Sociais e Liderança ( $M = 3.88$ ;  $DP = .68$ ) e a Percepção de Exigências Laborais ( $M = 3.66$ ;  $DP = .54$ ) com valores acima do valor médio. Os resultados da percepção de Saúde e Bem-Estar encontram-se também acima dos valores médios ( $M = 3.91$ ;  $DP = .77$ ).

#### Quadro 3.1

*Estatísticas Descritivas dos Fatores da COPSOQ-II*

Fatores	N	Min.	Máx.	M	DP	$\alpha$	Situação para a Saúde
Exigências Laborais	135	2.33	5.00	3.66	.54	.73	I
Organização do Trabalho e Conteúdo	135	2.83	5.00	4.03	.44	.65	R

Relações Sociais e Liderança	135	1.13	5.00	3.88	.68	.87	R
Valores no Local de Trabalho	135	1.20	5.00	3.91	.77	.89	R
Personalidade	135	1.00	5.00	3.98	.73	-	R
Saúde e Bem-Estar	135	1.14	4.57	2.98	.70	.87	I

I – Situação Intermédia; F- Situação Favorável; R- Situação de Risco (Silva et al., 2011)

A análise da consistência interna revelou que os valores apresentados são bons, variando entre valores aceitáveis ( $\alpha = .65$  e  $\alpha = .89$ ), como apresentados no Quadro 3.1. Para o fator Interface Trabalho-Indivíduo, como o cálculo do Alfa de *Cronbach* se demonstrou inaceitável, foi realizada uma análise descritiva item a item (Quadro 3.2).

Tal como sugerido pelos autores da versão portuguesa da medida (Silva et al., 2011), e tal como tem vindo a ser feito em outros estudos (e.g. Freitas, 2018), calculou-se a média de cada dimensão, tendo como pontos de corte os mencionados pelos autores (2.33 e 3.66). Através da análise “semáforo” proposta pelos mesmos, para os fatores EL e SBE verificam-se valores intermédios, 3.66 e 2.98, respetivamente. Contudo, é de destacar que o fator EL se encontra no limiar desta categoria e já bastante próximo de uma situação considerada de risco para a saúde. Para os restantes fatores a situação foi considerada de risco, já que os seus valores se apresentaram superiores ao ponto de corte de 3.66 (OTC= 4.03; RSL= 3.88; VLT= 3.91; P= 3.98). De forma global, os dados sugerem que a amostra deste estudo se encontra numa situação de risco relativamente ao impacto dessas dimensões na sua saúde (Quadro 3.1).

Para a subescala Interface Trabalho-Indivíduo (ITI), fazendo uma análise item a item, tal como explicitado anteriormente, verificou-se que, globalmente, os técnicos das CPCJ se sentem satisfeitos com o seu trabalho ( $M = 3.69$ ;  $DP = .81$ ) e que não se sentem preocupados em ficar desempregados ( $M = 2.07$ ;  $DP = 1.43$ ), o que representa “situações favoráveis à sua saúde”. Contudo, relativamente a itens ligados a exigência, verifica-se que os participantes reportam sentir que o seu trabalho exige muita da sua energia ( $M = 3.88$ ;  $DP = 1.03$ ) e muito do seu tempo ( $M = 3.91$ ;  $DP = 1.06$ ) acabando por afetar de forma negativa a sua vida privada. Estes resultados são indicadores de “situações de risco para a saúde”.

### Quadro 3.2

*Estatísticas Descritivas da Subescala Interface Trabalho-Indivíduo da COPSQ-II*

Itens	N	M	DP	Situação para a Saúde
“Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?”	135	3.69	.81	F
“Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?”	135	2.07	1.43	F



“Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?”	135	3.88	1.03	R
“Sente que o seu trabalho exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?”	135	3.91	1.06	R

Legenda: I – Situação Intermédia; F – Situação Favorável; R – Situação de Risco; N = Número; M = Média; DP = Desvio-Padrão

### 3.1.2. ProQOL5

A média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e o valor da soma dos itens por escala estão apresentados na Tabela 3.3. Assim como nos valores da COPSOQ-II, a ProQOL5 também apresenta valores de consistência interna adequados ( $> .70$ ) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

#### Quadro 3.3

*Estatísticas Descritivas dos Fatores da ProQOL5*

Fatores	N	Min.	Máx.	Soma	M	DP	$\alpha$
SC	135	17.0	49.0	5074	37.6	5.7	.88
BO	135	14.0	38.0	3398	25.2	5.3	.74
STS	135	11.0	48.0	3046	22.6	6.9	.90

Legenda: BO = Burnout; STS = Stress Traumático Secundário; SC = Satisfação por Compaixão; N= Número; M = Média; DP = Desvio-Padrão

### 3.2. Correlações

#### Correlações entre BO, STS e SC

Pretendíamos conhecer os valores de associação entre as dimensões da ProQOL5. Para tal, procedeu-se ao cálculo das correlações de *Pearson*. Os resultados desta análise indicam, que as subescalas BO e STS apresentam correlações negativas com SC ( $r = -.60, p < .01$  e  $r = -.24, p < .05$ , respetivamente), ou seja, maiores níveis de BO e STS associam-se a menores níveis de SC, ou vice-versa. Por sua vez, verifica-se uma correlação positiva entre BO e STS, podendo este nível de associação ser considerado elevado ( $r = .64, p < .01$ ). Tal significa que uma maior prevalência de BO está associada a uma maior prevalência de STS, ou vice-versa.

#### Correlações entre as dimensões da ProQOL5 e as dimensões da COPSOQ-II

Foram examinadas as correlações entre FC, BO e SC, medidas pelo ProQOL5, e as dimensões da COPSOQ-II. As dimensões analisadas foram: Exigências Laborais (EL), Organização do Trabalho e Conteúdo (OTC), Relações Sociais e Liderança (RSL), Valores no Local de Trabalho (VLT), Saúde e

Bem-Estar (SBE) e Interface Trabalho-Indivíduo (ITI). Para analisar essas correlações, foi também calculado o coeficiente de *Pearson*.

Através da análise das correlações entre fatores é possível observar que o fator EL se encontra relacionado com o fator BO de forma positiva e moderada ( $r = .37; p < .01$ ), ou seja, os níveis de Burnout aumentam quando as Exigências Laborais são mais elevadas, ou vice-versa. A relação das EL com o STS também é positiva, mas fraca ( $r = .20; p < .05$ ).

Por sua vez, ao analisar a relação do fator OTC com a subescala SC é possível identificar que a mesma se correlaciona positivamente e de forma moderada com o fator SC ( $r = .45; p < .01$ ), o que significa que uma maior percepção de Organização de Trabalho e Conteúdo está associada a maiores níveis de Satisfação por Compaixão por parte dos técnicos, ou vice-versa.

No que concerne ao fator RSL todos os valores foram significativos, tendo-se verificado estar negativamente correlacionado com o fator BO de forma moderada ( $r = -.32; p < .01$ ) e com o fator STS de forma fraca ( $r = -.22; p < .05$ ), o que significa que quanto mais positiva for a percepção das Relações Sociais e de Liderança mais baixos serão os níveis de Burnout e de Stress Traumático Secundário, ou vice-versa. A sua relação com a SC demonstrou-se positiva e moderada ( $r = .45; p < .01$ ), representando que quanto mais positiva for a percepção das Relações Sociais e de Liderança mais elevados serão os níveis de Satisfação por Compaixão, ou vice-versa.

Relativamente ao fator VLT, o mesmo apresenta correlações negativas com os fatores BO ( $r = -.31; p < .01$ ) e STS ( $r = -.19; p < .05$ ), sendo a primeira moderada e a segunda fraca. Por outras palavras, se os técnicos percecionarem ser tratados de forma justa e respeitosa, perceberem que há uma maior confiança entre eles e o Presidente da CPCJ e considerarem que o seu ambiente de trabalho é saudável, então irão apresentar níveis mais baixos de Burnout e Stress Traumático Secundário.

As relações do fator SBE foram todas significativas, apresentando-se positivas e fortes para os fatores BO ( $r = .64; p < .01$ ) e STS ( $r = .60; p < .01$ ). Contrariamente, SC apresentou uma relação negativa, apesar de fraca ( $r = -.25; p < .01$ ). Uma vez que os itens se apresentavam descritos de forma negativa (i.e. componentes associadas ao stress, burnout, problemas em dormir e sintomas depressivos), compreende-se que quanto mais os técnicos percecionaram que sentiram os sintomas descritos anteriormente nas últimas quatro semanas que antecederam as suas respostas ao questionário maiores seriam os seus níveis de BO e STS e, conseqüentemente, menores seriam os seus níveis de SC.

Para a escala ITI os itens foram analisados isoladamente. Nesse sentido, percebeu-se que quanto mais satisfeitos estiverem os técnicos com o seu trabalho menores níveis de Burnout se farão sentir, ou viver-versa, já que a sua relação se demonstrou negativa e forte ( $r = -.57; p < .01$ ). Por seu lado, verifica-se uma relação positiva e forte entre a SC e este item ( $r = .55; p < .01$ ), isto é, maiores níveis de Satisfação por Compaixão relacionam-se com uma maior Satisfação no Trabalho ( $r = .55; p < .01$ ), ou vice-versa.

Para o item relativo à exigência de muita energia por parte dos técnicos ao ponto de afetar de forma negativa a sua vida privada, percebeu-se uma relação positiva forte e uma relação positiva moderada com os fatores BO ( $r = .50; p < .01$ ) e STS ( $r = .48; p < .01$ ). Essa análise sugere que a percepção de que

o trabalho exige muita energia está relacionada com níveis mais elevados de Burnout e Stress Traumático Secundário entre os participantes deste estudo.

Para a última componente da ITI, relativa à perceção quanto ao trabalho exigir muito tempo dos técnicos ao ponto de afetar de forma negativa a sua vida privada os resultados foram semelhantes, verificando-se uma relação positiva e forte com o fator BO ( $r = .54; p < .01$ ) e uma relação positiva e moderada com o fator STS ( $r = .46; p < .01$ ), o que significa que quanto mais os técnicos percecionam que o seu trabalho lhes exige muito do seu tempo, mais elevados são os seus níveis de Burnout e de Stress Traumático Secundário.

### **3.3. Objetivo 1: Análise da Qualidade de Vida Profissional (FC – BO e STS – e SC) em função de variáveis laborais**

Dado as características do tipo de amostra em análise na presente investigação, considerou-se relevante avaliar o BO, o STS e a SC em função do regime de trabalho (parcial vs. integral), a antiguidade na CPCJ e o volume processual.

Relativamente à variável “regime de trabalho”, através da análise dos resultados do teste one-way ANOVA, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na subescala da SC, entre os técnicos em regime de trabalho integral ( $M = 53.42, DP = 8.78$ ) e técnicos em regime de trabalho parcial ( $M = 47.23, DP = 10.29$ ),  $F(2, 134) = 6.788, p = .002$ , sendo a média de Satisfação por Compaixão mais elevada para os que se encontram em tempo integral. Para as subescalas BO e STS não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas,  $F(2, 134) = .729, p > .05$  e  $F(2, 134) = 1.218, p > .05$ , respetivamente. No Anexo B é apresentado o Quadro que contém a informação relativa a estes dados.

No que diz respeito à variável “antiguidade na CPCJ” foram considerando dois dos quatro grupos de participantes criados – o grupo de profissionais com até 5 anos de experiência (58% dos participantes) e o grupo de participantes com 6 a 10 anos de experiência (29.7% dos participantes). O grupo de profissionais com 11 a 15 anos de experiência (5.1% da amostra total) e o grupo de profissionais com 16 ou mais anos de experiência (6.5% dos participantes) não foram considerados por terem uma percentagem residual de participantes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de BO, STS e SC relativamente à variável em análise ( $p > .05$ ). Para informação mais detalhada, consultar Anexo C.

Para analisar em que medidas os valores da SC, STS e BO, variam em função do volume processual, foram considerados 3 grupos de participantes: os que referiram ter entre 1 a 15 processos (44.9% da amostra), os que referiram ter entre 16 a 30 processos (19.6% da amostra), e os que reportaram ter mais de 30 processos (31.2%). Foram excluídos os participantes que referiram ter zero processos por representarem apenas 6 dos participantes (i.e., 4.3% da amostra total). Os resultados da análise de variância univariada (*one-way ANOVA*) permitem constatar não existirem diferenças estatisticamente

significativas ( $p > .05$ ) nas subescalas da variável Qualidade de Vida Profissional em função do volume processual reportado. O Quadro correspondente a esta variável encontra-se no Anexo D.

Em síntese, considerando as três variáveis em análise – regime de trabalho (parcial vs. integral), a antiguidade na CPCJ e o volume processual – apenas a primeira parece ter um papel na Qualidade de Vida Profissional e em particular na subescala SC; tal mostra que a média de Satisfação por Compaixão é mais elevada para os técnicos que se encontram em tempo integral (vs. tempo parcial).

### 3.4. Objetivo 2: Distribuição dos técnicos de CPCJ pelos diferentes níveis de BO, STS e SC

Para procurar responder a este objetivo, foram seguidos diferentes passos:

#### Pontos de Corte da ProQOL5

Conforme recomendado por Stamm (2010), os valores globais obtidos nos fatores de SC, BO e STS da ProQOL5 foram convertidos em *Zscores*. Esses *Zscores* foram então transformados em *Tscores*, com uma média de 50 e um desvio padrão de 10. Esse procedimento possibilita a comparação entre os valores das três dimensões e uma comparação com os valores obtidos a partir do ProQOL5 noutros estudos.

Ao empregar a subdivisão dos dados em quartis (Percentis 25, 50 e 75), observamos que os valores de referência para BO, STS e SC obtidos nesta amostra são comparáveis a outros estudos realizados em contexto português com amostras de outros profissionais – profissionais dos cuidados paliativos (Carvalho & Sá, 2011) e Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial (Barbosa, 2020). Essa comparação pode ser visualizada no Quadro 3.4.

#### Quadro 3.4

*Comparação de Pontos de Corte da ProQOL5 entre estudos portugueses e o presente estudo*

	Tscores SC			Tscores BO			Tscores STS		
	VP	PAR	PE	VP	PAR	PE	VP	PAR	PE
<b>25</b>	44	42	43.34	42	43	42.06	41	43	45.48
<b>Percentis</b>	<b>50</b>	50	47.72	50	49	49.68	49	50	52.47
	<b>75</b>	59	56.47	56	58	57.29	57	56	55.97

Legenda: VP = Versão Portuguesa (Carvalho & Sá, 2011); PAR = Profissionais de Acolhimento Residencial (Barbosa, 2020); PE = Presente Estudo; SC = Satisfação por Compaixão; BO = Burnout; STS = Stress Traumático Secundário

### Frequências e percentagens na amostra em estudo por níveis de BO, STS e SC

A fim de analisar a distribuição dos níveis de BO, STS e SC na amostra de técnicos das CPCJ em estudo, realizou-se uma análise de frequências absolutas e relativas por níveis (alto, médio e baixo) para cada uma dessas variáveis, como apresentado no Quadro 3.5.

#### Quadro 3.5

*Frequências Absolutas e Relativas de BO, STS e SC*

Variável	Nível	N	%
BO	Alto	35	25.4
	Médio	66	47.8
	Baixo	34	24.4
STS	Alto	35	25.4
	Médio	63	45.7
	Baixo	37	26.8
SC	Alto	40	29.0
	Médio	57	41.3
	Baixo	38	27.5

Legenda: BO = Burnout; STS = Stress Traumático Secundário; SC = Satisfação por Compaixão; N = Número; % = Percentagem

Com base nas análises das pontuações individuais em SC, BO e FC, bem como nos pontos de corte determinados para a nossa amostra, várias conclusões podem ser retiradas. Em relação ao BO, quase metade dos participantes, 47.8% ( $N = 66$ ), apresenta níveis médios, enquanto 25.4% ( $N = 35$ ) apresenta níveis altos. Quanto ao STS, 45.7% ( $N = 63$ ) dos participantes encontram-se em níveis médios, enquanto 26.8% ( $N = 37$ ) têm níveis baixos. No que diz respeito à SC, 41.3% ( $N = 57$ ) dos participantes estão em níveis médios, enquanto 29% ( $N = 40$ ) apresentam níveis altos.

Globalmente falando, compreende-se que a maioria dos participantes apresenta níveis médios nas três dimensões que compõem a QVP.

### 3.5. Objetivo 3: Compreender que percentagem da variação da QVP é explicada pelos FRP nesses profissionais e quais desses riscos são preditores dessas variáveis

Para responder ao objetivo 3, foram conduzidas Regressões Lineares Múltiplas para cada uma das variáveis em análise (SC, BO, STS).

O modelo de regressão construído (Quadro 3.6) permitiu concluir que a variação da Satisfação por Compaixão é explicada em cerca de 42% por este conjunto de preditores ( $R^2$  Ajustado = .419). Como apresentado na Quadro 3.7, dos diversos preditores, apenas a Organização do Trabalho e Conteúdo ( $t = 3.857, p < .001$ ) e um dos itens relativos à Interface Trabalho-Indivíduo (“Quão satisfeito/a está com o

seu trabalho de uma forma global?") ( $t = 5.292, p < .001$ ) explicam significativamente a Satisfação por Compaixão, sendo este último o preditor mais importante ( $Beta = .506$ ).

### Quadro 3.6

*Avaliação da qualidade do modelo (variação da Satisfação por Compaixão)*

	<b>R<sup>2</sup> Ajustado</b>	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
<b>Satisfação por Compaixão</b>	.419	10.660	10	124	< .001

O efeito dos FRP sobre a SC é no sentido de, mantendo tudo o resto constante, quanto mais satisfeitos estiverem os técnicos com o seu trabalho, de uma forma global, maior serão os seus níveis de Satisfação por Compaixão ( $\beta = 5.292$ ). O mesmo acontece com a Organização do Trabalho e Conteúdo, ou seja, quanto mais percecionarem o significado do seu trabalho como algo positivo, reconhecem o seu compromisso face ao local de trabalho e que têm influência no mesmo e possibilidades de desenvolvimento, maior a probabilidade de desenvolverem Satisfação por Compaixão ( $\beta = 4.343$ ) (Quadro 3.7).

### Quadro 3.7

*Análise da predição de Satisfação por Compaixão pelos Fatores de Risco Psicossociais*

<b>Fatores</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
COPSOQ_EL	.128	.012	.145	.885
COPSOQ_OTC	<b>4.343</b>	<b>.331</b>	<b>3.857</b>	<b>&lt; .001</b>
COPSOQ_RSL	-1.164	-.138	-1.044	.298
COPSOQ_VLT	-1.378	-.186	-1.438	.153
COPSOQ_SBE	-1.060	-.130	-1.494	.138
COPSOQ_P	.600	.076	1.060	.291
COPSOQ_ITI – Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?	<b>3.551</b>	<b>.506</b>	<b>5.292</b>	<b>&lt; .001</b>
COPSOQ_ITI – Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?	.229	.057	.823	.412
COPSOQ_ITI – Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	.503	.092	.689	.492
COPSOQ_ITI – Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	-.895	.076	-1.294	.198

*Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos*

Legenda: COPSOQ\_EL = Exigências Laborais; COPSOQ\_OTC = Organização do Trabalho e Conteúdo; COPSOQ\_RSL = Relações Sociais e Liderança; COPSOQ\_VLT = Valores no Local de Trabalho; COPSOQ\_SBE = Saúde e Bem-Estar; COPSOQ\_P = Personalidade; COPSOQ\_ITI = Interface Trabalho-Indivíduo

Relativamente ao Burnout (BO), é possível verificar através do Quadro 3.8 que a sua variação é explicada em cerca de 61% por este conjunto de preditores ( $R^2_{Ajustado} = .605$ ). Para além da Organização do Trabalho e Conteúdo ( $t = -3.304$ ,  $p = .001$ ) e do item relativo à Interface Trabalho-Indivíduo (“Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?”) ( $t = -2.374$ ,  $p = .019$ ), encontrados na SC, também os preditores Exigências Laborais ( $t = 2.415$ ,  $p = .017$ ), Saúde e Bem-Estar ( $t = 5.991$ ,  $p < .001$ ) e o item “Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?” do fator Interface Trabalho-Indivíduo ( $t = 2.015$ ,  $p = .046$ ) explicam significativamente a variância de Burnout, sendo o fator Saúde e Bem-Estar o preditor mais importante ( $Beta = .432$ ) (Quadro 3.9).

### Quadro 3.8

*Avaliação da qualidade do modelo (variação do Burnout)*

	Estatísticas de mudança				
	R <sup>2</sup> Ajustado	F	df1	df2	p
<b>Burnout</b>	.605	21.491	10	124	< .001

O efeito dos Fatores de Risco Psicossociais sobre o Burnout é no sentido de, mantendo tudo o resto constante, quanto mais forem sentidas Exigências Laborais pelos técnicos, maior a probabilidade de desenvolverem Burnout ( $\beta = 1.609$ ). O mesmo acontece com a Saúde e Bem-Estar e com o item “Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?” do fator Interface Trabalho-Indivíduo, ou seja, quanto mais os técnicos percecionaram que sentiram sintomas depressivos, sintomas de burnout, problemas de sono e/ou stress (SBE) e quanto mais percecionarem que o seu trabalho lhes exige muito tempo (ITI), maior a probabilidade de desenvolverem Burnout ( $\beta = 3.217$  e  $\beta = 1.056$ , respetivamente). Já no que diz respeito Organização do Trabalho e Conteúdo e ao item relativo à Interface Trabalho-Indivíduo (“Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?”), o efeito é no sentido de quanto mais percecionarem o significado do seu trabalho como algo positivo, reconhecem o seu compromisso face ao local de trabalho e reconhecerem que têm influência no mesmo e possibilidades de desenvolvimento (OTC) e quanto mais satisfeitos estiverem com o seu trabalho de uma forma global (ITI), menor será a probabilidade de desenvolverem Burnout ( $\beta = -2.816$  e  $\beta = -1.206$ , respetivamente) (Quadro 3.9).

### Quadro 3.9

*Análise da predição de Burnout pelos Fatores de Risco Psicossociais*

Fatores	B	Beta	t	p
COPSOQ_EL	<b>1.609</b>	<b>.166</b>	<b>2.415</b>	<b>.017</b>
COPSOQ_OTC	<b>- 2.816</b>	<b>- .234</b>	<b>- 3.304</b>	<b>.001</b>
COPSOQ_RSL	.886	.115	1.050	.296

COPSOQ_VLT	-.263	-.039	-.362	.718
COPSOQ_SBE	<b>3.217</b>	<b>.432</b>	<b>5.991</b>	<b>&lt; .001</b>
COPSOQ_P	-.383	-.053	-.894	.373
COPSOQ_ITI – Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?	<b>- 1.206</b>	<b>- .187</b>	<b>- 2.374</b>	<b>.019</b>
COPSOQ_ITI – Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?	.110	.030	.523	.602
COPSOQ_ITI – Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	.169	.034	.306	.760
COPSOQ_ITI – Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	<b>1.056</b>	<b>.213</b>	<b>2.015</b>	<b>.046</b>

*Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos*

Legenda: COPSOQ\_EL = Exigências Laborais; COPSOQ\_OTC = Organização do Trabalho e Conteúdo; COPSOQ\_RSL = Relações Sociais e Liderança; COPSOQ\_VLT = Valores no Local de Trabalho; COPSOQ\_SBE = Saúde e Bem-Estar

Como apresentado anteriormente no Quadro 3.10, o conjunto de preditores apresentado explica cerca de 43% da variação do Stress Traumático Secundário ( $R^2_{ajustado} = .432$ ). Pode observar-se na Tabela 3.17 que, para além da Organização do Trabalho e Conteúdo ( $t = -2.123, p = .036$ ) e da Saúde e Bem-Estar ( $t = 4.843, p < .001$ ), a Personalidade ( $t = -2.144, p = .034$ ) e o item “Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?” do fator Interface Trabalho-Indivíduo ( $t = 2.895, p = .004$ ) explicam significativamente a variância de Stress Traumático Secundário, sendo o fator Saúde e Bem-Estar o preditor estatisticamente significativo ( $Beta = .418$ ) (Quadro 3.11).

### Quadro 3.10

*Avaliação da qualidade do modelo (variação do Stress Traumático Secundário)*

	Estatísticas de mudança				
	R <sup>2</sup> Ajustado	F	df1	df2	p
<b>Stress Traumático Secundário</b>	.432	11.198	10	124	< .001

O efeito dos Fatores de Risco Psicossociais sobre o Stress Traumático Secundário é no sentido de, mantendo tudo o resto constante, quanto mais os técnicos identificarem a presença dos sintomas negativos associados à Saúde e Bem-Estar, maior a probabilidade de desenvolverem Stress Traumático Secundário ( $\beta = 4.065$ ). O mesmo acontece com o item “Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?” do fator Interface Trabalho-Indivíduo, ou seja, quanto mais sentirem preocupados em ficar desempregados maior a probabilidade de desenvolverem Stress Traumático Secundário ( $\beta = .951$ ). Já no que diz respeito Organização do Trabalho e Conteúdo e à Personalidade, o efeito é no sentido de quanto mais organizado estiver o trabalho e conteúdo realizado pelos técnicos (OTC) e quanto maior for a sua perceção de autoeficácia (P) menor probabilidade têm de desenvolver Stress Traumático Secundário ( $\beta = -2.829$  e  $\beta = -1.436$ , respetivamente) (Quadro 3.11).



### Quadro 3.11

Análise da predição de Stress Traumático Secundário pelos Fatores de Risco Psicossociais

Fatores	B	Beta	t	p
COPSOQ_EL	-.062	-.005	-.059	.953
COPSOQ_OTC	<b>- 2.829</b>	<b>-.180</b>	<b>- 2.123</b>	<b>.036</b>
COPSOQ_RSL	1.142	.113	.866	.388
COPSOQ_VLT	-.491	-.055	-.433	.666
COPSOQ_SBE	<b>4.065</b>	<b>.418</b>	<b>4.843</b>	<b>&lt; .001</b>
COPSOQ_P	<b>- 1.436</b>	<b>-.152</b>	<b>- 2.144</b>	<b>.034</b>
COPSOQ_ITI – Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?	-.130	-.015	-.164	.870
COPSOQ_ITI – Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?	<b>.951</b>	<b>.329</b>	<b>2.895</b>	<b>.004</b>
COPSOQ_ITI – Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	1.228	.187	1.422	.158
COPSOQ_ITI – Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	.438	.068	.535	.594

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

Legenda: COPSOQ\_EL = Exigências Laborais; COPSOQ\_OTC = Organização do Trabalho e Conteúdo; COPSOQ\_RSL = Relações Sociais e Liderança; COPSOQ\_VLT = Valores no Local de Trabalho; COPSOQ\_SBE = Saúde e Bem-Estar

Em suma, verifica-se que o fator OTC (Organização do Trabalho e Conteúdo) se constitui como um preditor em todas as dimensões relativas à QVP (SC, BO e STS). Realça-se também uma presença constante do fator ITI em todas as dimensões, apesar de se destacar um item diferente para cada uma (existindo correspondência do item da ITI relativo à satisfação global nas dimensões BO e SC, ainda que com efeitos diferentes). Destaca-se ainda o efeito dos fatores SBE, EL e P.

Com base nesta análise, há evidências empíricas que sugerem que os FRP desempenham um papel importante na explicação da variância de SC, BO e STS nesses profissionais.

### 3.6. Objetivo 4: Perceção sobre estratégias de Autocuidado ou de Apoio Especializado

Para concluir o questionário, foram incluídas duas perguntas abertas adicionais para recolher informações que fossem no sentido de compreender que estratégias de autocuidado ou respostas de apoio especializado referem os participantes usar. A primeira pergunta indagou os participantes sobre as suas práticas de autocuidado, solicitando que partilhassem quais as estratégias que utilizam (se fosse caso disso). A segunda pergunta explorou se os participantes alguma vez tinham procurado apoio especializado e, em caso afirmativo, que tipo de apoio tinha sido.

A análise de conteúdo efetuada à primeira pergunta, demonstraram que 63.8% dos técnicos que responderam de forma aberta a esta questão ( $N = 88$ ) referem procurar aplicar estratégias de autocuidado

nas suas rotinas, tendo sido mais frequentemente identificadas estratégias relacionadas com a prática de exercício físico (e.g. “ir ao ginásio”), participação/prática de diferentes *hobbies* (e.g. “dinamizo um clube de leitura”), meditação e yoga, atividades que promovam o contacto com a natureza (e.g. “caminhar ao ar livre e apreciar o pôr-do-sol em silêncio”) e tempo de lazer com família (e.g. “viver em pleno a minha vida familiar”) e amigos (e.g. “convívios com amigos”).

Das respostas voluntárias obtidas à segunda questão, cerca de 64% dos respondentes afirmou nunca ter tido apoio de algum especialista. Dentro das respostas afirmativas neste sentido, destaca-se a procura por serviços de psicologia, psiquiatria (muitos com recurso a medicação) e psicoterapia.

## Capítulo IV - Discussão

O principal propósito deste estudo foi analisar a prevalência de Satisfação e Fadiga por Compaixão em técnicos de CPCJ e compreender qual o peso dos Fatores de Risco Psicossociais na Qualidade de Vida Profissional dos mesmos.

Apesar de em estudos anteriores (Barbosa, 2020; Carvalho & Sá, 2011; Simão, 2021; Stamm, 2010) terem sido analisadas outras variáveis sociodemográficas (i.e. idade, sexo, estado civil, anos de profissão) no nosso estudo fez sentido estudar o regime de trabalho (integral vs parcial), a antiguidade na CPCJ e o volume processual. Não foi realizada uma análise por sexo, uma vez que a quantidade de mulheres ( $N = 121$ ) comparativamente à quantidade de homens ( $N = 16$ ) era bastante díspar.

Assim, os resultados nas dimensões de BO, STS e SC, com base nas variáveis laborais selecionadas, não permitiram observar nenhuma diferença significativa entre as médias das variáveis “antiguidade na CPCJ” e “volume processual”. A primeira destas variáveis apresentou resultados esperados e semelhantes a estudos anteriores (Barbosa, 2020). No entanto, embora não tenhamos observado diferenças significativas no volume processual dos técnicos, o que coincide com os dados de Simão (2021), os resultados foram opostos ao esperado. Para a variável relativa ao “regime de trabalho” detetaram-se diferenças significativas ao nível da SC que nos permitem afirmar que os técnicos em regime integral apresentam níveis médios mais altos de SC. Tal informação vem ratificar algumas das respostas às questões abertas, onde foi marcada a ideia de que deveriam existir apenas técnicos a tempo inteiro, pois o facto de necessitarem de dividir o seu tempo com outro tipo de projetos faz com que a sua atenção disperse e, conseqüentemente, diminua a qualidade de cuidados necessária para um trabalho eficaz. A dedicação exclusiva ao trabalho na CPCJ parece criar um ambiente mais propício para o desenvolvimento da compaixão e empatia. O foco dedicado a casos individuais e a capacidade de estabelecer relações mais profundas com as crianças, jovens e famílias acompanhadas são fatores que contribuem para esses níveis mais elevados de SC. Assim, este resultado enfatiza a importância de um compromisso integral com o trabalho na CPCJ, indicando que a dispersão da atenção devido a outros projetos pode afetar negativamente o envolvimento emocional genuíno, fundamental para a SC.

Tendo em vista corresponder ao segundo objetivo estabelecido, realizámos uma comparação entre os valores dos pontos de corte e a consistência interna da ProQOL5 neste estudo e aqueles encontrados na versão em Português (Carvalho e Sá, 2011) e num estudo também português realizado com Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial (Barbosa, 2020). Os resultados demonstraram que os pontos de corte e os valores de Alfa de *Cronbach* para as dimensões de Burnout, Stresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão, obtidos na nossa amostra, são muito semelhantes aos encontrados em estudos anteriores. Isso sugere que as medidas utilizadas neste estudo são consistentes com outras versões previamente validadas do questionário.

Em continuação, foi analisada a distribuição dos técnicos pelos níveis de FC e de SC (i.e. níveis baixo, médio e alto). Os resultados indicaram que os técnicos revelam uma concentração de resultados

no nível médio para as três dimensões da Qualidade de Vida Profissional. No que concerne à SC, estes resultados sugerem que os técnicos presentes na nossa amostra conseguem extrair alegria, satisfação e significado do trabalho que desempenham, independentemente dos stressores e desafios com os quais são confrontados (Chan et al., 2015). Contudo, apesar de parecerem promissores, esses resultados não podem ser subestimados, pois os técnicos também demonstraram pontuações moderadas nas subescalas de BO e STS. A concentração das pontuações destas dimensões no nível moderado sugere que uma parte significativa dos profissionais das CPCJ experimenta um grau de exaustão emocional equilibrado, porém notável, relacionado ao seu trabalho. Isso sugere um risco potencial de desenvolvimento de FC entre estes profissionais, devido principalmente ao seu contacto contínuo com o sofrimento alheio. Diante disso, é crucial implementar medidas urgentes para proteger os técnicos dessas cargas emocionais (Ghazanfar et al., 2018; Račić et al., 2019). Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Barbosa (2020) que apontam para uma semelhante aglomeração no nível moderado para uma amostra de Profissionais de Casas Acolhimento Residencial em Portugal.

Relativamente aos Fatores de Risco Psicossociais, foco do terceiro objetivo do estudo, parecem exercer um papel importante nas componentes da Qualidade de Vida Profissional, explicando 61% da variância de Burnout, 43% da variância do Stress Traumático Secundário e 42% da variância da Satisfação por Compaixão nos técnicos das CPCJ.

Pesquisas anteriores indicam que trabalhadores que estão comprometidos com a missão da organização em que trabalham estão mais satisfeitos com o seu trabalho e menos inclinados a deixar o mesmo (McFadden et al., 2015). Da mesma forma, a satisfação global no trabalho também está associada a *outcomes* positivos, como é o caso da SC (Baugerud et al., 2018; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Simão, 2021; Steinlin et al., 2017). Os resultados obtidos apresentam-se consistentes com a literatura, já que no tocante à da Satisfação por Compaixão, afiguraram-se como preditores significativos a Organização do Trabalho e Conteúdo e o item da Interface Trabalho-Indivíduo relacionado com a satisfação global.

Relativamente ao Burnout, destacam-se a Organização do Trabalho e Conteúdo, as Exigências Laborais, a Saúde e Bem-Estar e dois itens relativos à Interface Trabalho-Indivíduo (“Quão satisfeito/a está com o seu trabalho de uma forma global?” e “Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?”) como preditores significativos desta componente.

Estes dados corroboram parcialmente os apresentados pela literatura. Kim (2011) reportou resultados associados às exigências quantitativas (dimensão do fator EL) ao apresentar associações entre BO e fatores de carga de trabalho onde os trabalhadores da área de proteção de crianças e jovens relataram cargas de trabalho mais altas comparativamente a profissionais de saúde. Para além disso, Mikulincer e Shaver (2012) destacaram que os profissionais desta área podem ter maiores problemas com a regulação do sofrimento quando enfrentam situações emocionalmente exigentes, o que pode ter um impacto negativo quando estes interagem com crianças maltratadas e com as suas famílias (e.g. retiradas de crianças dos seus pais biológicos podem ativar sentimentos inconscientes de ameaça).

A ideia de que a satisfação global com o trabalho diminui a prevalência de BO corresponde aos dados previamente apresentados por Steinlin e colegas (2017) onde verificaram que o prazer no trabalho se expressava como fator preditivo de níveis mais baixos de BO. A autonomia e controle perante as tarefas a desempenhar pelos trabalhadores (Abu-Bader, 2000) e que um elevado grau de envolvimento com o trabalho (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011) também parecem mitigar o desenvolvimento de BO, o que confirma a coerência dos dados reportados neste estudo. A literatura encontrada destaca, ainda, que os conflitos entre vida pessoal e profissional são identificados como contributo para o desenvolvimento de BO (Kim, 2011), o que nos faz concluir que, relativamente ao fator associado à questão do trabalho exigir muito tempo dos técnicos e por consequência, acabar por afetar a sua vida privada de forma negativa (item correspondente à ITI), os nossos dados estão em concordância. A exceção dá-se nos dados relativos ao impacto da SBE no BO, onde foram encontrados altos níveis de BO em profissionais canadenses de proteção infantil apesar de uma presença baixa de sintomas depressivos (componente da SBE) (Bennett et al., 2005), resultados contrários aos encontrados na presente pesquisa.

Por seu turno, verificou-se que o Stress Traumático Secundário apresenta como preditores significativos a Organização do Trabalho, a Saúde e Bem-Estar, a Personalidade e a Interface Trabalho-Indivíduo (medo de ficar desempregado).

Segundo a literatura, quando os profissionais se encontram muito envolvidos com o seu trabalho têm mais probabilidade de desenvolver STS (Armes et al., 2020; Middleton & Potter, 2015), o que é concordante com os resultados obtidos e anteriormente apresentados. MacEachern e colegas (2019) realizaram um estudo com detetives que investigam casos de proteção infantil onde identificaram que uma grande proporção dessa amostra apresentava sintomas de burnout, dificuldades para dormir e respostas emocionais de irritabilidade (componentes que correspondem à SBE) e também prevalência de STS, o que confirma os resultados encontrados nesta pesquisa.

Para além do mencionado, também está descrito na literatura que maior perceção de autoeficácia destaca menores níveis de STS (Conrad & Kellar-Guenther, 2006), o que se demonstra novamente em consonância com os nossos dados. Embora não exista informação específica sobre o medo de ficar desempregado na literatura, é relevante observar que diversos estudos indicam que profissionais da área de proteção de crianças e jovens manifestam frequentemente intenções de deixar os seus empregos. De acordo com as pesquisas conduzidas por Middleton e Potter (2015), esses dados mostram uma correlação positiva e significativa com a prevalência de STS.

Aquando da análise do espaço de resposta aberta fornecido para observações, destaca-se que muitos foram os participantes que mencionaram a falta de flexibilidade por parte dos superiores e apelaram a uma análise mais aprofundada à presidência das CPCJ. Estes comentários acompanham os resultados obtidos relativamente à dimensão da COPSQ-II que emprega as relações com a chefia. Apesar de não ter sido identificado como o fator mais preditor das componentes da QVP, foi possível verificar que quanto mais os técnicos sentem o peso das suas Relações Sociais e Liderança, maior será a probabilidade

de desenvolverem BO e STS e, conseqüentemente, menores níveis de SC serão experienciados pelos mesmos.

Os resultados sugerem, ainda, que a OTC emerge como o preditor mais consistente em todas as dimensões dos FRP. Isto permite-nos compreender que quando os técnicos percebem que têm influência no seu trabalho, veem significado no que fazem e têm oportunidades de desenvolvimento, a sua satisfação com o trabalho que desempenham aumenta e, na seqüência, estão menos propensos a experienciar Burnout e Stress Traumático Secundário.

Reflete-se a importância da Organização do Trabalho e Conteúdo como fator fundamental na saúde mental e satisfação destes profissionais que lidam com situações complexas. Isso destaca a necessidade das Organizações focarem na criação de ambientes de trabalho positivos, onde os profissionais se sintam valorizados, envolvidos e capazes de desenvolver as suas competências. Além disso, esta análise ressalta a necessidade contínua de investigação e intervenção focada tanto na OTC como nos restantes fatores para melhorar a QVP dos técnicos envolvidos neste campo profissional.

#### **4.1. Contributos e Implicações Teóricas e Práticas**

Todos os resultados apresentados anteriormente apontam para a urgência da aplicação de medidas que contornem estes valores. A nível pessoal, seria importante incentivar os técnicos a praticarem regularmente estratégias de autocuidado. Segundo a OMS (2019), as estratégias de autocuidado apresentam potencial para reduzir os custos com a saúde, melhorar a qualidade de vida e fortalecer a capacidade de resposta às necessidades dos utentes. Assim, ao cultivarem o equilíbrio emocional no trabalho, os técnicos de CPCJ aumentam a sua competência para lidar com desafios e contribuem tanto para as suas próprias necessidades quanto para as necessidades dos indivíduos que acompanham (Sansó et al., 2015). Nessa perspetiva, é essencial que adotem estratégias que aliviem o seu sofrimento, previnam o BO e o STS e promovam a SC, elevando a sua QVP (Salloum et al., 2015).

A nível organizacional, seria importante que a CNPDPCJ e, conseqüentemente, as diferentes CPCJ tomassem medidas que promovessem a diminuição dos níveis de BO e STS, assim como da exposição a FRP e também medidas que aumentassem os níveis de SC. Como mencionado por Miller e colaboradores (2018), para um impacto eficaz e sustentável, devem ser implementadas iniciativas participativas que envolvam os funcionários de forma ativa (Miller et al., 2016) e os líderes organizacionais para compreenderem e valorizarem o impacto do bem-estar dos seus trabalhadores (Kanter & Sherman, 2017). Nesta linha de raciocínio, se os superiores hierárquicos da área da proteção de crianças e jovens reunirem esforços para compreender melhor as necessidades únicas dos seus técnicos e satisfizerem as suas necessidades, estarão a contribuir para a maximização do seu rendimento profissional (Boyas et al., 2015).

Tendo em conta toda a informação recolhida ao longo do presente estudo e conjugando-a com a literatura analisada, considerámos várias medidas e estratégias como propostas para reduzir os níveis de BO e STS e, conseqüentemente, promover o aumento da SC entre os técnicos de CPCJ:

- 1) Podem ser realizados *estudos participativos* para obter contribuições dos técnicos sobre formas de promover uma cultura saudável no local de trabalho. Por exemplo, as suas sugestões podem revelar uma variedade de estratégias, como oportunidades de desenvolvimento profissional para supervisores, *workshops* sobre temas variados ou alterações nos padrões das equipas;
- 2) Fornecer *formação e sensibilização contínua* sobre o reconhecimento dos sintomas de BO e STS, bem como sensibilização para a importância do autocuidado (Stamm, 2012; The Center for Victims of Torture, 2021a; 2021c). Isso pode ajudar os técnicos a identificar os sinais precoces e a procurar ajuda quando necessário;
- 3) Implementar *sessões de supervisão regulares*, onde os técnicos possam discutir casos difíceis e debater emoções e stress relacionados ao trabalho. Isso pode proporcionar um espaço seguro para partilhar experiências e obter apoio entre colegas (The Center for Victims of Torture, 2021a; 2021b);
- 4) Disponibilizar *apoio psicológico* para os técnicos que apresentem sinais de BO ou STS (The Center for Victims of Torture, 2021b);
- 5) Uma vez que os fatores organizacionais interagem frequentemente com fatores pessoais e, em conjunto, acabam por impactar o desempenho do trabalhador (Ellett, 2000; Madden et al., 2014), os técnicos devem ser incentivados a envolver-se em *práticas de autocuidado* que aliviem os efeitos negativos de culturas de trabalho menos saudáveis (Miller et al., 2018; The Center for Victims of Torture, 2021a), como atividade física regular, técnicas de relaxamento, ciclos de sono adequados, dieta equilibrada, meditação, mindfulness e hobbies, que ajudem os técnicos a recarregar energia e reduzir o stress (Miller et al., 2018);
- 6) Realizar uma *gestão de casos adequada*, isto é, distribuir a carga de trabalho de forma equitativa e fornecer recursos adequados para o desempenho das suas funções (Salloum et al., 2015; The Center for Victims of Torture, 2021c), assegurando que os técnicos não estão sobrecarregados com um número excessivo de casos;
- 7) Promover uma *liderança que apoie* ativamente os técnicos, esteja acessível para discussões e seja empática em relação aos desafios que enfrentam, promovendo um ambiente de trabalho mais positivo (The Center for Victims of Torture, 2021a; 2021b);
- 8) Desenvolver *políticas de bem-estar no trabalho* que incentivem a saúde mental e física dos técnicos, como horários flexíveis, programas de promoção da saúde e licenças por motivos de saúde mental (Salloum et al., 2015);
- 9) Encorajar a construção de *redes de apoio entre os técnicos*, onde possam partilhar estratégias e experiências para lidar com o stress (Miller et al., 2018);

- 10) Realizar *avaliações regulares da saúde mental* dos técnicos para identificar precocemente os problemas e oferecer intervenções apropriadas;
- 11) Implementar *políticas de prevenção de trauma* que visem reduzir o impacto emocional do trabalho com casos traumáticos (Salloum et al., 2015; The Center for Victims of Torture, 2021c).

Sumariamente, é importante destacar que a prevenção do BO e STS deve ser uma preocupação contínua e holística por parte das CPCJ, envolvendo a liderança, a equipa e os próprios técnicos. A criação de um ambiente de apoio e a promoção do autocuidado são fundamentais para proteger o bem-estar destes profissionais e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços que prestam. Ao integrarmos essas estratégias no âmbito das organizações do Sistema de Proteção de Crianças e Jovens, podemos moldar um ambiente onde a compaixão floresce, os profissionais prosperam e, acima de tudo, onde as crianças e jovens são acompanhados com o mais alto nível de dedicação e empatia.

#### **4.2. Limitações e Sugestões Futuras**

Os resultados do presente estudo, apesar de potencialmente relevantes, devem ser discutidos à luz de um conjunto de limitações. Ao nível metodológico e relativamente à amostra, o questionário foi distribuído para todas as CPCJ e, embora tenhamos obtido uma amostra considerável, poderíamos ter tido ainda mais participantes envolvidos. A nível estatístico, destacar que o Coeficiente de Alfa de *Cronbach* obtido para a escala Interface Trabalho-Indivíduo não permitiu calcular um *score* total. Portanto, devido a essa limitação, foi realizada uma análise item a item.

A Fadiga por Compaixão tem-se demonstrado uma temática relevante e presente na ordem do dia que tem vindo a ser debatida em conferências internacionais e investigada por várias entidades, incluindo a Ordem dos Psicólogos Portugueses. O autocuidado também é objeto de estudo frequente, sendo reforçado em entidades como a Santa Casa da Misericórdia, onde têm sido aplicadas políticas no sentido de cuidar dos cuidadores. Outro exemplo importante é o dos Laboratórios *ProChild* que têm como objetivo promover o bem-estar das crianças no tecido económico e social, contribuindo para políticas públicas de defesa dos seus direitos. A fim de tornarem este serviço eficaz, priorizam a formação e acompanhamento dos seus colaboradores de forma a valorizarem o seu bem-estar e desenvolvimento profissional, com respeito pela sua individualidade. Deste modo, é possível compreender que, apesar de ser uma prática relativamente recente, já se começam a vislumbrar esforços por parte de algumas Organizações para dar resposta a estes fenómenos, pelo que pode servir de modelo e sugestão futura para outras Organizações que envolvem e representam a Sistema de Promoção e Proteção.

Para estudos futuros, seria importante aprofundar o saber relativamente ao efeito efetivo do autocuidado nesta relação entre dimensões da QVP e os FRP, uma vez que a literatura afirma que esta variável funciona como buffer para a Fadiga por Compaixão (Steinlin et al., 2017).



De forma a poder tornar a informação mais rica e completa, poderia também ser viável complementar as abordagens quantitativas com estudos qualitativos mais detalhados, nomeadamente entrevistas em profundidade, para compreender as experiências e percepções dos técnicos da CPCJ de uma maneira mais holística e contextual.

Para além disso, e tendo em conta que nos apercebemos que a percentagem de técnicos que não tem ou nunca teve algum tipo de apoio especializado é alta, faria sentido explorar por que razão não o fizeram. Será por não terem meios? Por sentirem que não necessitam? Responder a estas questões pode ser importante para explorar qual a melhor solução para apoiar os técnicos neste sentido.

Também seria interessante fazer um estudo longitudinal onde se aplicasse um programa de intervenção associado, por exemplo, à gestão de stress e emoções, terapias de grupo ou aplicação de *mindfulness* a fim de compreender de forma prática se a distribuição dos níveis de BO, STS e SC se alteravam.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo torna-nos mais conscientes relativamente à importância de promover o bem-estar dos técnicos de CPCJ no seu contexto de trabalho desafiante. No desfecho deste estudo, emergem perspetivas promissoras para o futuro da proteção de crianças e jovens. À medida que enfrentamos os desafios significativos desta área, estamos armados com uma compreensão mais profunda das dinâmicas emocionais e psicológicas dos técnicos. As práticas inovadoras sugeridas oferecem não só caminhos tangíveis para mitigar os efeitos adversos do BO e do STS, mas também apontam para a promoção de uma cultura de bem-estar e satisfação (SC, especificamente).



## Conclusão

Esta investigação mergulhou profundamente no mundo dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, revelando nuances complexas e muitas vezes negligenciadas do seu ambiente profissional. A análise dos Fatores de Risco Psicossociais não apenas confirmou a sua influência significativa no bem-estar desses profissionais, mas também lançou luz sobre as estratégias resilientes que os mesmos empregam para lidar com o stress e a Fadiga por Compaixão. Ficou evidente que apesar dos desafios, esses técnicos encontram significado e satisfação no seu trabalho, demonstrando um profundo compromisso com o mesmo.

Destacou-se não apenas a relevância de políticas organizacionais que promovam um ambiente de trabalho saudável, mas também se salientou a importância de estratégias de autocuidado eficazes como práticas cruciais para mitigar a Fadiga por Compaixão e fortalecer a Satisfação por Compaixão. A promoção dessas práticas entre os técnicos é essencial para equilibrar a dedicação profissional com o bem-estar pessoal.

Além do mais, este estudo ressaltou a importância de políticas que igualmente aliviem os Fatores de Risco Psicossociais e enfatizou a necessidade contínua de apoio institucional. Intervenções focadas na redução desses fatores de risco e na promoção do autocuidado são fundamentais para prevenir a Fadiga por Compaixão e promover a Satisfação por Compaixão entre os técnicos das CPCJ. Este é um passo crucial para assegurar um apoio eficaz às crianças e jovens em situação de risco.

Em última análise, é fundamental reconhecer que as contribuições destes profissionais são essenciais para a sociedade e investir no seu bem-estar não é apenas uma obrigação ética, mas também uma necessidade para garantir a qualidade dos serviços prestados às crianças e jovens em risco. Cuidar de quem cuida não é apenas uma expressão de gratidão, mas uma estratégia essencial para fortalecer o Sistema de Promoção e Proteção.



## Referências Bibliográficas

- Abu-Bader, S. H. (2000). Work satisfaction, burnout, and turnover among social workers in Israel: A causal diagram. *International Journal of Social Welfare*, 9(3), 191–200. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00128>
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Almeida, H., Orgambêdez-Ramos, A., Monteiro, I., & Sousa, F. (2013). Mudança Organizacional. In H. Almeida, A. Orgambêdez-Ramos, I. Monteiro, & F. Sousa (Eds.), *Manual de Comportamento Organizacional: Guia de Apoio ao Estudante Universitário* (pp. 243-306). Faro: Sílabas e Desafios – Unipessoal. <http://hdl.handle.net/10400.1/3682>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andriola, C. F. (2022). *Victim support system in Portugal: trauma-informed care and professional quality of life*. [Master's Thesis, Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/81161>
- 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(Pt 3), 104540. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104540>
- Avieli, H., Ben-David, S., & Levy, I. (2016). Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/tra0000066>
- Baptista, M. A. G. (2015). *Perceção dos riscos psicossociais em profissionais de saúde*. [Master's thesis, Iscte-Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/11081>

- Barbosa, J. S. G. (2020). *A Qualidade de Vida Profissional e a sua relação com a Percepção do Suporte Social em Profissionais de Casas de Acolhimento Residencial*. [Master's Thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/95093>
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&tlng=pt).
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *British Journal of Social Work*, 48(1), 215-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>
- Beaton, R., Murphy, S., Pike, K., & Jarrett, M. (1995). Stress-symptom factors in firefighters and paramedics. In S. L. Sauter & L. R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress* (pp. 227–245). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10173-014>
- Bellolio, M. F., Cabrera, D., Sadosty, A. T., Hess, E. P., Campbell, R. L., Lohse, C. M., & Sunga, K. L. (2014). Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. *The western journal of emergency medicine*, 15(6), 629–635. <https://doi.org/10.5811/westjem.2014.5.21624>
- Bennett, S., Plint, A., & Clifford, T. J. (2005). Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: A survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Archives of Disability and Child*, 90, 1112–1116. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.048462>.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2015). 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>
- Berg, G. M., Harshbarger, J. L., Ahlers-Schmidt, C. R., & Lippoldt, D. (2016). Exposing compassion fatigue and burnout syndrome in a trauma team: A qualitative study. *Journal of trauma nursing*, 23(1), 3-10. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000172>
- Boyas, J. F., Wind, L. H., & Ruiz, E. (2015). Exploring patterns of employee psychosocial outcomes among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 52, 174–183. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.11.002>

- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Burnett, H. J., & Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 318– 326. <http://dx.doi.org/10.4172/1522-4821.1000165>
- Carvalho, P. R. C. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”* [Master’s Thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>
- Chan, A., Chan, Y., Chuang, K., Ng, J., & Neo, P. (2015). Addressing physician quality of life: understanding the relationship between burnout, work engagement, compassion fatigue and satisfaction. *Journal of Hospital Administration*, 4(6), 46–55. <https://doi.org/10.5430/jha.v4n6p46>
- Cocco E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 6, 66–71. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010066>
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, M., & Gagin, R. (2005). Can skill-development training alleviate burnout in hospital social workers? *Social Work in Health Care*, 40(4), 83–97. [http://dx.doi.org/10.1300/J010v40n04\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J010v40n04_05)
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens. (2023). Avaliação da Atividade da CPCJ – Relatório Anual 2022. Retirado de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+da+Atividade+das+CPCJ+2022/daf5653e-86fc-421c-84be-9fc4f516a25b>

- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Cooper, C., & Bevan, S. (2014). Business benefits of a healthy workforce. In A. Day, E. K. Kelloway, J. J. Hurrell Jr (Eds), *Workplace well-being: How to build psychologically healthy workplaces* pp. 27-49. Wiley Blackwel.  
[https://books.google.pt/books?id=7Fc1AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=7Fc1AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Costa, L. S., & Santos, M. (2013). Fatores psicossociais de risco no trabalho: uma problemática, diferentes abordagens. In *International congress on safety and labour market: book of abstracts*.  
<https://hdl.handle.net/10216/66971>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, stress, and coping*, 23(3), 319–339.  
<https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Cummings, C., Singer, J., Moody, S. A., & Benuto, L. T. (2020). Coping and work-related stress reactions in protective services workers. *The British Journal of Social Work*, 50(1), 62-80.  
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz082>
- Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: an application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing research and practice*, 2011, 408024.  
<https://doi.org/10.1155/2011/408024>
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S., & Hegney, D. G. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: phase 2 results. *Journal of nursing management*, 22(4), 519–531. <https://doi.org/10.1111/jonm.12168>
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análises Psicológicas*, 35(4). 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
- El-Bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 31. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>



- EU-OSHA. (2012). European Agency for Safety and Health at Work, Management of psychosocial risks at work: An analysis of findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EU-OSHA. (2023). European Agency for Safety and Health at Work, Occupational safety and health in Europe: state and trends 2023. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). The Sidran Press.
- Figley, C. R., & Figley, K. R. (2017). Compassion fatigue resilience. In E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 387–397). Oxford University Press. [10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.28](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.28)
- Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 573–593). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-029>
- Fonseca, C. I. N. da S. (2017). *Fadiga Por Compaixão e Enfermeiros de Urgência Hospitalar*. [Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/21098>
- Fonseca, L. C. C. (2022). *Exaustão Emocional em Cuidadores do Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens*. [Master's Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/145356>

- Freitas, C. A. (2018). *Avaliação de Riscos Psicossociais de uma Empresa do Setor Elétrico e Eletrónico*. [Master's Thesis, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/16934>
- Galek, K., Flannelly, K. J., Greene, P. B., & Kudler, T. (2011). Burnout, secondary traumatic stress, and social support. *Pastoral Psychology, 60*(5), 633–649. <https://doi.org/10.1007/s11089-011-0346-7>
- Geoffrion, S., Morselli, C., & Guay, S. (2016). Rethinking Compassion Fatigue Through the Lens of Professional Identity: The Case of Child-Protection Workers. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(3), 270–283. <https://doi.org/10.1177/1524838015584362>
- Ghazanfar, H., Chaudhry, M. T., Asar, Z. U., & Zahid, U. (2018). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue in Cardiac Physicians Working in Tertiary Care Cardiac Hospitals in Pakistan. *Cureus, 10*(10), e3416. <https://doi.org/10.7759/cureus.3416>
- Giovannoni, J., McCoy, K. T., Mays, M. & Watson, J. (2015). Probation officers reduce their stress by cultivating the practice of loving-kindness with self and others. *International Journal of Caring Sciences, 8*(2), 325-341. [https://www.researchgate.net/publication/275970423\\_Probation\\_Officers\\_Reduce\\_Their\\_Stress\\_by\\_Cultivating\\_the\\_Practice\\_of\\_Loving-Kindness\\_with\\_Self\\_and\\_Others](https://www.researchgate.net/publication/275970423_Probation_Officers_Reduce_Their_Stress_by_Cultivating_the_Practice_of_Loving-Kindness_with_Self_and_Others)
- Goetz, J. L., & Simon-Thomas, E. (2017). The landscape of compassion: Definitions and scientific approaches. In E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 3–15). Oxford University Press.
- Granja, M. P. (2020). *Perceção de riscos psicossociais, coping, sintomatologia psicopatológica e ideação suicida em profissionais que trabalham no contexto da saúde mental* [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/47395>
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in developmental disabilities, 32*(3), 1065-1074. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.025>

- Griffiths, A. & Royse, D. (2016). Unheard Voices: Why Former Child Welfare Workers Left Their Positions. *Journal of Public Child Welfare*, 11 (1), 73-90. <https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1232210>
- Griffiths, A., Royse, D., Murphy, A., & Starks, S. (2019). Self-care practice in social work education: A systematic review of interventions. *Journal of Social Work Education*, 55(1), 102-114. [10.1080/10437797.2018.1491358](https://doi.org/10.1080/10437797.2018.1491358)
- Henson J. S. (2017). When Compassion is Lost. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 26(2), 139–142.
- Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 21(4), 160–169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing*, 36(5), 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120. [10.1097/00152193-199204000-00035](https://doi.org/10.1097/00152193-199204000-00035)
- Julià, M., Catalina-Romero, C., Calvo-Bonacho, E., & Benavides, F. G. (2016). Exposure to Psychosocial Risk Factors at Work and the Incidence of Occupational Injuries: A Cohort Study in Spain. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(3), 282–286. <https://www.jstor.org/stable/48501177>
- Kanter, B., & Sherman, A. (2016). *The happy, healthy nonprofit: Strategies for impact without burnout*. John Wiley & Sons.

- Kim, H. (2011). Job conditions, unmet expectations, and burnout in public child welfare workers: How different from other social workers? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 358–367. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.10.001>
- Kim, H., & Stoner, M. (2008). Burnout and turnover intention among social workers: Effects of role stress, job autonomy and social support. *Administration in Social Work*, 32(3), 5–25. <https://doi.org/10.1080/03643100801922357>
- Kim, R., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). The moderating effect of compassion fatigue in the relationship between firefighters' burnout and risk factors in working environment. *Journal of Risk Research*, 23(11), 1491-1503. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1738529>
- Kinman, G., & Grant, L. (2020). Emotional demands, compassion and mental health in social workers. *Occupational Medicine*, 70(2), 89–94. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz144>
- Kristensen, T. S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newsletter*, 19–20:45-47.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Labib, M. (2015). *Compassion Fatigue, the Wellness of Care Providers, and the Quality of Patient Care*. [Master's Thesis, University Honors]. PDXScholar. <https://doi.org/10.15760/honors.206>
- Lago, K. & Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Editora Vozes: Petrópolis.
- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: Evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR [Compassion fatigue: Evidence of internal consistency and factorial validity in ProQol-BR]. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 213–221. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>
- LeBlanc, V. R., Regehr, C., Shlonsky, A., & Bogo, M. (2012). Stress responses and decision making in child protection workers faced with high conflict situations. *Child abuse & neglect*, 36(5), 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.003>

- Lee, E., Daugherty, J., Eskierka, K., & Hamelin, K. (2019). Compassion fatigue and burnout, one institution's interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 767-773. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.11.003>
- Leka, S.; Jain, A. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Institute of Work, Health & Organisations, University of Nottingham.
- MacEachern, A. D., Dennis, A. A., Jackson, S., & Jindal-Snape, D. (2019). Secondary traumatic stress: Prevalence and symptomology amongst detective officers investigating child protection cases. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 34(2), 165–174. <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9277-x>
- Madeira, M. A. A. (2019). *Saúde e qualidade de vida na polícia judiciária: avaliação de riscos psicossociais, burnout, coping e bem-estar subjetivo*. [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41654>
- Mairean, C. (2016). Emotion Regulation Strategies, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction in Healthcare Providers. *The journal of psychology*, 150(8), 961–975. <http://doi.org/10.1080/00223980.2016.1225659>
- Manuelito, C. S. L. (2016). *Fadiga por compaixão, satisfação no trabalho, stress, ansiedade e depressão em profissionais de cuidados pré-hospitalares/emergência*. [Master's Thesis, Universidade Lusófona]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/7061>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65- 90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>
- Martin-Cuellar, A., Atencio, D. J., Kelly, R. J., & Lardier, D. T. (2018). Mindfulness as a Moderator of Clinician History of Trauma on Compassion Satisfaction. *The Family Journal*, 26(3), 358-368. <https://doi.org/10.1177/1066480718795123>
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- Massa, L. D. B., Silva, T. S. de S., Sá, I. S. V. B., Barreto, B. C. de S., Almeida, P. H. T. Q. de, & Pontes, T. B. (2016). Síndrome de Burnout em professores universitários. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 27(2), 180-189. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p180-189>
- McFadden, P., Campbell, A., & Taylor, B. (2015). Resilience and Burnout in Child Protection Social Work: Individual and Organisational Themes from a Systematic Literature Review. *The British Journal of Social Work*, 45(5), 1546–1563. <http://www.jstor.org/stable/43687929>
- Michalopoulos, L. M., & Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646–664. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>
- Middleton, J. S., & Potter, C. C. (2015). Relationship between vicarious traumatization and turnover among child welfare professionals. *Journal of Public Child Welfare*, 9(2), 195-216. <https://doi.org/10.1080/15548732.2015.1021987>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Miller, J. J., Donohue-Dioh, J., Niu, C., & Shalash, N. (2018). Exploring the self-care practices of child welfare workers: A research brief. *Children and Youth Services Review*, 84, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.024>
- Miller, J. J., Grise-Owens, E., Addison, D., Marshall, M., Trabue, D., & Escobar-Ratliff, L. (2016). Planning and organizational wellness initiative at a multi-state social service agency. *Evaluation and Program Planning*, 56, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.02.001>.
- Mills, J., Ramachenderan, J., Chapman, M., Greenland, R., & Agar, M. (2020). Prioritising workforce wellbeing and resilience: What COVID-19 is reminding us about self-care and staff support. *Palliative medicine*, 34(9), 1137–1139. <https://doi.org/10.1177/0269216320947966>
- Molnar, B. E., Meecker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., Hallinan, S., Wolfe, J. D., & Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child abuse & neglect*, 110(Pt 3), 104679. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104679>

- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2-11. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150102>
- Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). Manual sobre riscos psicossociais no trabalho. *Porto: Civeri Publishing*, 1-411.
- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013(1), 37–44. [http://trauma.massey.ac.nz/issues/2013-1/AJDTS\\_2013-1\\_Nimmo.pdf](http://trauma.massey.ac.nz/issues/2013-1/AJDTS_2013-1_Nimmo.pdf)
- Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metanalysis. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4364–4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações. Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos. (2021, fevereiro 3). *Fact Sheet Autocuidado e Bem-estar*. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3322>
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 9(2). [10.14744/phd.2017.25582](https://doi.org/10.14744/phd.2017.25582)
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian journal of public health*, 38(3 Suppl), 8–24. <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Pfaff, K. A., Freeman-Gibb, L., Patrick, L. J., DiBiase, R., & Moretti, O. (2017). Reducing the “cost of caring” in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of interprofessional care*, 31(4), 512-519. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1309364>
- 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>

- Rocha, A. (2019). *Coping, Resiliência e Stress Profissional no Sistema de Proteção de Crianças e Jovens: Um estudo exploratório com técnicos portugueses*. [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41589>
- Roe, R. A. (2002). What makes a competent psychologist? *European Psychologist*, 7(3), 192–202. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.7.3.192>
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry research*, 200(2-3), 933–938. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029>
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. WW Norton & Company.
- Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.023>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. D. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Samios, C., Abel, L. M., & Rodzik, A. K. (2013). The protective role of compassion satisfaction for therapists who work with sexual violence survivors: an application of the broaden-and-build theory of positive emotions. *Anxiety, stress, and coping*, 26(6), 610–623. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.784278>
- Sánchez-Moreno, E., Roldán, I.D., Gallardo-Peralta, L.P., & Roda, A. (2014). Burnout, informal social support and psychological distress among social workers. *British Journal of Social Work*, 45, 2368-2386. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu084>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of pain and symptom management*, 50(2), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>



- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Serrão, C., Martins, V., Ribeiro, C., Maia, P., Pinho, R., Teixeira, A., ... & Duarte, I. (2022). Professional quality of life among physicians and nurses working in Portuguese hospitals during the third wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13, 814109. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.814109>
- Shang, J., Friese, C. R., Wu, E., & Aiken, L. H. (2013). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer nursing*, 36(3), 206–212. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31825e4293>
- Sheppard, G. (2016). *Work-life balance programs to improve employee performance*. [Doctoral dissertation, Walden University]. Walden Dissertations and Doctoral Studies.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A. C., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e Países Africanos de Língua oficial Portuguesa*. Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Silva, P. N. D. C. D. (2020). *Trauma vicariante, Síndrome de Burnout e satisfação por compaixão: um estudo com magistrados*. [Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23723>
- Simão, A. F. M. (2021). *Burnout and Compassion Fatigue in a sample of Victim Support Professionals* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/99295>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S. & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC palliative care*, 15(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*, 69, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>

- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1),1-11. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, 1-6.
- Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*. In C. R. Figley (Ed.), *Psychosocial stress series*, no. 24. *Treating compassion fatigue* (p. 107–119). Brunner-Routledge
- Stamm, B. H. (2012). Helping the helpers: Compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy of suicide prevention hotlines. *Resources for community suicide prevention*, 1-4.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. (2nd ed.). The ProQOL.org.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159–175. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- Storey, J., & Billingham, J. (2001). Occupational stress and social work. *Social work education*, 20(6), 659-670. <https://doi.org/10.1080/02615470120089843a>
- Tavormina, M., & Clossey, L. (2015). Exploring crisis and its effects on workers in child protective services work. *Child & Family Social Work*, 22(1), 126-136. <https://doi.org/10.1111/cfs.12209>
- The Center for Victims of Torture. (2021a). *Burnout*. Professional Quality of Life. <https://proqol.org/burnout>
- The Center for Victims of Torture. (2021b). *Compassion Fatigue*. Professional Quality of Life. <https://proqol.org/compassion-fatigue>

- The Center for Victims of Torture. (2021c). *Secondary Traumatic Stress*. Professional Quality of Life. <https://proqol.org/secondarytraumaticstress>
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172–185. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>
- Walsh-Lyle, D. (2016). *Compassion fatigue interventions: A systematic review*. [Master's Thesis, University of Prince Edward Island]. Island Scholar Robertson Library.
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., von Känel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion Transfer, Emotion Regulation, and Empathy-Related Processes in Physician-Patient Interactions and Their Association With Physician Well-Being: A Theoretical Model. *Frontiers in psychiatry*, 9, 389. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00389>
- Zanatta, A. B., & De Lucca, S. R. (2015). Prevalence of burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(2), 253-258. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>



## **Anexos**

## **Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Caro(a) Participante,

Este estudo pertence à dissertação de Mestrado de Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação da professora Joana Alexandre e procura analisar o modo como os **Fatores de Risco Psicossociais** influenciam a **Qualidade de Vida Profissional** dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e qual o papel da **Fadiga por Compaixão** neste processo.

Para a sua realização, convidamo-lo(a) a preencher o Questionário Psicossocial de Copenhaga – COPSOQ II e Escala de Qualidade de Vida Profissional – ProQOL5.

**O estudo dirige-se exclusivamente aos técnicos das CPCJ que não exerçam atualmente funções como Presidente e que em algum momento do seu percurso profissional tenham acompanhado casos de violência doméstica.**

A sua duração é de, aproximadamente, 15 minutos. A participação é voluntária, pelo que pode interromper o preenchimento em qualquer momento, garantindo-se simultaneamente a confidencialidade de todas as informações recolhidas, apenas utilizadas para fins científicos e académicos.

Pedimos-lhe que leia com atenção todo o questionário e que nos responda a cada uma das questões de forma honesta e sincera, escolhendo a(s) resposta(s) que melhor descrevem a sua experiência, não existindo respostas certas ou erradas.

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento através dos e-mails [joana.alexandre@iscte-iul.pt](mailto:joana.alexandre@iscte-iul.pt) ou [Beatriz Fonseca@iscte-iul.pt](mailto:Beatriz_Fonseca@iscte-iul.pt)

Agradecemos, desde já, a sua colaboração e disponibilidade, uma vez que sem a sua participação a realização deste estudo não seria possível.

**Anexo B – Médias e DP das subescalas da ProQOL5 para participantes em regime de trabalho parcial e integral**

	SC		BO		STS	
	Integral	Parcial	Integral	Parcial	Integral	Parcial
<b>M</b>	53.42	47.23	48.84	50.95	49.00	50.50
<b>DP</b>	8.78	10.29	10.50	9.62	9.60	10.39

Legenda: BO = Burnout; STS = Stress Traumático Secundário; SC = Satisfação por Compaixão; M = Média; DP = Desvio-Padrão

**Anexo C – Médias e desvios-padrão das subescalas ProQOL5 para os grupos de participantes até 5 anos de experiência e com 6 a 10 anos de experiência**

	SC		BO		STS	
	<b>1-5</b>	<b>6-10</b>	<b>1-5</b>	<b>6-10</b>	<b>1-5</b>	<b>6-10</b>
<b>M</b>	49.36	51.66	49.29	50.83	49.89	50.14
<b>DP</b>	11.56	7.41	10.42	8.49	10.72	8.97

Legenda: BO = Burnout; STS = Stress Traumático Secundário; SC = Satisfação por Compaixão; M = Média; DP = Desvio-Padrão



**Anexo D – Coeficientes da Correlação de *Pearson* entre os fatores presentes na ProQOL5 e o Volume Processual**

	<b>BO</b>	<b>SC</b>	<b>STS</b>
<b>Volume Processual</b>	.051	.044	-.069

Legenda: BO = Burnout; STS = Stress Traumático Secundário; SC = Satisfação por Compaixão