

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O AUTOCUIDADO DO PSICÓLOGO CLÍNICO:
EQUILÍBRIO ENTRE A VIDA PESSOAL E
PROFISSIONAL**

Ana Bárbara Couceiro Mota

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O AUTOCUIDADO DO PSICÓLOGO CLÍNICO:
EQUILÍBRIO ENTRE A VIDA PESSOAL E
PROFISSIONAL**

Ana Bárbara Couceiro Mota

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2017

Agradecimentos

À minha orientadora, Ana Nunes da Silva, por todo o esforço e disponibilidade demonstrados, mesmo quando o seu contexto pessoal o dificultava. Por me receber no seu gabinete quando eu mais precisava e pelas palavras mais positivas sempre prontas.

A todos os psicólogos que participaram neste projeto de investigação. Pelo seu interesse, disponibilidade e toda a simpatia que sempre demonstraram.

Ao Eu Amo SAC e ao GASTagus por terem dividido estes últimos anos de faculdade com a Tese de Mestrado e por me terem dado as certezas que faltavam para afirmar seguramente que o meu caminho pertence à psicologia comunitária e às missões de coração.

À Sara, por ter sido tão compreensiva comigo, principalmente na reta final do estágio, e, por mais ajuda que precisasse, deu-me o tempo que eu precisava para conseguir que a tese também tivesse um espacinho na minha vida. Por me ter dado tanto de si.

À minha Mãe, por toda a tolerância que demonstrou, mesmo quando mais precisava da minha presença. Por toda a confiança depositada, por todo o conforto e por todas as palavras de coragem que arranjou para que eu continuasse este percurso. Por acreditar sempre em mim.

Ao Alex, por me conseguir chatear tanto a cabeça para deixar a mesa da sala arrumada, mas por ter um dos melhores corações que eu conheço.

Ao meu Pai, pela flexibilidade que me proporcionou, mesmo nos momentos mais difíceis de tolerar a minha ausência. Por termos uma relação tão nossa.

À Isabel, pela compreensão que sempre teve, pela ajuda que constantemente me ofereceu e por toda a paciência numa fase mais complicada.

Aos meus Irmãos. À Laura por todas as mensagens e preocupação demonstrada, por todo o incentivo e por estar tão presente. À Madalena por ser tão cabeça no ar e por, sem saber, me ajudar a descontrair em momentos de maior pressão. Ao Vasco por estar presente nesta fase tão importante. À Madalena Sis por nunca ter falhado nenhum momento da minha vida e por estar sempre ao meu lado, sempre.

Ao Bernardo, por tudo o que já crescemos juntos. Por nos apoiarmos nos momentos mais críticos do que é fazer uma tese. Pelo caminho que ainda temos pela frente, que é longo e bonito. E fá-lo-emos de mãos dadas.

À Avó Nela, por toda a ajuda logística. Por me fazer sopas para que eu nunca morresse à fome. Pela presença tão especial na minha vida. Por ser a minha segunda mãe.

À Avó Edite, por todas as orações que fez por mim e por todo o carinho que mostra de cada vez que me vê.

À família Mwanagolé, por me fazerem sempre sentir em casa e me adotarem por tantas vezes. Ao mais recente rebento que trouxe outra luz a este ano de 2017.

Aos meus tios, por me terem dado a minha Choclatinho número um que é das coisas mais importantes que eu tenho na vida.

Às estrelinhas que eu tenho no céu e que nunca me abandonam. Por me terem deixado tão cedo, mas, ainda assim conseguirem estar tão presentes. São os meus três Anjinhos da Guarda que todos os dias iluminam o meu caminho.

À Mariana, por me acompanhar desde 2005. Por sempre termos estado uma para a outra. Pela nossa cumplicidade. Por sermos tão parecidas.

Ao Leonardo, por ser o meu companheiro de jogos. Por ter um estilo tão único. Por estar comigo há tanto tempo.

À Kiki, por ter sido a primeira. Por ter sido a primeira certeza de que estes cinco anos de faculdade valeriam a pena. Por ser a minha mana gémea. Por me ter ajudado sempre. Por se ter cruzado no meu caminho. Por nunca desistir e cuidar tão bem da nossa amizade.

À Carolina, por ter estado ao meu lado nalguns dos melhores meses que a vida me deu. Por se ter tornado a minha companheira de aventuras. Por já termos partilhado tanto. Por tudo o que ainda continuaremos a partilhar.

À Mariana e ao Afonso que combinavam cafés para que eu pudesse sair de casa. Têm sido uns amigos daqueles.

A Madrid. Às miúdas de Madrid que se tornaram tão especiais e com um lugar tão bem marcado no meu coração.

Resumo

Dada a importância de uma boa prática clínica combinada com o carácter bidirecional do processo terapêutico, os vários riscos associados à profissão e às posteriores consequências manifestadas, torna-se fundamental encontrar estratégias que contrariem esta tendência mais negativa e que possam contribuir para um equilíbrio entre a saúde física e mental dos profissionais da área em Portugal. O presente estudo tem como principal objetivo identificar as principais estratégias de autocuidado às quais os participantes recorrem no sentido de minimizar os efeitos do desgaste profissional. Sendo um estudo de natureza qualitativa, a recolha de dados assentou na realização de entrevistas semiestruturadas e, a sua posterior análise temática foi efetuada recorrendo ao programa Nvivo 11 Pro que permitiu a formulação de um sistema hierárquico de categorias. A partir dos resultados obtidos podemos verificar que os psicólogos se encontram relativamente familiarizados com os riscos associados à prática de psicologia clínica e aqueles que parecem ser mais referidos pelos participantes são o desgaste emocional proporcionado pela profissão, o contacto com população fragilizada e a identificação com as temáticas trazidas pelos pacientes. O principal impacto destes riscos na vida pessoal dos clínicos está presente sobretudo ao nível da menor disponibilidade emocional e dos pensamentos recorrentes. Para enfrentar os riscos identificados, a maioria dos participantes recorre a uma boa rede de apoio social, ao investimento em momentos de lazer, à prática de exercício físico, à gestão adequada do tempo e à frequência de práticas de supervisão ou intervisão como principais estratégias de autocuidado adotadas.

Palavras-chave: Autocuidado; Psicólogos Clínicos; Vida Pessoal; Vida Profissional; Desgaste Profissional

Abstract

Considering the importance of a good clinical practice combined with the bi-directional nature of the therapeutic process, the various risks associated with the profession and its subsequent consequences, it is essential to find strategies that counter this more negative trend and which can contribute to a balance between the physical and mental health of these professionals in Portugal. The main objective of this investigation is to study the main selfcare strategies that a sample of 10 Portuguese clinical psychologists use to minimize the effects of professional burden. In this qualitative study, semi-structured interviews help to collect data. A thematic analysis was performed through the software Nvivo 11 Pro for Windows which allowed the formulation a hierarchical system of categories. According to the results obtained, we verified that psychologists are relatively familiar with the risks associated with the practice of clinical psychology and those that have been cited more frequently are the emotional exhaustion provided by the profession, the conviviality with weakened population and, the identification with the themes brought by the patients. The main impact of these risks on the personal lives of clinical professionals is mainly present at the level of reduced emotional availability and recurrent thoughts. To face the identified risks, most of the participants engage in a good social support network, leisure time, physical exercise, adequate management of time and frequency in supervision or intervention practices as the main strategies adopted for self-care.

Key-words: Selfcare; Clinical Psychologists; Personal Life; Professional Life; Professional Burden

Índice Geral

Introdução	1
Vulnerabilidade dos Psicólogos como Profissionais de Ajuda	1
Desgaste Profissional	2
<i>Stress</i> e stress ocupacional	2
<i>Burnout</i>	3
Fadiga por compaixão	4
Autocuidado	5
Definição	5
Principais estratégias utilizadas	6
Relevância do Estudo	9
Metodologia	10
Enquadramento Metodológico	10
Desenho de Investigação	10
Questão inicial	10
Objetivos.....	10
Caracterização da Amostra.....	11
Instrumentos	12
Guião da entrevista semiestruturada.....	12
Procedimentos	13
Procedimentos de seleção e recolha de dados	13
Procedimentos de análise de dados	13
Apresentação e Discussão de Resultados	14
Domínio 1 – Riscos Associados à Prática de Psicologia Clínica.....	15

Tipos de riscos identificados pelos profissionais	15
Atenção aos riscos identificados por parte dos psicólogos clínicos	16
Impacto dos riscos associados à profissão na vida pessoal	17
Domínio 2 – Temáticas Sensíveis que Influenciaram o Contexto Pessoal dos Psicólogos	18
Domínio 3 – Identificação de Estratégias de Autocuidado	19
Tipos de estratégias de autocuidado adotadas	20
Importância da utilização das estratégias de autocuidado	22
Domínio 4 – Percepção dos Benefícios Associados à Prática de Psicologia Clínica	23
Conclusão.....	25
Referências Bibliográficas.....	27
Anexos	31

Lista dos Anexos

Anexo A – Email Enviado aos Participantes

Anexo B – Consentimento Informado

Anexo C – Guião da Entrevista Semiestruturada

Anexo D – Características dos Participantes

Anexo E – Sistema Hierárquico de Categorias

Introdução

Vulnerabilidade dos Psicólogos como Profissionais de Ajuda

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos inúmeros estudos relacionados com o desgaste profissional nos indivíduos, porém, são poucas as investigações cuja amostra se refere aos psicólogos clínicos como principal público-alvo a ser estudado (Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández, & González-Gutiérrez, 2002)

A prática da psicologia clínica parece estar associada a um risco consideravelmente elevado de desenvolver um desgaste laboral significativo (Olivares, Messerer, Ureta & Vio, 2007), uma vez que a expressão de sentimentos como compaixão e empatia, tão importantes na prática desta profissão, está associada a inúmeros custos psicológicos que, consequentemente, podem conduzir o profissional ao esgotamento devido à sua cada vez menor tolerância para suportar a dor e sofrimento alheios (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014). A prática de psicologia clínica pode ser considerada, por isso, uma fonte de riscos psicossociais essencialmente devido à relação próxima que é estabelecida entre o profissional e o paciente que, por sua vez, poderá transmitir parte do seu sofrimento ao psicólogo sem que este consiga evitar algumas repercussões na sua vida pessoal (Benevides-Pereira et al., 2002).

Algumas características particulares do paciente, assim como a percepção de semelhança e associação a algumas situações e problemáticas por parte do psicólogo, podem resultar na atualização de problemas mais antigos e evocação de sentimentos considerados anteriormente perturbadores (Farber & Heifetz, 1982). Igualmente, a visão idealizada que não só os pacientes como as pessoas em geral detêm em relação aos psicólogos surge como uma particularidade a ter em conta relativamente à prática de psicologia clínica, levando a que os profissionais desta área, na sua maioria, se sintam incentivados a corresponder e confirmar as expectativas depositadas em si (Benevides-Pereira et al., 2002). Também a função de manter uma capacidade de resposta constante e estar sempre disponível a atender quem mais precisa pode ser sentida como uma obrigação por parte dos psicólogos clínicos na sua maioria e não como algo conveniente associado à profissão (Farber & Heifetz, 1982). Por último, não podem ser desvalorizados os dilemas pessoais que tanto desgastam os psicólogos devido aos inúmeros conflitos de interesse entre a organização para a qual trabalham e os interesses e direitos do próprio paciente e que na maioria das vezes são vividos de forma solitária devido ao isolamento tão característico da profissão (Webb, 2011).

De acordo com os fatores enumerados percebemos que os psicólogos se encontram numa posição de vulnerabilidade significativa relativamente às restantes profissões, transportando uma excessiva componente profissional para a vida pessoal do psicólogo clínico (Farber, 1983; Guy & Liaboe, 1986).

Revela-se, por isso, imprescindível tomar consciência não só do risco associado à prática de psicologia clínica, como da necessidade do psicólogo em atingir um pleno equilíbrio físico e mental, de modo a concretizar o sucesso do processo terapêutico (Ipinza & Capella, 2010).

Parece então fundamental que os psicólogos clínicos consigam por um lado distanciar-se dos sentimentos vivenciados pelos pacientes em sofrimento de modo a conseguirem conduzir o processo de acompanhamento psicológico da forma mais adequada, sem, por outro lado, pôr de parte a compaixão e empatia fundamentais para o sucesso de todo o processo (Figley, 2002).

Desgaste Profissional

Stress e stress ocupacional. Lazarus e Folkman (1984), de acordo com uma perspetiva psicológica, definiram o stress como uma interação entre os indivíduos e o meio ambiente, interpretada por cada sujeito como uma ameaça ao seu bem-estar, sofrendo possíveis interferências, tanto da cognição, como do confronto com o estímulo *stressor*.

Ainda que nem toda a literatura esteja de acordo com a definição apresentada, todos os autores concordam que o stress é uma resposta do organismo a determinados estímulos potencialmente perturbadores, constituindo um mecanismo de defesa para a sobrevivência humana (Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno 2009).

Os fatores de stress podem estar relacionados com o local de trabalho de cada indivíduo e, neste sentido, surge o conceito de “Stress Ocupacional” que se refere a um desequilíbrio entre a perceção do trabalhador relativamente às exigências da profissão e aos seus recursos para conseguir cumprir essas mesmas exigências, refletindo consequências no âmbito físico, social ou psicológico (Mendonça, Barreto, Meireles, Mota, & Félix, 2005).

Robbins (2002) dividiu os sintomas do stress ocupacional em três categorias – fisiológica, comportamental e psicológica. A primeira está relacionada com as alterações a nível do metabolismo, a segunda é relativa a mudanças observadas, por exemplo, na produtividade, absentismo ou velocidade da fala e os sintomas referentes à terceira categoria relacionam-se com a insatisfação laboral, tensão, ansiedade e instabilidade, essencialmente.

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003) consideram que os componentes envolvidos na resposta ao fator gerador de stress podem ser de natureza cognitiva, comportamental ou fisiológica. Dependendo da sua eficácia, os indivíduos estarão, ou não, aptos para realizar o processamento de informações perturbadoras de forma mais rápida, o que possibilita não só a manifestação de uma conduta mais adequada, como a execução de uma ação mais positiva por parte do organismo.

É, então, importante considerar as características individuais de cada um, uma vez que cada pessoa reage de maneira diferente às pressões do dia-a-dia possuindo, igualmente, um reportório singular de recursos para responder às exigências da vida e, assim, mediar as consequências finais (Frasquilho, 2005).

Burnout. O burnout é considerado o resultado de um processo prolongado, no qual o indivíduo tenta lidar da melhor maneira possível com a exposição a diferentes fontes de stress ocupacionais contínuas que se vão acumulando sem, no entanto, conseguir ser bem-sucedido (Carlotto, 2001).

Apesar de existirem inúmeros referenciais teóricos, o mais utilizado neste âmbito é o da autoria de Maslach e Jackson (1981) que considera o burnout como sendo uma variável que atua em três dimensões – exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento no trabalho ou ineficácia.

A exaustão emocional ocorre quando, a nível afetivo, os profissionais sentem que não conseguem dar mais de si mesmos, por perceberem que tanto a sua energia como os recursos emocionais escasseiam devido ao contacto frequente com os problemas. A despersonalização é caracterizada pela expansão de sentimentos e atitudes negativas dirigidas aos destinatários do seu trabalho, neste caso aos pacientes, assim como à indiferença e distanciamento estabelecido pelo trabalhador relativamente aos diferentes aspetos laborais. A falta de envolvimento no trabalho está associada a uma evolução negativa a nível laboral, prejudicando a habilidade para a realização do trabalho de forma adequada (Sousa, 2006).

O burnout é, por isso, considerado um problema do âmbito profissional da vida de cada indivíduo, resultante de uma combinação conflituosa e tensa entre fatores externos laborais e fatores internos pessoais provocando um cansaço extremo, desmotivação e insatisfação (Bosquet, 2008). Por esta razão, as consequências desta síndrome não só afetam o próprio profissional, como todos os que o rodeiam – os recetores do seu serviço e a instituição para a qual trabalha –, apresentando uma incidência significativamente maior em profissões de ajuda (Maslach & Jackson, 1981).

Os indivíduos que apresentam esta síndrome revelam habitualmente uma qualidade de desempenho profissional reduzida, um menor nível de compromisso com a profissão assim como com as pessoas envolvidas, diminuição significativa na satisfação laboral, uma maior propensão para baixas médicas, maior incidência de conflitos relacionais tanto no âmbito pessoal como no profissional, maior probabilidade de consumo de substâncias, assim como níveis mais reduzidos de prática de exercício físico ou atividades associadas a um estilo de vida saudável (Maroco, Maroco, Leite, Bastos, Vazão, & Campos, 2016).

É possível agrupar os fatores de risco para o desenvolvimento do burnout em três dimensões – Institucional, Equipa e Individual (Ipinza & Capella, 2010). A primeira pode apresentar como exemplos a necessidade em cumprir objetivos e metas relativamente ao processo terapêutico como fator potenciador de um certo stress, atender o máximo número de pacientes, o fraco reconhecimento social assim como o reduzido salário atribuído a prática de psicologia clínica (Maslach & Leiter, 2005). Relativamente à equipa, evidencia-se o clima laboral existente na organização, a perceção de apoio social por parte dos colegas em momentos de stress (Morales, Pérez, & Menares, 2003), assim como a constante rotatividade entre os membros da equipa de trabalho, gerando um certo sentimento de incerteza e insegurança (Ipinza & Capella, 2010). A dimensão individual relaciona-se com a autoexigência dos próprios profissionais por manifestarem uma enorme vontade em realizar um trabalho de qualidade, gerando uma constante autocrítica e, possivelmente, uma sensação de constante fracasso laboral (Bosquet, 2008).

Embora já enumerados os diversos riscos associados à prática de psicologia clínica que podem conduzir ao desenvolvimento da síndrome de Burnout, inúmeros autores consideram existir uma forte tendência por parte dos psicólogos, em geral, em recusar admitir a possibilidade de estarem a passar dificuldades e, conseqüentemente, precisarem de algum tipo de ajuda (Roque & Soares, 2012).

Fadiga por compaixão. Um dos riscos já abordados associados à prática de psicologia clínica diz respeito à relação de proximidade estabelecida entre o profissional e o paciente, resultando na possibilidade de um excessivo envolvimento emocional por parte do psicólogo não apenas por lidar diretamente com o sofrimento, mas também pela constante compaixão e empatia sentidas e imprescindíveis para a eficácia do processo terapêutico (Barbosa et al., 2014).

O conceito de fadiga por compaixão, exclusivo das relações de ajuda, é caracterizado por um estado de tensão e preocupação com os pacientes em sofrimento, devido ao sentimento de empatia desenvolvido ao longo do processo terapêutico ou à recordação e posterior identificação por parte do psicólogo com os eventos traumáticos vividos no momento pelos clientes (Figley, 2002).

Apesar desta vertente negativa, é importante enfatizar que as profissões de ajuda, devido ao seu carácter altruísta, são igualmente geradoras de sentimentos de prazer e, como tal, surge um modelo denominado de Qualidade da Vida Profissional (QVP) constituído por um polo positivo e um outro negativo. O primeiro, denominado Satisfação por Compaixão, associa-se aos aspetos positivos vivenciados no contexto profissional, muitas vezes relacionado com o sentimento de utilidade e capacidade de ajudar. O polo negativo, designado Fadiga por Compaixão, é constituído pelas experiências negativas características das atividades de ajuda e, mais concretamente, da prática de psicologia clínica. É o desequilíbrio entre os polos que conduz o indivíduo a uma condição de fadiga ou satisfação por compaixão, consoante a sua perceção e sentimentos relativamente ao ato de ajudar (Barbosa et al., 2014).

Com o objetivo de intensificar o sentimento de satisfação em detrimento da fadiga por compaixão, é imprescindível adotar de uma postura otimista, possuir diversas redes de apoio social, manter-se saudável, garantindo uma vida considerada equilibrada (Radey & Figley, 2007) e recorrer a outras atividades semelhantes associadas às designadas estratégias de autocuidado (Alkema, Linton, & Davies, 2008).

Autocuidado

Definição. Tendo em conta os riscos associados às profissões de ajuda e, mais concretamente à prática de psicologia clínica, é possível constatar o carácter bidirecional do processo terapêutico, no sentido em que não são só os profissionais que influenciam os pacientes, como muitas das vezes, são estes últimos que têm um grande impacto na vida dos terapeutas (Webb, 2011). A atenção que um psicólogo deve ter para manter constante o seu bem-estar psicológico torna-se fundamental no sentido de tomar consciência relativamente à adoção de medidas preventivas que contribuam para este equilíbrio (American Psychological Association Committee on Legal Issues, 2002; Barnett & Cooper, 2009).

Estas medidas não devem ser vistas como um extra ou um luxo na vida dos profissionais por serem cada vez mais consideradas uma necessidade clínica, um requisito humano e um imperativo ético na prática eficaz da profissão (Norcross & Guy, 2007).

O envolvimento emocional, associado ao desgaste proporcionado pela prática clínica, poderá ter um impacto significativo no contexto pessoal do terapeuta, aumentando consideravelmente a sua reatividade emocional, uma vez que não é possível demarcar uma linha que separe claramente a vida profissional da pessoal (Barnett & Cooper, 2009; Williams, Richardson, Moore, Gambrel, & Keeling, 2010).

É com este propósito que surge o conceito de autocuidado, referindo-se às competências e comportamentos que o terapeuta adota no sentido de promover a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar integral, enfrentando, paralelamente, determinadas condições de desgaste associadas ao exercício da profissão (Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional, 2012). O autocuidado pode ser visto como uma medida preventiva dos potenciais efeitos do stress (Norcross, 2000) e apesar das diferentes teorias e definições, parece unânime a importância assinalada em todas elas quanto à necessidade de desenvolver estratégias orientadas para a promoção de saúde, principalmente em profissionais que trabalham diretamente com o sofrimento dos outros (Morales et al., 2003).

Depois de esclarecido, é possível verificar que o conceito de autocuidado aponta consideravelmente mais no sentido da prevenção do stress, enquanto que o *coping*, ainda que semelhante, é definido como uma resposta ao stress, positiva ou negativa, quando percebido pelo indivíduo (Brucato & Neimeyer, 2009).

Principais estratégias utilizadas. Jones (2005) e O'Halloran & Linton (2000) destacaram a importância de adotar uma perspetiva holística no sentido de gerir o stress da melhor forma através do envolvimento em determinadas atividades que satisfaçam as necessidades sociais, emocionais, espirituais, físicas e cognitivas de cada indivíduo.

É possível destacar algumas estratégias de autocuidado consideradas eficazes para lidar com o desgaste proporcionado pela prática de psicologia clínica e que, por sua vez, se dividem em três grupos – estratégias de autocuidado pessoal, estratégias de autocuidado grupal e estratégias de autocuidado institucional (Arón & Llanos, 2004).

No plano das estratégias individuais, Arón e Llanos (2004) identificaram alguns comportamentos facilitadores no sentido de lidar com os fatores stressores relacionados com a profissão. Destacam-se: o registo de comportamentos mais negativos no sentido de aprenderem a lidar com eles da melhor forma; a partilha de informação clínica com outros profissionais da área que possa funcionar como suporte; a criação de um espaço onde o profissional possa desenvolver atividades lúdicas e que sejam do seu agrado, no sentido de relaxar e distrair-se daquele que é o seu contexto profissional; a privação da sua rede de

contactos relativamente a informação potencialmente traumática, uma vez que tendencialmente estes não possuem ferramentas adequadas para interpretar a informação que parecem estar a receber; a necessidade de os profissionais apostarem na sua formação no sentido de se manterem atualizados, aplicando, desta forma, as ferramentas e modelos mais adequados às necessidades de cada paciente; e, por último, parece fundamental que os psicólogos clínicos evitem assumir responsabilidades e compromissos em excesso que os sobrecarreguem e que possam pôr em causa a eficácia do seu trabalho.

No plano das estratégias grupais, Arón e Llanos (2004) salientaram alguns comportamentos facilitadores no sentido de lidar com o desgaste associado à profissão: a tentativa de garantir alguma privacidade no seu trabalho, evitando a exposição desnecessária a alguns riscos associados à profissão; o desenvolvimento de espaços, durante o período laboral, que permitam a partilha de ideias, modelos ou técnicas relativamente aos casos que cada profissional acompanha, quer de uma maneira mais informal e imediata, quer de cariz mais formal e estruturada, como acontece com a supervisão; a partilha de responsabilidade na tomada de decisões; a confiança e abertura como requisitos fundamentais no estilo de supervisão praticado; a importância de evitar os confrontos relacionais diretos, o desenvolvimento de estratégias de carácter construtivo, estimulando a aceitação das diferenças assinaladas nos outros indivíduos; a consciência dos riscos a que os profissionais estão sujeitos devido ao contacto constante com a dor dos outros, salientando a necessidade e a iniciativa de pedir ajuda a supervisores ou consultores externos perante situações de maior influência do sofrimento dos pacientes na sua vida; o apoio proporcionado pela instituição onde trabalham os indivíduos, no sentido de demonstrarem a sua contribuição para o enriquecimento profissional dos seus trabalhadores, permitindo que se mantenham atualizados perante as inovações da área e manifestem, conseqüentemente, uma maior eficácia perante os casos que acompanham; o conhecimento dos valores, da ideologia e da cultura organizacional por parte dos profissionais, por reduzir consideravelmente os conflitos interrelacionais no local de trabalho; a perceção de um estilo democrático de liderança em detrimento de um mais autoritário; e, finalmente, os autores consideram que os rituais parecem ser identificados como um fator protetor para o crescimento, bem-estar e diferenciação dos grupos de trabalho constituídos pelos profissionais daquela instituição.

O plano de estratégias consideradas institucionais aponta para a rede profissional que se estabelece dentro da própria instituição, de onde se destacam a ativação e fortalecimento das redes de apoio; estabelecimento de um vínculo entre colegas de trabalho que favoreça a sua relação profissional; e o que os autores consideram o desenvolvimento de espaços e

momentos de alguma decompressão, como seminários, encontros profissionais ou workshops (Arón & Llanos, 2004).

Também Santana e Farkas (2007) parecem adotar uma visão semelhante à de Arón e Llanos (2004), ainda que a sua divisão de estratégias de autocuidado seja efetuada apenas em dois grandes grupos – as estratégias de autocuidado pessoais e as estratégias de autocuidado grupais.

Dentro do grupo das estratégias de autocuidado pessoais, as autoras classificam duas subcategorias - extralaborais e laborais. É possível destacar alguns exemplos de estratégias pessoais extralaborais, entre eles recorrer a terapia pessoal; dedicar tempo a si mesmo; participar em atividades sociais, entre as quais parecem sobressair o tempo passado em família e com os amigos, evitando ao máximo abordar temáticas de natureza laboral; e, por último, praticar algum desporto por, segundo os autores, favorecer a desconexão de questões associadas ao trabalho e contribuir para um significativo bem-estar físico (Santana & Farkas, 2007).

As estratégias pessoais laborais identificadas pelas autoras como mais eficazes relacionam-se com o estabelecimento de limites entre a vida profissional e pessoal, essencialmente, no que diz respeito à delimitação de funções e tarefas dentro da própria instituição; com a supervisão que os profissionais recebem no sentido de partilhar com os colegas e receber a sua opinião relativamente aos casos que se encontram a acompanhar; e com a tentativa de melhorar ou tornar mais agradável o ambiente físico no qual o psicólogo se encontra.

As estratégias grupais identificadas pelas autoras podem ser subdivididas em estratégias grupais lúdicas ou recreativas e em estratégias grupais associadas à tarefa. No primeiro grupo incluem-se estratégias como: dedicar algumas horas por mês que possam ser exclusivas à prática de atividades de caráter lúdico, onde se incluem as refeições ou os passeios, sejam eles de cariz recreativo entre amigos, ou de natureza laboral entre colegas de trabalho.

No segundo conjunto de estratégias grupais associadas à tarefa, isto é, à prática de psicologia clínica, destacam-se as reuniões técnicas com outros profissionais, assim como as de supervisão ou alguns momentos mais descontraídos entre colegas que se reúnem para partilhar impressões sobre alguns dos seus casos mais informalmente, e que se revelam de extrema importância para o suporte e bem-estar dos psicólogos que exercem na área clínica.

Sanzovo e Coelho (2007), efetuaram uma lista de estratégias usadas para lidar com os agentes considerados stressores no contexto profissional na qual se incluem: tirar férias e descansar; gostar do próprio trabalho; manifestar um alto nível de tolerância para o

atendimento clínico; concentrar-se apenas na sessão durante o atendimento; desligar-se da clínica após chegar a casa; gerir o seu tempo de forma adequada; estabelecer contratos claros sobre o funcionamento da terapia; diminuir horas de trabalho; desmarcar um atendimento quando não estiver em condições de atender; parar para meditar e refletir; encaminhar determinados casos para outro profissional; recorrer a supervisão ou conversar com colegas da área sobre os casos mais complexos; não atender o telemóvel em determinados horários e apenas fornecer o número de telefone da clínica; adequar o ambiente físico para sentir o maior conforto possível e procurar outras atividades dentro da área profissional.

Sem apresentar uma divisão concreta das estratégias que sugere, Webb (2011) identificou igualmente um conjunto de comportamentos que, no seu caso concreto, parecem contribuir para manter o equilíbrio entre o corpo e a mente: partilha de alguns casos considerados mais complexos com os membros da equipa no sentido de obter algum suporte profissional e emocional; manter uma vida ativa na comunidade, praticar exercício físico diversas vezes por semana; possuir uma alimentação cuidada e adaptada ao seu corpo; cumprir as horas de sono adequadas; tirar férias e, se possível, sem acesso ao e-mail; ter conhecimento dos seus próprios limites; participar em atividades que não se relacionem com a prática laboral; manter uma disciplina espiritual ativa; procurar terapia pessoal; diversificar as atividades em que se envolve no contexto profissional; tentar não sobrecarregar os dias com sessões, valorizando pequenos intervalos ao longo do horário de trabalho; desenvolver relações pessoais e profissionais (Harrison & Westwood, 2009) no sentido de atenuar o isolamento tão característico da prática de psicologia clínica; e valorizar os aspetos positivos da profissão.

Relevância do Estudo

Por todas as razões apresentadas, a prática de psicologia clínica revela-se uma atividade associada a inúmeros riscos que devem ser tidos em conta e atendidos, apesar da tendência que existe, por parte dos profissionais, de desvalorizar as suas próprias necessidades. Parece, por isso, fundamental a adoção de determinadas estratégias, denominadas de autocuidado, de modo a minimizar o impacto que o desgaste profissional revela ter no contexto pessoal dos psicólogos.

Apesar da importância que é possível atribuir ao uso destas estratégias, que podem variar de acordo com as características pessoais, assim como com o próprio contexto pessoal de cada um, esta parece ser uma temática ainda pouco estudada em Portugal, sobretudo no que diz respeito a investigações que apresentem como público-alvo os psicólogos.

Dada a importância de uma boa prática clínica combinada com os vários riscos associados à profissão e às posteriores consequências manifestadas, torna-se fundamental encontrar estratégias que contrariem esta tendência mais negativa e que possam contribuir para um equilíbrio entre a saúde física e mental dos profissionais da área.

Metodologia

Enquadramento Metodológico

Estamos perante um estudo que tem por base uma abordagem de natureza qualitativa de carácter exploratório, tendo em conta que pretende estabelecer critérios, métodos e técnicas no sentido de explorar e obter mais informações sobre o tema em causa, permitindo a formulação de hipóteses pertinentes (Cervo, Bervian, & Silva, 2006).

Nesta investigação em particular, o principal objetivo prende-se com a exploração da experiência subjetiva de uma amostra de psicólogos clínicos portugueses relativamente à sua prática clínica e às estratégias que adotam na sua vida pessoal de modo a lidar com os riscos associados à profissão.

Considerando a entrevista semiestruturada como o método eleito para a recolha de dados é evidente um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões, permitindo que o desenvolvimento da entrevista se vá adaptando às respostas do entrevistado (Longhurst, 2010).

Desenho de Investigação

Questão inicial. Tendo em conta a sua natureza exploratória, o estudo em causa parte da seguinte questão de investigação:

“Quais as estratégias que os psicólogos clínicos portugueses usam na vida pessoal de modo a lidar com o desgaste causado pela profissão?”

Objetivos. Encontram-se abaixo enumerados os objetivos da presente investigação:

1. Explorar quais os riscos associados à prática de psicologia clínica percebidos pelos profissionais da área
2. Compreender se os riscos identificados são tidos em conta pelos psicólogos clínicos

3. Investigar quais os efeitos que os psicólogos clínicos conseguem identificar na sua vida pessoal provocados pelo desgaste profissional
4. Perceber de que modo é que as consequências identificadas influenciam o contexto pessoal
5. Compreender se os participantes já se depararam com alguma temática em particular que lhes tenha proporcionado um maior envolvimento a nível emocional
6. Perceber se os participantes recorrem a estratégias de autocuidado para compensar o desgaste provocado pela profissão
7. No caso de os participantes revelarem recorrer a alguma (s) estratégia (s) de autocuidado, perceber de que naturezas são
8. Perceber, para os participantes que revelaram adotar alguma estratégia de autocuidado, que importância e benefícios atribuem ao uso destas estratégias
9. Enumerar os benefícios identificados pelos participantes como motivadores para a prática de psicologia clínica, apesar dos riscos reconhecidos

Caracterização da Amostra

A amostra em causa é considerada de conveniência, uma vez que para participar no presente estudo era imprescindível que os indivíduos fossem psicólogos clínicos portugueses, membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses e a exercer, no momento, psicologia clínica.

O presente estudo conta com uma amostra de 10 indivíduos, sendo três deles do sexo masculino e os restantes sete do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 52 anos de idade ($M=36$, $DP = 7.89$).

Os 10 participantes são psicólogos com diferentes habilitações literárias, variando entre a licenciatura pré-Bolonha, mestrado integrado, mestrado, pós-graduação e doutoramento e cujas orientações teóricas também divergem entre si (cognitivo-comportamental, integrativa, sistémica, psicanalítica e psicodinâmica).

Os valores médios de experiência profissional correspondem aos 12.70 anos ($DP = 7.12$) em variados contextos de prática laboral (clínica privada, formação de profissionais, centros de atendimento a toxicodependentes, centros de alcoologia, casas abrigo para vítimas de violência doméstica, prática comunitária, IPSS, centro de saúde e serviço de psicologia inserido numa faculdade).

A população-alvo atendida é bastante diversificada (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos), assim como as principais problemáticas atendidas ao longo dos anos de prática clínica: perturbações da personalidade; problemas comportamentais; conflitos interpessoais; dependências; ataques de pânico; comportamentos suicidários; dificuldades de aprendizagem; demências; doenças de comportamento alimentar; doença inflamatória intestinal; doença de Parkinson; doenças oncológicas; hiperatividade; medos; negligência parental; questões ligadas à sexualidade; transtornos emocionais e perturbações de humor, como a depressão e a ansiedade, sendo estas duas últimas as mais referidas pelos profissionais entrevistados.

Dos 10 participantes no estudo, todos eles estão ou já estiveram ao abrigo de supervisão ou intervenção, enquanto que, desta mesma amostra total, apenas quatro indivíduos revelaram já ter recorrido a terapia pessoal.

Para uma informação mais detalhada ver Tabela 1 (Anexo D).

Instrumentos

Guião da entrevista semiestruturada. Foi utilizado um guião da entrevista semiestruturada (Anexo C) construído a partir do objetivo da investigação e da literatura existente relativamente ao autocuidado e à estruturação de instrumentos de natureza qualitativa.

O guião em causa era constituído por uma primeira parte relativa à recolha de alguns dados sociodemográficos, de modo a contextualizar as informações recolhidas – idade, sexo, habilitações académicas, orientação teórica, anos de experiência profissional, contextos de trabalho ao longo dos anos, principais problemáticas atendidas, população-alvo mais frequente e possível necessidade de supervisão ou recorrência a terapia pessoal – seguida das questões propriamente ditas relativas, essencialmente, aos riscos associados à profissão e ao tipo de estratégias de autocuidado, assim como a importância da sua utilização. Os participantes eram questionados, por último, sobre a sua perceção dos benefícios associados à prática de psicologia clínica.

A organização do guião em blocos temáticos associados a objetivos específicos permitiu alguma flexibilidade ao nível das questões realizadas sempre que se tornava importante esclarecer, aprofundar ou direcionar alguma resposta dada ou reformular alguma pergunta para um melhor entendimento por parte do entrevistado.

Procedimentos

Procedimentos de seleção e recolha de dados. Depois de construído o guião e antes de aplicá-lo aos participantes, foram realizados dois pré-testes com o objetivo de aferir se o tempo usado correspondia ao inicialmente estipulado, proceder a algumas reformulações nas questões inicialmente realizadas, verificar se o encadeamento das perguntas, na prática, era o mais adequado, assim como introduzir alguma flexibilidade consoante as respostas e as interpretações efetuadas pelos participantes.

O estudo foi divulgado nas redes sociais e por envio de email (Anexo A) ou contacto pessoal junto de conhecidos dos investigadores, seguindo-se o contacto particular com cada um dos interessados através de email, através do qual era enviado em anexo o consentimento informado (Anexo B) explicitando os objetivos do estudo, os critérios de inclusão, o tempo médio de duração da entrevista, as condições a que estariam sujeitos no caso de participarem no projeto de investigação, assim como a possibilidade de realizar a entrevista de forma presencial ou através de *skype*.

Nove das entrevistas foram realizadas presencialmente e apenas uma via *skype*. Em primeiro lugar era realizada uma breve apresentação e assinatura do consentimento informado onde estavam enumerados os objetivos do estudo, a duração da entrevista, era garantida a confidencialidade, reforçada a possibilidade de desistência a qualquer momento, explicada a necessidade de gravar a entrevista, esclarecendo, por fim, que os dados recolhidos seriam usados exclusivamente para efeitos de investigação.

O guião era composto por cinco grandes partes referentes à (a) apresentação da entrevistadora, assim como do principal objetivo do estudo; (b) ao fornecimento de alguns dados sociodemográficos relevantes para a investigação; (c) à existência de riscos associados à prática clínica; (d) ao tipo de estratégias de autocuidado e à importância da sua utilização; e, (e) à conclusão da entrevista onde era feito não só um agradecimento pela colaboração no estudo, como uma referência à futura possibilidade de obtenção, por parte dos participantes, de alguns resultados e conclusões mais significativos relativos à investigação em curso.

Procedimentos de análise de dados. Os dados resultantes das entrevistas realizadas foram estudados através da aplicação de uma análise temática recorrendo ao software QSR NVivo 11.

Numa primeira fase foi realizada a familiarização com os dados do estudo, ou seja, neste caso concreto, a leitura e transcrição das entrevistas realizadas, no sentido de ganhar um

conhecimento mais profundo dos dados e, assim, contribuir para a identificação das primeiras ideias e concepções de acordo com o discurso dos participantes. Na fase seguinte procedeu-se à codificação inicial, possibilitando uma organização dos dados em códigos específicos de acordo com um potencial padrão então identificado. Numa terceira fase, estes códigos reconhecidos foram agrupados em possíveis temas gerais, permitindo a criação de um primeiro sistema de categorias, seguindo-se, na quarta fase, uma revisão dos temas, categorias e códigos de acordo com os dados do presente estudo. Ao longo da quinta fase foi possível apurar as temáticas, categorias e definições anteriormente atribuídas, no sentido de encontrar a categorização definitiva para os dados do estudo conseguidos inicialmente com recurso a uma entrevista individual a cada participante. Foi, deste modo, possível chegar a um sistema de categorias final como resultado de um processo de codificação, interpretação e recodificação contínuo de acordo com os dados que foram surgindo ao longo da análise. Numa sexta fase procedeu-se ao cruzamento dos dados então analisados com a questão de investigação inicialmente proposta, assim como com a literatura existente relativamente ao tema de estudo (Braun & Clarke, 2006).

Apresentação e Discussão de Resultados

De acordo com o carácter exploratório do presente estudo emergiram inúmeras categorias que, numa fase mais avançada, puderam ser renomeadas, outras agrupadas e, inclusivamente, algumas eliminadas. Ainda que existam algumas categorias com uma única codificação, estas foram mantidas por serem consideradas relevantes para a análise global dos dados recolhidos, possibilitando uma maior discriminação dos temas e subtemas adquiridos. Neste processo de decisão foram usados como critérios de inclusão a literatura acedida, a referência ao tema pelos participantes do estudo ao longo das entrevistas realizadas e a pertinência desta informação para os objetivos associados ao estudo.

A análise temática das entrevistas resultou em 60 categorias relacionadas entre si e possibilitou a organização dos diversos temas e subtemas em quatro domínios diferentes: (a) Riscos associados à prática de psicologia clínica; (b) Temáticas sensíveis que influenciam o contexto pessoal dos psicólogos; (c) Identificação de estratégias de autocuidado; e (d) Perceção dos benefícios associados à prática de psicologia clínica.

Serão, em seguida, detalhadas cada uma das categorias identificadas de acordo com o domínio a que pertencem, recorrendo a alguns exemplos de excertos representativos de cada uma, assim como à sua respetiva reflexão.

Para uma melhor visualização dos dados, ver Tabela 2 (Anexo E).

Domínio 1 – Riscos Associados à Prática de Psicologia Clínica

Depois de analisadas as 10 entrevistas emergiram, neste domínio, três categorias que se associam aos dois primeiros objetivos enumerados na metodologia da presente investigação – (1) Tipos de riscos identificados pelos profissionais, (2) Atenção aos riscos identificados por parte dos psicólogos, e (3) Impacto dos riscos associados à profissão na vida pessoal.

Tipos de riscos identificados pelos profissionais. A primeira questão efetuada aos participantes no momento da entrevista refere-se ao tipo de riscos que os psicólogos clínicos conseguem identificar, depois de todos eles terem considerado a sua existência na prática da profissão. Esta categoria que, por sua vez, se divide em sete subcategorias, vai de encontro ao objetivo número um do presente estudo.

Condicionamento da liberdade e privacidade. Participante 3: “*Há riscos em que a nossa própria privacidade e liberdade de estar ficam um bocadinho postas em causa.*”

Contacto com população perigosa. Participante 2: “*(...) quando trabalhamos com violência doméstica; com maus tratos a crianças, que nós obviamente somos obrigados a denunciar, estamos claramente numa situação de perigo constante.*”

Contacto com população fragilizada. Participante 9: “*Acho que pode fragilizar mais a pessoa a nível emocional por estar diariamente exposta ao sofrimento psíquico dos pacientes*”.

Desgaste emocional. Participante 4: “*É muito o desgaste emocional pelo impacto que as vivências que as crianças e adolescentes estão a ter na vida deles e nós também acabamos por nos envolver e acaba por ter impacto em nós também.*”

Dilemas éticos. Participante 3: “Os valores éticos às vezes são um bocadinho elásticos e, conforme a necessidade e a oportunidade, nós vamos alargando um bocadinho até ao limite...dá sempre asneira.”

Identificação com as temáticas atendidas. Participante 10: “Não é fácil suportar o que a outra pessoa nos conta ou nos coloca, essencialmente as histórias, quer porque muitas vezes nos identificamos (...).”

Isolamento social. Participante 3: “Isto é um trabalho muito solitário e se nós nos fechamos à partilha entre colegas, então aí, estamos logo muito mais vulneráveis.”

Atenção aos riscos identificados por parte dos psicólogos clínicos. Esta categoria representa a atenção que os psicólogos clínicos possuem relativamente aos riscos que identificaram associados à sua profissão, associando-se ao segundo objetivo traçado para este estudo.

Atenção sistemática. Entrevistadora: “No seu dia-a-dia tem em conta a presença desses mesmo riscos [anteriormente identificados]?”

Participante 7: “Claro, e tento de algum modo proteger-me.”

Participante 5: “Convém, por isso, refletirmos, ter consciência dos riscos que corremos na profissão e transportarmos também esse cuidado para a vida pessoal (...).”

Aumento da perceção de risco em função de marcadores emocionais. Entrevistadora: “No seu dia-a-dia tem em conta a presença desses mesmo riscos [anteriormente identificados]?”

Participante 6: “Acho que conscientemente não muito, mas quando chegamos a uma fase de maior desgaste e cansaço emocional é que a consciência passa a ser mais ampliada.”

Ausência de atenção sistemática.

Participante 4: “Eu sei que eles existem, mas no dia-a-dia não estou a pensar neles.”

Impacto dos riscos associados à profissão na vida pessoal. Depois de identificados os riscos associados à prática clínica foi pedido aos participantes que descrevessem o impacto que consideram ter esses mesmos riscos na sua vida pessoal. Esta categoria relaciona-se com o terceiro e quarto objetivos enumerados na metodologia do presente estudo.

Aumento do cansaço físico. Participante 1: *“Muitas das vezes estou mais cansado e desgastado do que queria (...) quero ver uma série quando chego a casa mas só me apetece ir dormir ou sinto que dormi o que precisava mas parece que não é suficiente”.*

Concentração do horário de trabalho em regime pós-laboral. Participante 3: *“Depois, os próprios horários... por exemplo, psicoterapia é um trabalho que se faz muito após as 18 horas, o que implica sair do consultório às 21/21h30 e chegar a casa às 22h”*

Desvalorização das próprias necessidades. Participante 9: *“Os familiares e amigos veem muito o psicólogo no papel de cuidador, mas a verdade é que é uma pessoa que também necessita de ser cuidada e isso muitas vezes, por culpa do próprio que tem alguma dificuldade em pôr-se no papel de cuidado, faz com que em algumas situações, em que deveria ter mais apoio dos outros, camufle também as necessidades que sente”.*

Dificuldade em estabelecer limites entre a vida pessoal e profissional. Participante 3: *“(...) é preciso ter algum cuidado porque aquela história de dizermos que “os problemas ficam no consultório”, não ficam, eles vão atrás de nós e, inevitavelmente, vamos chegar a casa um bocadinho afetados por isso (...)”.*

Enviesamento da perceção de terceiros relativamente à profissão. Participante 3: *“A nível social há aquelas coisas que a mim já não me afetam muito, mas as pessoas têm aquela ideia de que nós estamos sempre a analisar, que não temos problemas, ou os amigos tentarem fazer algum tipo de acompanhamento no bar ou ao telefone”.*

Menor disponibilidade emocional. Participante 4: *“Quando nós estamos a pensar nas coisas, nos casos, nas famílias e nas pessoas com quem trabalhamos, a nossa disponibilidade mental não é tão grande para as pessoas com quem estamos.”*

Menor tolerância e maior reatividade emocional. Participante 2: “*Às vezes vou muito mais chateada para casa e quando dou por isso estou a ter menos paciência ou reajo mais impulsivamente e se calhar noutras alturas não era o suficiente para me chatear*”.

Pensamentos recorrentes. Participante 2: “*(...) ou porque fico chateada com alguma coisa que não gostei ou que não está a correr tão bem... e aí sim, é um desgaste porque eu vou pensando nisso até realmente conseguir resolver...*”

Domínio 2 – Temáticas Sensíveis que Influenciaram o Contexto Pessoal dos Psicólogos

A análise das entrevistas originou o aparecimento deste domínio, associado ao objetivo número 5 do presente estudo, que se refere à compreensão de um maior envolvimento a nível emocional, por parte dos participantes, causado por uma determinada temática que os tenha sensibilizado de forma particular.

Identificação com as temáticas apresentadas. Participante 3: “*Isso são questões de empatia principalmente – aquilo que nos marca mais é o que nós nos identificamos mais...*”

Morte de pacientes. Participante 10: “*Tive duas situações em que num curtíssimo espaço de tempo, se calhar uma semana ou duas, um dos indivíduos a quem nós já tínhamos dado alta e um outro que tinha abandonado o tratamento, vieram a falecer (...) sofri com isso e recordo-me perfeitamente que me fez decidir que era preciso mudar e fazer outras coisas, aplicar os conhecimentos mais à prevenção [da toxicodependência]*”.

Pacientes com vários acontecimentos traumáticos. Participante 1: “*O caso em si que mais me sensibilizou pela sua temática é um caso atual de uma paciente que lhe aconteceu tudo – desde violações, lutos, maus tratos, violência doméstica, manipulação/chantagem, um aborto, o assassinato do pai à sua frente...*”

Prática de abusos sexuais. Paciente 9: “*Os casos em geral de abusos sexuais*”.

Doentes jovens oncológicos. Paciente 6: “*Um caso em particular em que a paciente tinha uma idade semelhante à minha e estava com um cancro metastisado em estágio IV*”.

Pacientes com problemáticas que necessitam de intervenções em diferentes contextos.

Paciente 4: *“Lembro-me também de um caso, esse sim, já em contexto clínico, de uma criança que se recusava a ir à escola e foi muito difícil trabalhar com a criança, com os pais e depois até tive mesmo que reencaminhá-la para uma intervenção mais multidisciplinar porque precisou de tomar medicação e de ir para um centro para ter um apoio um bocadinho mais especializado, mas, antes de isso acontecer, foi uma situação muito difícil”.*

Processos de retirada de menores às famílias. Participante 2: *“Casos de miúdos em que as técnicas queriam muito saber se era preciso retirá-los ou não... “*

Sexualidade. Participante 5: *“As questões da sexualidade marcam bastante; as questões ligadas aos relacionamentos dos casais marcam bastante “.*

Contrair alguma doença devido ao contexto em que trabalha. Participante 10: *“Surgiu um surto de tuberculose e, apesar de eu nunca ter tido receio de qualquer tipo de contágio, recordo-me de me ter inibido de ter ido pelo menos duas ou três semanas a casa da minha irmã porque tinha sobrinhos bebés e recordo-me perfeitamente que isto afetou a família...”.*

Suicídio. Participante 7: *“Estava com um miúdo que me estava a dizer que se ia matar (...) super ansioso, com um comportamento motor muito acelerado, sem aceitar assinar o contrato de não suicídio e eu comecei a ficar cada vez mais stressada...”.*

Violência doméstica. Participante 7: *“Quando trabalhava nesta casa-abrigo com vítimas de violência doméstica e houve uma situação em que tive um encontro imediato com o agressor porque a vítima ia voltar para o agressor (era uma mulher que tinha acabado de ter a criança), e eu fui a pessoa que a foi levar para este reencontro e, portanto, foi uma coisa terrível porque, para mim, o mais difícil foi de facto pensar que estava a entregá-la e que ia voltar um ciclo de violência com um recém-nascido”.*

Domínio 3 – Identificação de Estratégias de Autocuidado

De acordo com o objetivo número 6 desta investigação, cada participante foi questionado relativamente ao uso de estratégias de autocuidado, a fim de minimizar ou impedir que o desgaste da vida profissional tivesse algum impacto no seu contexto pessoal.

Tipos de estratégias de autocuidado adotadas. Depois de uma resposta afirmativa por parte de todos os participantes relativamente ao uso de estratégias de autocuidado, o objetivo seguinte foi perceber a que tipo de estratégias se referiam os profissionais em causa, coincidindo com objetivo número 7 do presente estudo.

Estratégias eficazes. De acordo com a análise realizada, a maioria dos participantes recorre a diversas estratégias de autocuidado que, na sua opinião, são consideradas bastante importantes para manter um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

Boa rede de apoio social. Participante 9: “Acho importante manter um estilo de vida mais ou menos rico a nível social (...), ter amigos e uma vida social preenchida. (...) O importante é ter amigos de outras áreas para não falar só de psicologia”.

Autocontrolo. Participante 3: “(...) é preciso ter muito autocontrolo”.

Crenças religiosas. Participante 4: “Acho que passa muito por aquilo que acredito e pela forma como eu vivo. Eu sou cristã e, portanto, acho que isso me ajuda a lidar melhor com essas questões porque tento lidar também melhor comigo própria (...) acreditamos que existe Deus e que Ele está connosco e que nos suporta e nos ajuda e talvez essa visão da vida me ajude a lidar com algumas dificuldades”.

Cuidado com o ambiente físico. Participante 3: “É bom termos algum cuidado a nível do barulho ou qualquer tipo de stressor, o ambiente é importante (...)”

Distanciamento emocional. Participante 2: “Pelo menos comigo está mais relacionado com a parte emocional, com o distanciamento que uma pessoa vai criando... É mais uma barreira que vamos criando”.

Encaminhamento para outros profissionais. Participante 7: “(...) vamos gerindo o nosso desgaste emocional e não aceitamos nem casos com problemáticas muito pesadas tendo em

conta as nossas características e a forma como nos gerimos, nem problemáticas às vezes semelhantes às nossas individuais e familiares”.

Exercício físico. Participante 9: “O desporto acho fundamental – eu pratico algum desporto e acho que é muito importante porque ficamos mais ligados à parte física e descentramo-nos do resto (...)”

Formação profissional contínua. Participante 3: “[é importante] fazer formação contínua também”.

Esta informação vai de encontro à revisão de literatura realizada, (Arón & Llanos, 2004).

Gestão de tempo. Participante 7: “Ter uma agenda também [é importante], agarrar na agenda e marcar coisas não só profissionais, como pessoais (...)”

Meditação. Participante 3: “O que para mim tem resultado muito, tem sido fazer alguns minutos de meditação entre sessões, ou seja, recebo uma pessoa, tenho um intervalo de 15/20 minutos que dá para fazer as minhas coisas e ainda uma meditação guiada durante 3/5 minutos para limpar completamente a mente, até para que a consulta anterior não influencie a seguinte. Isso é importante e é saudável.”

Momentos de lazer. Participante 1: “Esforço-me por todos os dias ter um momento prazeroso meu, seja sentado no sofá durante vinte minutos ou a olhar para o teto; seja a ler, seja no computador, seja a jogar playstation, seja a ir passear... Todos os fins-de-semana vou para qualquer lado, tento não trabalhar muito”.

Participante 10: “Viajar. Adoro viajar e sempre fiz um esforço por zelar pelo tempo livre e pelo espaço de lazer”.

Prática de outras atividades profissionais. Participante 9: “Eu recentemente também tenho um segundo trabalho que não tem nada a ver com a psicologia que acho que foi muito importante também para mim, porque normalmente as pessoas acumulam trabalhos dentro da mesma área e acabam por estar desde as 8h da manhã até as 21h a dar consultas e eu acho que isso é um desgaste muito grande”.

Qualidade do sono e da alimentação. Participante 7: “*Tento ter cuidado com a minha alimentação; como tenho enxaquecas, sempre que tenho muito trabalho, tento manter uma rotina e cumprir, no mínimo, entre 7 a 8 horas de sono diárias (...).*”

Supervisão e intervisão. Participante 3: “*A supervisão é uma delas [das estratégias] e até mesmo a intervisão, ou seja, ter grupos de discussão de casos com colegas (...).*”

Terapia pessoal. Participante 8: “*(...) fiz psicoterapia [como estratégia]*”.

Relaxamento como estratégia que não se mostrou eficaz. Para além da exploração de estratégias de autocuidado que cada participante considera eficaz para o equilíbrio entre a sua vida pessoal e profissional, foi também questionado se haveria alguma outra estratégia que os profissionais tivessem usado anteriormente, mas que a tivessem abandonado por, na sua opinião, se ter tornado ineficaz. Nove dos dez participantes responderam de forma negativa, enquanto que apenas um referiu as constantes tentativas de relaxamento que já tem vindo a fazer ao longo do tempo mas que acaba sempre por desistir da sua prática.

Participante 4: “*Sim, já experimentei fazer relaxamento entre as sessões e não resultou porque não consigo relaxar entre a preocupação do tempo que tenho para receber a próxima criança e de dar uma olhadela nas coisas antes de ela entrar e de me chamarem e me telefonarem... Já tentei mas não funcionou*”.

Importância da utilização das estratégias de autocuidado. Esta categoria surgiu associada ao objetivo 8 do presente estudo no sentido de perceber de que modo é que os participantes sentem que as estratégias de autocuidado que enumeraram contribuem efetivamente para um equilíbrio físico e mental entre os seus contextos pessoal e profissional. Os dados obtidos possibilitaram a criação de duas subcategorias abaixo identificadas.

Dar atenção e cuidar da vida pessoal. Participante 6: “*Em termos de ansiedade, sinto-me menos ansiosa e que isso aumenta o meu bem-estar (...), estou a dar importância à satisfação das minhas necessidades (...), consigo também dedicar mais tempo de qualidade não só às pessoas com quem me dou, mas, sobretudo, a mim*”.

Separação entre a vida pessoal e profissional. Participante 2: *“Porque não trazemos tanto para casa, tem muito a ver com isso. Tem muito a ver com o que acontece naquele espaço, tem que ficar naquele espaço”.*

Domínio 4 – Perceção dos Benefícios Associados à Prática de Psicologia Clínica

Este domínio está relacionado com o reconhecimento de benefícios percebidos por cada participante, no sentido de perceber as suas razões e motivações para continuar a exercer psicologia clínica, mesmo depois de todos os riscos identificados. A criação deste domínio está associada ao último objetivo do presente estudo, o número 9, e permitiu a sua organização em cinco subcategorias distintas.

Conhecimento de diferentes tipos de pessoas. Participante 6: *“Todos os pacientes são diferentes e o facto de nós termos contacto com essa realidade tão idiossincrática é de uma riqueza emocional incrível”.*

Desenvolvimento pessoal, autoconhecimento e autorregulação. Participante 1: *“Podemos também considerar como vantagem o nosso próprio autoconhecimento e autorregulação e isto, não a pensar no usar os pacientes para nos conhecermos a nós, mas usar o nosso autoconhecimento no sentido de ajudar cada vez mais as pessoas e da melhor forma”.*

Gestão do próprio tempo. Participante 3: *“Nesta minha posição em específico, eu sou dono do meu tempo, ou seja, eu organizo as coisas como quiser, não estou tão limitado, não tenho propriamente um chefe e, em termos de saúde mental, é uma maravilha.”*

Relação com o paciente. Participante 1: *“Eu acho que nós somos uns privilegiados por as pessoas confiarem como confiam em nós”.*

Satisfação proporcionada pela evolução do paciente. Participante 4: *“O resultado da intervenção, a mudança que nós vemos nas pessoas, neste caso nas crianças e adolescentes,*

é o que nos dá motivação para continuar e perceber que estamos a dar um contributo muito positivo àquela vida, àquela família, e o facto de eu ver mudanças e alterações é ótimo”.

Em primeiro lugar, os resultados parecem apontar para o conhecimento consciente relativamente à existência de riscos aos quais os psicólogos que exercem na área clínica se encontram sujeitos. Apesar de se verificar que uma parte da amostra refira não atender a esses riscos (2) ou atender apenas em circunstâncias que se revelam desgastantes (1), a maioria dos participantes entrevistados referiu considerar de forma habitual a presença dos riscos anteriormente identificados, convergindo com a visão da grande maioria dos autores, que consideram que o tempo reservado para atender aos riscos e consequências que o desgaste profissional pode provocar é fundamental para a prevenção de algumas condições mais graves como o síndrome de burnout (e.g., Ipinza & Capella, 2010).

Os principais riscos associados à prática de psicologia clínica referidos pelos participantes apontam para o desgaste emocional (9) (Barbosa et al., 2014); para o convívio constante com população fragilizada (6) (Benevides-Pereira et al., 2002); e para a identificação com as temáticas trazidas pelos pacientes (5) (Farber & Heifetz, 1982; Figley, 2002).

Os efeitos mais sentidos no contexto pessoal dos participantes relativamente ao desgaste proporcionado pela prática clínica verificam-se ao nível da menor disponibilidade emocional (6), assim como dos pensamentos recorrentes ao longo do tempo (5).

As problemáticas que se mostraram mais sensíveis para os profissionais por proporcionarem um maior envolvimento emocional, assim como um maior impacto na sua vida pessoal em comparação com os restantes casos, surgem algo dispersas. Podemos, ainda assim, verificar uma maior incidência de sensibilidade ao nível de casos que envolvam a prática de abusos sexuais (3).

Relativamente aos objetivos 6 e 7 da presente investigação, é possível verificar que a totalidade da amostra (10) revelou recorrer a algum tipo de estratégias de autocuidado no sentido de minimizarem o impacto do desgaste profissional no seu contexto pessoal. Depois de afirmarem a sua utilização, tornou-se imprescindível explorar a natureza e o tipo das estratégias individualmente enumeradas e, neste sentido, foi possível apurar que as mais referidas a nível da eficácia de utilização apontam para o apoio social (6) (Norcross & Guy, 2007; Santana & Farkas, 2007), para a prática de exercício físico (6) (Galper, Trivedi, Barlow, Dunn, & Kampert, 2006), para a existência de momentos de lazer (6) (Norcross & Guy, 2007; Santana & Farkas, 2007; Sanzovo & Coelho, 2007), para a gestão de tempo

adequada (5) e para a frequência de sessões de supervisão e/ou intervenção (4) (Arón & Llanos, 2004; Webb, 2011).

A única estratégia identificada no sentido de, depois de ser posta em prática, não se ter demonstrado eficaz para minimizar o desgaste profissional, diz respeito ao relaxamento entre sessões (1). Esta informação diverge, de certo modo, daquilo que é defendido na literatura existente relativamente a este tipo de práticas, ainda que seja defendida por um único participante (Norcross & Guy, 2007).

Depois de identificadas as estratégias às quais mais recorriam, os participantes mostraram acreditar que a sua eficácia era conseguida através da separação que estas proporcionavam entre os contextos pessoal e profissional (7) (Norcross & Guy, 2007), assim como pelo cuidado e atenção a aspetos relacionados com o contexto pessoal (7), permitindo um equilíbrio entre esses dois contextos.

Apesar do reconhecimento dos vários riscos potencialmente responsáveis pelo desgaste sentido pelos profissionais da área, os participantes referem que a sua maior satisfação está associada à evolução que verificam nos pacientes (8), assim como à relação privilegiada que demonstram construir com alguns dos indivíduos que vão acompanhando, permitindo-lhes obter algum tipo de feedback positivo da sua parte (6).

Ainda que possamos verificar algumas tendências interessantes, essencialmente ao nível das estratégias usadas pelos psicólogos que exercem na área clínica, a dimensão da amostra do presente estudo não nos permite realizar inferências ou tirar conclusões passíveis de generalizar à população em causa, embora possamos verificar uma certa convergência com a escassa literatura existente.

Conclusão

O foco da presente investigação aponta, essencialmente, para a exploração de estratégias de autocuidado usadas por uma amostra de psicólogos clínicos, no sentido de minimizar os efeitos provocados pelo desgaste profissional no seu contexto pessoal. A identificação dos recursos mais procurados por estes profissionais vai de encontro ao desenvolvimento de uma temática que se revela muito pouco estudada em Portugal, ao contrário do que acontece com alguns países da América do Sul que, de acordo com a revisão da literatura, parecem ser os que manifestam um maior crescimento no tema do autocuidado em psicólogos.

Importa salientar algumas limitações e dificuldades sentidas ao longo desta investigação que se prendem, em primeiro lugar, com o tamanho reduzido da amostra de participantes, impedindo a não saturação das categorias que emergiram. Também o facto de ter sido a mesma investigadora a realizar as diversas fases da metodologia – (1) Realização das entrevistas, (2) Transcrição e (3) Codificação dos resultados – poderá introduzir alguma subjetividade ao longo deste processo. Para superar esta limitação, seria importante replicar o estudo em causa, recorrendo a uma amostra mais ampliada e a alguns investigadores externos que pudessem contribuir, em cada uma das fases acima mencionadas, para o aumento da credibilidade dos resultados, de modo a possibilitar o enriquecimento geral da investigação em causa.

Como pontos fortes da presente investigação destacam-se o facto de terem sido realizados dois pré-testes que permitiram enriquecer o guião da entrevista anteriormente realizado de acordo com as sugestões e com as respostas fornecidas; a utilização de uma metodologia que permitiu uma exploração e análise dos dados de forma muito abrangente; e o carácter inovador do estudo, no sentido em que esta parece ser uma temática ainda pouco estudada em Portugal, sobretudo no que diz respeito a investigações que apresentem como público-alvo os psicólogos, permitindo, ainda que de forma muito cautelosa, identificar algumas tendências interessantes a partir dos dados obtidos.

Acredito que a realização destas entrevistas permitiu um aumento da consciência, na amostra em causa, relativamente não só à existência de riscos muito particulares associados à prática de psicologia clínica, como principalmente à importância e necessidade de adotar estratégias que permitam contrariar e minimizar o desgaste provocado pela profissão, favorecendo o equilíbrio físico e mental, assim como pessoal e profissional.

Futuramente seria interessante desenvolver outros estudos associados a áreas mais específicas da psicologia, como os cuidados paliativos, a área de maus tratos infantis ou de abusos sexuais de menores, que por serem tendencialmente consideradas temáticas mais sensíveis, os respetivos profissionais poderão apresentar uma determinada propensão relativamente ao tipo de estratégias de autocuidado adotadas. Por outro lado, poderia ser interessante explorar a possibilidade de existirem diferenças significativas no que diz respeito ao uso de estratégias de autocuidado de acordo com os anos de experiência profissional, assim como com o género dos profissionais clínicos.

Referências Bibliográficas

- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 4(2), 101–119. doi: 10.1080/15524250802353934
- American Psychological Association Committee on Legal Issues. (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct 2002. *American Psychologist*, 57, 1060–1073. doi: 10.1037/0003-066X.47.12.1597
- Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Cuidar los que cuidan: Desgaste Profesional y Cuidado de Los Equipos que Trabajan con Violencia. *Sistemas Familiares*, 1(2), 1–13.
- Barbosa, S. da C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares 1. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*, 14(3), 315–323.
- Barnett, & Cooper. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology Science Practice*, 16, 16–20. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x
- Benevides-Pereira, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa-Hernández, E., & González-Gutiérrez, J. L. (2002). La Evaluación Específica Del Síndrome De Burnout En Psicólogos: El “Inventario De Burnout De Psicólogos.” *Clínica Y Salud*, 13(3), 257–283.
- Bosquet, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout. Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós
- Brucato, B., & Neimeyer, G. (2009). Epistemology as a predictor of psychotherapists’ self-care and coping. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(4), 269–282. doi: 10.1080/10720530903113805
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(5), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Carlotto, M. S. (2001). Síndrome de “Burnout”: Um Tipo de Estresse Ocupacional. *Caderno Universitário*. Rio Grande do Sul: Universidade Luterana do Brasil.

- Cervo, A., Bervian, P., & Silva, R. (2006). *Metodologia Científica* (6ªed. ed.). São Paulo: Person Prentice Hall.
- Farber, B. A. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*(5), 697–705. doi: 10.1037/0735-7028.14.5.697
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*, *13*(2), 293–301. doi: 10.1037/0735-7028.13.2.293
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433–1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Medica Portuguesa*, *18*(6), 433–444.
- Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional. (2012). *¿Qué es el Autocuidado en el Trabajo?* [PDF]. Retirado de <http://www.fiso-web.org/Content/files/articulos-profesionales/3749.pdf>
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *38*(1), 173-178.
- Guy, J. D., & Liaboe, G. P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' interpersonal functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, *17*(2), 111–114. doi: 10.1037/0735-7028.17.2.111
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 203–219. doi: 10.1037/a0016081
- Ipinza, D., & Capella, C. (2010). *Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile* (Dissertação de Mestrado). Univeridad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Jones, S. H. (2005). A self-care plan for hospice workers. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, *22*(2), 125–128. doi: 10.1177/104990910502200208

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
doi:10.1037//0033-2909.116.2.340
- Longhurst, R. (2010). Semi-Structured Interviews and Focus Groups. *Key Methods in Geography*, 20, 103–115. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25, 65–74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008
- Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazao, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24–30. doi: 10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Stress and Burnout: The critical research. In *Handbook of stress medicine and health* (pp. 155–172). Lancaster: CRC press.
- Mendonça, H., Barreto, M. A. G., Meireles, I., Mota, J., & Félix, I. (2005). *O impacto da cultura organizacional sobre o estresse no trabalho*. Comunicação apresentada no Congresso Interamericano de Psicologia, Anais do XXX Congresso Interamericano de Psicologia, Buenos Aires, Argentina.
- Morales, G., Pérez, J. C., & Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de La Universidad de Chile*, 12, 9–25.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist Self-Care: Practitioner-Tested, Research-Informed Strategies. *Professional Psychology: Research and Practice* Norcross & Aboyoun, 31(6), 710–713. doi: 10.1037//0735-7028.31.6.710
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Nova Iorque: Guilford Press.
- O'Halloran, T. M., & Linton, J. M. (2000). Stress on the job: Self-care resources for counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 354–364. doi: /10/10/2016

- Olivares, R., Messerer, G., Ureta, K., & Vio, C. (2007). La frecuencia de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(1), 9–19. doi: 10.11144/58
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207–214. doi: 10.1007/s10615-007-0087-3
- Robbins, S. (2002). Comportamento organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 6(3), 151. doi: 10.1590/S1415-65552002000300016
- Roque, L., & Soares, L. (2012). Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 2–14.
- Santana, A. I., & Farkas, C. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psyche*, 16(1), 77–89. doi: 10.4067/S0718-22282007000100007
- Sanzovo, C. É., & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos Clinical psychologists' stress sources and coping strategies. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 227–238.
- Sousa, I. F., (2006). *Burnout em Professores Universitários: Análise de um Modelo Mediacional* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil
- Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. S., & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos*, 36(1), 57-74.
- Webb, K. B. (2011). Care of others and self: A suicidal patient's impact on the psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 215–221. doi: 10.1037/a0022752
- Williams, I. D., Richardson, T. A., Moore, D. D., Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). Perspectives on self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(3), 321–338. doi: 10.1080/15401383.2010.507700

Anexos

Anexo A

Email Enviado aos Participantes

O meu nome é Bárbara Mota, sou aluna da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e estou a realizar a minha tese de mestrado em Psicologia Clínica do Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

A presente investigação, no âmbito do Autocuidado dos Psicólogos Clínicos Portugueses, pretende explorar a experiência subjetiva de uma amostra de psicólogos clínicos portugueses relativamente à sua prática clínica e às estratégias que adotam na sua vida pessoal de modo a lidar com os riscos associados à profissão.

Como tal, para poder participar é necessário:

- Ser Psicólogo Clínico
- Possuir nacionalidade portuguesa
- Estar a exercer em contexto clínico
- Estar inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses

Será realizada uma entrevista, correspondente a uma única sessão, com uma duração média de 15 a 25 minutos e poderá manifestar a sua preferência relativamente à via de realização da entrevista – presencial ou por *Skype*.

A sua participação é voluntária e confidencial e pode desistir a qualquer momento. Se o desejar, no final da investigação, ser-lhe-ão enviados os resultados do estudo previamente à sua publicação.

Neste sentido, gostaria de saber se estaria disposto/a a colaborar no estudo, depois de ler o documento que envio em anexo [o consentimento informado] e, em caso afirmativo, perceber qual a sua disponibilidade para podermos agendar uma data.

Grata pela disponibilidade,

Bárbara Mota

Anexo B

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Este estudo pretende explorar a experiência subjetiva de uma amostra de psicólogos clínicos portugueses relativamente à sua prática clínica e às estratégias que adotam na sua vida pessoal de modo a lidar com os riscos associados à profissão.

Como tal, para poder participar é necessário:

- Ser Psicólogo Clínico
- Possuir nacionalidade portuguesa
- Estar a exercer em contexto clínico
- Estar inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses

O estudo será conduzido, através da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, pela Doutora Ana Nunes da Silva e a aluna de mestrado Bárbara Mota.

Reconhecendo que a prática clínica está associada a um desgaste profissional significativo por compreender um elevado nível de envolvimento emocional, será conduzida uma entrevista para que se oiçam as perspetivas de diferentes psicólogos clínicos portugueses acerca da sua perceção dos riscos associados à profissão, das consequências que o desgaste pode ter nas suas vidas e o que estratégias podem adotar para criar uma harmonia entre a saúde física e mental e, deste modo, promover um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

As entrevistas serão conduzidas numa única sessão com uma duração média de 15 a 25 minutos e poderá manifestar a sua preferência relativamente à via de realização da entrevista.

No caso de querer realizar a entrevista por Skype terá que imprimir o consentimento informado, assiná-lo e, posteriormente, reenviá-lo para o e-mail da investigadora –

acpc.projetoinvestigacao@gmail.com.

Se por outro lado prefere que a sua participação seja presencial assinará, no próprio momento da realização da entrevista, o consentimento informado no sentido de confirmar que concorda em participar na recolha de dados do estudo em causa, entregando-o no momento à investigadora.

Se concorda em participar no estudo, por favor tenha conhecimento que:

- A sua participação é um importante contributo para o nosso conhecimento e compreensão acerca do autocuidado dos psicólogos clínicos portugueses, e este conhecimento será partilhado com a comunidade académica e com profissionais de saúde, com o objetivo de ajudar a desenvolver intervenções e estratégias de apoio na vida do profissional mais adequadas e eficazes.
- A sua participação é totalmente voluntária e pode interromper a entrevista ou cancelar a sua colaboração no estudo a qualquer momento e por qualquer razão, sabendo que a sua decisão não terá qualquer tipo de consequências para si.
- A entrevista será gravada e todos os dados recolhidos serão apenas utilizados para este estudo, sendo destruídos posteriormente no final do mesmo, de forma a garantir a confidencialidade da informação que partilhou connosco.
- Este estudo não é anónimo, mas toda a informação relacionada será tratada com confidencialidade estrita, e não será partilhada com outras pessoas que não os autores do estudo.
- Os principais resultados deste estudo, no que se refere à análise global das entrevistas individuais, poderão ser-lhe disponibilizados, caso seja esta a sua vontade.

Após a conclusão do estudo, se pretender obter alguma informação, esclarecimentos adicionais ou algum resultado em particular, poderá contactar diretamente a investigadora através do e-mail acpc.projetoinvestigacao@gmail.com

Eu, _____ declaro que estou informado/a dos objetivos da investigação e dos procedimentos necessários para a minha participação no mesmo, e assim aceito participar.

(Nome Completo) _____

(Data) _____

(Assinatura) _____

Anexo C

Guião da Entrevista Semiestruturada

Guião da Entrevista

1. Apresentação

Blocos Temáticos	Objetivos
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Nome: Bárbara Mota- Aluna do 5º ano Faculdade Psicologia UL- Tese de mestrado: Autocuidado do Psicólogo Clínico
Objetivos do Estudo	<ul style="list-style-type: none">- Explorar a experiência subjetiva de uma amostra de psicólogos clínicos portugueses relativamente à sua prática clínica e às estratégias que adotam na sua vida pessoal de modo a lidar com os riscos associados à profissão

2. *Dados Sociodemográficos*

- Idade
- Sexo
- Habilitações Literárias
- Anos de Experiência Profissional
- Orientação Teórica
- Contexto de Trabalho
- População-Alvo
- Problemáticas Atendidas
- Necessidade de Supervisão / Recorrência a Terapia

3. Tema Geral: Riscos Associados à Profissão

Blocos Temáticos	Objetivos	Exemplos de Questões
<p>Reconhecimento dos Riscos associados à Prática Clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber quais os riscos associados à profissão de ajuda perccionados pelos psicólogos clínicos portugueses - Compreender se esses riscos são tidos em conta pelos psicólogos clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que a prática de psicologia clínica está associada a algum tipo de riscos que não estão presentes noutra tipo de profissões? - No seu dia-a-dia tem em conta a presença desses mesmos riscos? De que forma? Em que contextos?
<p>Consequências do Desgaste Profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar quais as consequências que os psicólogos clínicos portugueses conseguem identificar na sua vida pessoal provocados pelo desgaste profissional - Perceber de que modo é que as consequências identificadas influenciam o contexto pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que o desgaste profissional proporcionado pela prática clínica tem impacto na sua vida pessoal? - Que consequências consegue identificar na sua vida pessoal? - De que modo é que esse desgaste influencia a sua vida pessoal?
<p>Exemplo de Problemática Mais Perturbadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender se os participantes já se depararam com alguma temática em particular que tenham sentido um maior envolvimento a nível emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Ao longo destes anos em que já exerce, houve algum caso em particular que o tenha sensibilizado especialmente devido à sua temática?

4. Tema Geral: Tipo de Estratégias de Autocuidado e Importância da sua Utilização

Blocos Temáticos	Objetivos	Exemplos de Questões
Estratégias de Autocuidado	- Perceber se os participantes recorrem a estratégias de autocuidado para compensar o desgaste provocado pela profissão	- Tendo em conta os riscos associados às profissões de ajuda, recorre a alguma estratégia ou adota algum cuidado especial para evitar que o desgaste da profissão afete o contexto pessoal?
Tipos de Estratégias de Autocuidado Adotadas	- No caso de os participantes revelarem recorrer a alguma(s) estratégias de autocuidado, perceber de que tipo são; exemplos	-Será que me pode dar exemplos de estratégias às quais recorre?
Importância da Utilização de Estratégias de Autocuidado	- Perceber, para os participantes que revelaram adotar alguma estratégia de autocuidado, qual a importância e benefícios do uso destas estratégias	- Sente que as estratégias que enumerou são importantes para manter um equilíbrio entre a sua vida pessoal e profissional? De que forma?

5. Pergunta Final

Todas as profissões têm riscos mas também benefícios associados.

Abordámos ao longo da entrevista essencialmente os riscos e gostava por fim, de saber que benefícios ou vantagens consegue identificar relacionados com a profissão.

6. Conclusão

Muito obrigada pela sua colaboração.

Após a conclusão do estudo, se pretender obter alguma informação, esclarecimentos adicionais ou algum resultado em particular, poderá contactar-me através do e-mail que está referido no consentimento informado.

Anexo D

Características dos Participantes

Tabela 1
Características dos Participantes

Características		Frequência
Sexo	Feminino	7
	Masculino	3
Habilitações Literárias	Mestrado	4
	Mestrado Integrado	2
	Licenciatura Pré-Bolonha	2
	Pós-Graduação	1
	Doutoramento	1
Orientação Teórica	Sistémica	4
	Integrativa	3
	Psicanalítica/Psicodinâmica	2
	Cognitivo-Comportamental	1
Contextos de Trabalho	Clínica Privada	10
	Prática Comunitária	5
	Formação de Profissionais	2
	Centros de Atendimento a Toxicodependentes	2
	Casa Abrigo para Vítimas de Violência Doméstica	1
	Centros de Alcoologia	1
	Centro de Saúde	1
	IPSS	1
	Serviço de Psicologia Inserido numa Faculdade	1
Problemáticas Atendidas	Ansiedade	7
	Depressão	7
	Perturbações da Personalidade	3
	Problemas Comportamentais	3
	Conflitos Interpessoais	2
	Dependências	2
	Ataques de Pânico	1
	Comportamentos Suicidários	1
	Dificuldades de Aprendizagem	1
	Demências	1
	Doenças de Comportamento Alimentar	1
	Doença Inflamatória Intestinal	1
	Doença de Parkinson	1
	Doenças Oncológicas	1
	Hiperatividade	1
	Medos	1
	Negligência Parental	1
	Questões Ligadas à Sexualidade	1
	Transtornos Emocionais	1

População-Alvo	Adolescentes	7
	Adultos	7
	Jovens	7
	Crianças	6
	Idosos	2

Suporte	Supervisão	10
	Intervisão	6
	Terapia Pessoal	4

Anexo E

Sistema Hierárquico de Categorías

Tabela 2
Sistema Hierárquico de Categorias

Categorias	Fontes	Referências
Riscos Associados à Prática de Psicologia Clínica	10	91
Tipos de Riscos Identificados pelos Profissionais	10	50
Condicionamento da Liberdade e Privacidade	1	5
Contacto com População Perigosa	3	4
Contacto com População Fragilizada	6	9
Desgaste Emocional	9	16
Dilemas Éticos	3	3
Identificação com as Temáticas Atendidas	5	11
Isolamento Social	2	2
Atenção aos Riscos Identificados por Parte dos Psicólogos Clínicos	10	12
Atenção Sistemática	7	8
Aumento da Perceção de Risco em Função de Marcadores Emocionais	1	2
Ausência de Atenção Sistemática	2	2
Impacto dos Riscos Associados à Profissão na Vida Pessoal	10	29
Aumento do Cansaço Físico	1	3
Concentração do Horário de Trabalho em Regime Pós-Laboral	1	1
Desvalorização das Próprias Necessidades	1	2
Dificuldade em Estabelecer Limites entre a Vida Pessoal e Profissional	2	2
Enviesamento da Perceção de Terceiros Relativamente à Profissão	2	3
Menor Disponibilidade Emocional	6	8
Menor Tolerância e Maior Reatividade Emocional	2	4
Pensamentos Recorrentes	5	6
Temáticas Sensíveis que Influenciaram o Contexto Pessoal dos Psicólogos	10	18
Doentes Jovens Oncológicos	1	1
Problemáticas que necessitam de Intervenções em Diferentes Contextos	1	2
Identificação com as Temáticas Apresentadas	2	5

Morte de Pacientes	1	2
Pacientes com Vários Acontecimentos Traumáticos	1	1
Prática de Abusos Sexuais	3	4
Processos de Retirada de Menores às Famílias	1	1
Sexualidade	1	1
Contrair Alguma Doença Devido ao Contexto em que Trabalha	1	1
Suicídio	1	1
Violência Doméstica	1	1
<hr/>		
Identificação de Estratégias de Autocuidado	10	106
<hr/>		
Tipos de Estratégias de Autocuidado Adotadas	10	80
<hr/>		
Estratégias Eficazes	10	79
<hr/>		
Boa Rede de Apoio Social	6	10
Autocontrolo	1	1
Crenças Religiosas	1	3
Cuidado com o Ambiente Físico	1	1
Distanciamento Emocional	2	5
Encaminhamento para Outros Profissionais	1	1
Exercício Físico	6	7
Formação Profissional Contínua	2	2
Gestão de Tempo	5	8
Meditação	3	4
Momentos de Lazer	6	18
Prática de Outras Atividades Profissionais	1	4
Qualidade do Sono e da Alimentação	2	5
Supervisão e Intervisão	4	8
Terapia Pessoal	2	2
<hr/>		
Relaxamento como Estratégia que não se Revelou Eficaz	1	1
<hr/>		
Importância da Utilização das Estratégias de Autocuidado	10	26
<hr/>		
Dar Atenção e Cuidar da Vida Pessoal	7	13
Separação entre a Vida Pessoal e Profissional	7	13
<hr/>		
Perceção dos Benefícios Associados à Prática de Psicologia Clínica	10	33
<hr/>		

Conhecimento de Diferentes Tipos de Pessoas	3	3
Desenvolvimento Pessoal, Autoconhecimento e Autorregulação	4	7
Gestão do Próprio Tempo	1	1
Relação com o Paciente	6	7
Satisfação Proporcionada pela Evolução do Paciente	8	15
