

MESTRADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Cuidados Paliativos Humanizados: A importância da Empatia e do Equilíbrio Emocional para o Bem-Estar dos Profissionais de Saúde

Inês Beatriz Soares Vieira

M

2023



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**CUIDADOS PALIATIVOS HUMANIZADOS: A IMPORTÂNCIA DA
EMPATIA E DO EQUILÍBRIO EMOCIONAL PARA O BEM-
ESTAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Inês Beatriz Soares Vieira

outubro de 2023

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora **Maria
Raquel Barbosa** (FPCEUP).

Avisos legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Estudo em Colaboração

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “Cuidados Paliativos: principais preditores do bem-estar psicológico nos profissionais de saúde”.

Como colaboradora neste projeto de investigação, durante o presente ano letivo e em 2022/2023 participei na divulgação e na recolha de dados. O trabalho aqui apresentado baseia-se apenas numa parte dos dados recolhidos e constitui uma análise quantitativa das variáveis associadas ao bem-estar dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Paliativos.

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação é o culminar de cinco anos de aprendizagem, esforço, partilha e dedicação. Só foi possível devido à colaboração e apoio incansável daqueles que me rodeiam e que fizeram parte deste percurso.

À Professora Raquel Barbosa que sempre se mostrou disponível, que dispôs do seu tempo para esclarecer todas as dúvidas, os meus mais sinceros agradecimentos. Pela acessibilidade, partilha de saber, rigor, orientação científica e esclarecimentos constantes. Foi, sem dúvida, a melhor decisão que eu poderia ter tomado e a maior ajuda durante todo o projeto.

À Jenny Silva, Mestre e doutoranda em Psicologia, com quem tive oportunidade de colaborar neste projeto. Obrigada pela partilha de conhecimentos e pela confiança depositada.

A todos aqueles que a faculdade me trouxe, um obrigada não chega. Especialmente a vocês, Inês e Celeste, que me acompanharam desde o primeiro dia até ao último, que tornaram o caminho mais leve e cada experiência mais bonita.

À avó Aurora, por ser sempre, durante toda a minha vida, uma peça fundamental. À que está sempre presente, à que faz tudo parecer mais fácil, obrigada.

Aos meus pais, que tornaram tudo isto possível, são e sempre serão inalcançáveis. Por todo o esforço, empenho, apoio e tanto mais. Obrigada por todos os dias acreditarem em mim, até quando eu própria duvidei e me terem dito sempre “eu sei que tu consegues”. Por toda a confiança depositada e por serem sempre os que fazem parte de todas as conquistas, agradeço a todos os familiares e amigos que, de uma forma ou outra, se fizeram presentes.

Resumo

Com o avanço tecnológico e científico crescente, o aumento da esperança média de vida aumentou, levando a um aumento do número de casos de doenças crónicas e degenerativas. Os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, os profissionais de saúde que exercem neste contexto enfrentam diariamente situações emocionalmente exigentes.

Este estudo explora o impacto da empatia e da regulação emocional no bem-estar psicológico destes profissionais. Além disso, avalia como estas variáveis se relacionam com características sociodemográficas, como o género, a necessidade de apoio emocional e o reconhecimento profissional.

O estudo envolveu uma amostra de 116 profissionais de saúde que responderam a um questionário *online* com três escalas: IRI (Índice de Reatividade Interpessoal), EBEP (Escala de Bem-Estar Psicológico) e DERS (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional). Os resultados evidenciaram que o bem-estar está positivamente associado com a regulação emocional, mas não com a empatia. Adicionalmente, as mulheres demonstraram níveis mais elevados de empatia, embora relatassem níveis de bem-estar inferiores em comparação com os homens. Quanto aos fatores de predição, o género, a necessidade de apoio, o reconhecimento profissional e a regulação emocional revelaram-se preditores significativos do bem-estar psicológico destes profissionais.

Estes resultados destacam a importância de abordar as necessidades emocionais dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Paliativos, especialmente em relação ao apoio emocional e ao desenvolvimento de estratégias eficazes de regulação emocional para melhorar seu bem-estar psicológico e, por consequência, a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Palavras-chave: cuidados paliativos; profissionais de saúde; empatia; regulação emocional; bem-estar psicológico.

Abstract

With increasing technological and scientific advancement, average life expectancy has increased, leading to an increase in the number of cases of chronic and degenerative diseases. Palliative Care aims to improve patients' quality of life. However, healthcare professionals working in this context face emotionally demanding situations daily.

This study explores the impact of empathy and emotional regulation on the psychological well-being of these professionals. Furthermore, it assesses how these variables relate to sociodemographic characteristics, such as gender, the need for emotional support, and professional recognition.

The study involved a sample of 116 healthcare professionals who responded to an *online* questionnaire with three scales: IRI (Interpersonal Reactivity Index), EBEP (Psychological Well-being Scale), and DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale). The results showed that well-being is positively associated with emotional regulation but not with empathy. Additionally, women demonstrated higher levels of empathy, although they reported lower levels of well-being than men. As for the prediction factors, gender, the need for support, professional recognition, and emotional regulation proved to be significant predictors of the psychological well-being of these professionals.

These findings highlight the importance of addressing the emotional needs of healthcare professionals working in Palliative Care, especially concerning emotional support and the development of effective emotional regulation strategies to improve their psychological well-being and, consequently, the quality of care provided to patients.

Keywords: palliative care; health professionals; empathy; emotional regulation; psychological well-being.

Resumen

Con el creciente avance tecnológico y científico, la esperanza de vida promedio ha aumentado, lo que lleva a un aumento en el número de casos de enfermedades crónicas y degenerativas. Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, los profesionales sanitarios que trabajan en este contexto se enfrentan a diario a situaciones emocionalmente exigentes.

Este estudio explora el impacto de la empatía y la regulación emocional en el bienestar psicológico de estos profesionales. Además, evalúa cómo estas variables se relacionan con características sociodemográficas, como el género, la necesidad de apoyo emocional y reconocimiento profesional.

En el estudio participaron una muestra de 116 profesionales sanitarios que respondieron a un cuestionario online con tres escalas: IRI (Índice de Reactividad Interpersonal), EBEP (Escala de Bienestar Psicológico) y DERS (Escala de Dificultades en la Regulación Emocional). Los resultados mostraron que el bienestar se asocia positivamente con la regulación emocional, pero no con la empatía. Además, las mujeres demostraron niveles más altos de empatía, aunque reportaron niveles más bajos de bienestar en comparación con los hombres. En cuanto a los factores de predicción, el género, la necesidad de apoyo, el reconocimiento profesional y la regulación emocional resultaron ser predictores significativos del bienestar psicológico de estos profesionales.

Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las necesidades emocionales de los profesionales de la salud que trabajan en Cuidados Paliativos, especialmente en relación con el apoyo emocional y el desarrollo de estrategias efectivas de regulación emocional para mejorar su bienestar psicológico y, en consecuencia, la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Palabras clave: cuidados paliativos; profesionales de la salud; empatía; regulación emocional; bienestar psicológico.

Índice

I. Introdução	1
1.1. Cuidados Paliativos	1
1.2. O bem-estar dos profissionais de saúde em CP	3
1.2.1. Fatores de risco e fatores protetores	5
1.2.2. A empatia e a regulação emocional	7
II. Método	10
2.1. Objetivos	10
2.1.1. Objetivo principal	10
2.1.2. Objetivos específicos	10
2.2. Hipóteses de investigação	10
2.3. Participantes	12
2.4. Instrumentos	12
2.4.1. Questionário sociodemográfico	12
2.4.2. Índice de Reatividade Interpessoal	13
2.4.3. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional	13
2.4.4. Escala de Bem-Estar Psicológico	14
2.5. Procedimentos	14
2.5.1. Procedimentos de recolha da amostra	14
2.5.2. Procedimentos éticos	15
2.5.3. Procedimentos estatísticos	15
III. Resultados	17
3.1. Análises descritivas	17
3.2. Diferenças na empatia, no BEP e na DERS em função do género, da formação e da categoria profissional	18
3.3. Associação do BEP com o tempo de serviço, a necessidade de apoio emocional e a perceção de reconhecimento pelo seu trabalho	20
3.4. Relações entre a empatia, o BEP e a DERS	20
3.5. Preditores do BEP	20
IV. Discussão	22
V. Conclusão	28
Referências Bibliográficas	30

Acrónimos

CP – Cuidados Paliativos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

BES – Bem-Estar Subjetivo

BEP – Bem-Estar Psicológico

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico

IRI – Índice de Reatividade Interpessoal

DERS – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

I - Introdução

1.1. Cuidados Paliativos

A evolução científica e tecnológica nas últimas décadas simplificou e aprimorou o diagnóstico e tratamento de diversas doenças, o que resultou no aumento da esperança média de vida (Antunes, 2012). Como resultado, a população encontra-se cada vez mais envelhecida, ocasionando um inevitável aumento relativamente aos casos de doenças crónicas e quadros degenerativos. Estes estados de saúde, infelizmente, são cada vez mais comuns na nossa sociedade e podem afetar a capacidade funcional dos indivíduos (Pereira et al., 2022).

Portanto, é necessário que os cuidados de saúde evoluam para acompanhar essa tendência, permitindo que a humanidade e os seus direitos também evoluam. Neste contexto, é importante destacar a importância dos Cuidados Paliativos (CP) que representam um tipo de assistência à saúde que deve ser acessível a todos que necessitam, quando enfrentam uma deterioração significativa relativa e têm o direito de viver com dignidade e menos sofrimento nos momentos que antecedem a morte.

Os CP são uma forma de cuidado ativo, coordenado e global, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes que se encontram numa situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. O principal objetivo é promover o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e de outras questões físicas associadas, mas também psicossociais e espirituais (OMS, 2020).

Estes cuidados envolvem equipas interdisciplinares que têm como objetivo primordial, garantir a melhor qualidade de vida possível ao paciente, perante o estado da sua doença (Nardino et al., 2021). As equipas são constituídas por médicos especialistas e generalistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a assistência prestada neste tipo de cuidados prevê, não só a conceção de um suporte ao doente que enfrenta problemas associados a uma doença que lhe ameaça a própria vida como, também, envolve a inclusão dos familiares durante

todo o processo, auxiliando-os a compreender o processo de doença e a enfrentar o processo de luto.

É importante salientar que os CP não devem ser vistos apenas como relevantes para pacientes em estágio terminal. Quando integrados numa fase precoce da vida de indivíduos que sofrem de doenças graves ou crónicas progressivas, paralelamente com os cuidados ditos curativos, são garantidos benefícios significativos e uma melhor qualidade de vida ao longo de todo o processo de progressão da doença, independentemente do prognóstico (American College of Surgeons, 2017). Tendo em conta os reconhecidos benefícios que advêm da assistência paliativa, é necessário que esta atuação não seja efetuada apenas nos últimos dias de vida, mas sim integrada desde o início do curso da doença, conforme preconizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (s.d.).

Este nível de cuidados pode ser prestado por todos os profissionais de saúde que tenham o devido treino e qualificação na área. É de notar que existem dois níveis distintos de CP: a) Os Cuidados Paliativos Gerais, fornecidos por profissionais de atenção primária e aqueles que orientam a sua prática para doenças potencialmente fatais, tendo um nível de conhecimento em CP considerável; b) Cuidados Paliativos Especializados, prestados apenas por profissionais com uma vasta formação e reconhecida competência na área (Gamondi et al., 2013). Os CP também envolvem ações terapêuticas que não têm o intuito de curar, mas sim de minimizar as consequências negativas da doença sob o bem-estar do paciente. Estas ações podem ser aplicadas em casos de doenças crónicas progressivas ou em situações onde a condição de saúde é completamente irreversível. Estas podem ser realizadas em hospitais, centros de saúde e/ou em áreas de cuidados continuados (Direção-Geral da Saúde, 2005).

Em Portugal as estruturas e áreas de intervenção referentes aos CP, podem ser subdivididas da seguinte forma:

1. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) que conta com uma constituição autónoma quando as necessidades o exigem (e.g. aumento da densidade populacional);

2. Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), onde é proporcionado um melhor controlo dos sintomas, uma atividade de consultoria que inclui a possibilidade de realizar exames complementares perante as necessidades de cada paciente e, ainda, são aqui promovidas terapêuticas adequadas às especificidades de cada caso;

3. Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), que estão localizadas nos hospitais oncológicos, gerais e universitários, podendo estas estar ou não integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Este nível de cuidados também pode ser implementado nos centros de dia e podem ser constituídas Equipas de Cuidados Paliativos Domiciliários (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

Esta variedade de estruturas e modalidades de CP em Portugal permite uma abordagem abrangente e adaptada às necessidades dos pacientes em diferentes estágios das suas doenças e em diferentes contextos de atendimento. Espera-se que, em Portugal, nos próximos dez anos os Cuidados Paliativos estejam, de forma avançada, integrados em todo o sistema de saúde (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). Para isso, o plano formulado em 2021 visa integrar os princípios dos CP em todos os serviços clínicos do Sistema Nacional de Saúde (SNS), promovendo a aquisição de competências clínicas na área paliativa por parte de todas as equipas do SNS que deverão trabalhar de forma interdisciplinar com as equipas já especializadas. O objetivo é que o aumento de formação teórica e prática por parte dos profissionais de saúde permita otimizar os cuidados prestados ao doente e referentes familiares ao nível da promoção da saúde, da prevenção da doença, do próprio tratamento e de outros níveis de cuidados e suporte, não só nos hospitais como em todas as outras áreas de cuidados primários e sistemas sociais (e.g.: escolas e locais de trabalho) em que estão inseridos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). A integração e otimização dos CP deve estender-se a todo o curso de vida dos indivíduos.

1.2. O bem-estar dos profissionais de saúde em CP

O construto de bem-estar subjetivo tem sido pertinente em variadas áreas, destacando-se a importância do seu estudo e da sua aplicação nas áreas da saúde mental e da qualidade de vida.

Segundo Diener e colaboradores (2018), o bem-estar subjetivo (BES) está intrinsecamente relacionado com o conceito concreto de felicidade. É referido como a autoavaliação que alguém faz acerca da sua satisfação geral com a vida e envolve, também, a experiência de mais emoções positivas do que negativas ao longo de todo o percurso de vida. Relativamente à satisfação com a vida, esta pode ser dividida em: satisfação com a vida e

satisfação de acordo com domínios específicos, sendo este último tipo o mais focado em certas áreas da vida pessoal em particular, como o casamento, o trabalho ou a saúde do indivíduo (Diener & Scollon, 2014).

O bem-estar subjetivo está, portanto, associado à avaliação que o indivíduo faz acerca da sua própria vida a nível cognitivo, incluindo a comparação entre as suas expectativas e a realidade em que se encontra (Diener & Ryan, 2009). Contudo, Ryff (1989; 2002) é um dos autores que reconhece o conceito de bem-estar subjetivo como sendo bastante restrito. A autora argumenta que as bases teóricas desse conceito são frágeis, faltando-lhe conceções sólidas referente ao funcionamento psíquico e uma base teórica consistente na área.

Posto isto, é proposto o conceito de bem-estar psicológico (BEP), sendo este por si só bem mais complexo que o BES. O BEP pode ser operacionalizado através de seis dimensões distintas, conforme definido por (Ryff, 1989). Essas dimensões são as seguintes:

1. Autoaceitação: Refere-se à capacidade do indivíduo se aceitar a si mesmo, incluindo as suas experiências passadas e presentes, sejam elas positivas ou negativas. Envolve uma atitude positiva em relação à sua própria identidade;

2. Relações positivas com os outros: Esta dimensão remete para a qualidade das relações interpessoais do indivíduo. Envolve a construção de relações assentes em confiança e afetividade, construindo, por isso, relações seguras, íntimas e satisfatórias;

3. Propósito de vida: Corresponde ao sentido de autorrealização, englobando a perceção de um motivo e objetivos de vida que seguem um padrão de crenças e valores pessoais;

4. Domínio do ambiente: Esta dimensão está relacionada com a capacidade que o sujeito tem para optar, organizar e desenvolver um espaço, onde consiga realmente satisfazer as suas necessidades e lidar com quaisquer adversidades que possam ocorrer;

5. Autonomia: Envolve a capacidade de gerir a própria vida e lidar com as exigências vindas do exterior, incluindo características como a autodeterminação, a independência e a capacidade de adaptar o próprio comportamento;

6. Crescimento pessoal: Consiste no sentimento de desenvolvimento contínuo, baseado na busca de novas experiências e no desenvolvimento do potencial pessoal.

Estas seis dimensões são consideradas estáveis e concretas na avaliação do bem-estar

psicológico ao nível teórico e operacional (Elvira et al., 2023). Adicionalmente, Ryff (2002) defende que o BEP é identificado pela presença de recursos psicológicos eficazes, num dado indivíduo. Portanto, o BEP é definido como a capacidade do indivíduo satisfazer as suas necessidades, enquanto lida com o meio envolvente (Melo, 2014). É uma perspetiva que se concentra no desenvolvimento psicológico e emocional positivo, inserindo-se numa visão eudemónica (Vale, 2012).

No presente estudo o BEP dos profissionais de saúde será avaliado, tendo em conta a sua complexidade e a sua dependência de fatores que abrangem os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Elvira et al., 2023).

1.2.1. Fatores de risco e fatores protetores

Nos ambientes de unidades de saúde que dispõem de serviços de CP, é esperado que os profissionais enfrentem desafios significativos. Eles estão diariamente expostos a situações de elevado sofrimento, dor e, inevitavelmente, à morte, bem como aos processos de luto subsequentes, tanto dos pacientes quanto dos seus familiares. A exposição recorrente e prolongada a este tipo de *stressores* pode resultar num estado de exaustão que é designado por fadiga por compaixão (Silva, 2021). A fadiga por compaixão remete para o processo crónico de diminuição do cuidado e da preocupação com o outro, devido ao uso excessivo de sentimentos de compaixão anteriormente (Barbosa et al., 2014).

Por outro lado, segundo Taylor e Aldridge (2017), o investimento emocional, que é essencial para o desempenho da profissão, pode, também, colocar em risco o bem-estar dos profissionais quando estes estabelecem e mantêm relacionamentos próximos com os pacientes e os seus familiares. Um estudo efetuado por Kase e colaboradores (2019) indicou que a fadiga por compaixão tem um impacto negativo no bem-estar dos profissionais, tal como o *burnout* ou esgotamento emocional (Kase et al., 2018).

Ainda que este estudo não tenha o *burnout* como o seu foco principal, é relevante abordar brevemente esta questão para se destacar o desgaste enfrentado pelos profissionais da área, visto que a exposição aos fatores de risco psicossociais frequentemente resulta em estados de profunda exaustão física e psicológica (Pereira et al., 2011). Para contextualizar a relevância deste problema é relevante mencionar que a síndrome de *burnout* tem uma prevalência significativa, afetando aproximadamente 54,5% dos profissionais de saúde que trabalham no

âmbito dos CP, com 15,6% deles a evidenciarem alterações ao nível de mais do que uma dimensão do *burnout* (Fernández-Sánchez et al., 2018).

Embora os níveis de *burnout* entre os profissionais de saúde não sejam superiores em unidades de CP quando comparados com outros contextos de saúde (Pereira et al., 2011), continua a ser uma preocupação relevante e merecedora de atenção, podendo comprometer a qualidade do serviço prestado.

É de salientar que os estudos efetuados até então junto da população-alvo deste projeto (profissionais de saúde que trabalham em CP), tendem a estar mais focados nas questões associadas ao desenvolvimento do *burnout* (Fernández-Sánchez et al., 2018; Oldenburger & De Roo, 2023; Pereira et al., 2014) e referentes análises e comparações estatísticas entre diferentes contextos clínicos e/ou classes profissionais (Parola et al., 2017; Pereira et al., 2011), do que no construto de bem-estar psicológico (Kaur et al., 2022; Moreno-Milan et al., 2021).

A literatura internacional é mais abundante do que a nível nacional em ambos os casos, o que realça a pertinência do presente estudo. Enquanto os estudos sobre o *burnout* e os seus fatores de risco estão sensivelmente mais bem representados na literatura, (Fernández Sánchez et al., 2017; Gómez-Urquiza et al., 2020; Pereira et al., 2014), há uma lacuna significativa quando se trata de identificar os fatores que afetam o BEP dos profissionais de saúde que trabalham em CP. Portanto, a pesquisa que se concentra neste aspeto do bem-estar dos profissionais é valiosa e pode contribuir para uma compreensão mais abrangente dos desafios enfrentados por essa população e das estratégias de apoio que podem ser implementadas para melhorar o seu bem-estar.

Não obstante, entre os fatores de risco que afetam o bem-estar dos profissionais, são, ainda, encontrados os conflitos entre os membros da equipa interdisciplinar, pressões interpessoais, sobrecarga horária, pressão laboral, questões burocráticas consideradas excessivas (Pereira et al., 2011) e a falta de reconhecimento profissional (Dias, 2012). Além disso, questões sociais como as altas expectativas da população e respetivas exigências em relação aos profissionais que prestam um serviço clínico à comunidade, também desempenham um papel importante (Moreno-Milan et al., 2021).

Tendo tudo isto em conta, é fulcral identificar e compreender que tipo de fatores protetores podem contribuir para minimizar as consequências negativas advindas dos fatores de risco aos quais estão sucessivamente expostos estes profissionais de saúde. Ou seja,

reconhecendo o desgaste significativo ao qual eles estão sujeitos, é importante explorar e potenciar aquilo que contribui para o bem-estar destes profissionais. Investir neste sentido é fundamental para minimizar as repercussões indesejadas.

Foram encontrados mais estudos internacionais (Back et al., 2016; Cosentino et al., 2021; Moreno-Milan et al., 2019) que abordam a importância de identificar os fatores protetores e positivos para o bem-estar destes profissionais, do que estudos nacionais. Não foi encontrado nenhum estudo específico em Portugal relacionando o BEP com esta população-alvo.

Têm sido encontradas diversas variáveis e fatores associados ao bem-estar dos profissionais que trabalham em CP. É interessante verificar que esses fatores podem ser agrupados em várias categorias, incluindo características individuais, competências pessoais, resiliência, satisfação com a vida, *coping*, autocuidado e fatores contextuais. Efetivamente o BEP tem sido associado de forma positiva com a empatia (Caro et al., 2017), a satisfação com a vida (Caro et al., 2017; Ryff, 1989), as competências sociais (Segrin & Taylor, 2007), a autoestima (Ryff, 1989), o *coping* (Gillman et al., 2015; Holland & Holahan, 2013; Sansó et al., 2015), o autocuidado (Garcia et al., 2022; Sansó et al., 2015), a resiliência (Back et al., 2016; Taylor & Aldridge, 2017) e a regulação emocional (Santana & Godim, 2016).

Além disso, fatores contextuais, como a qualidade de vida profissional (Carvalho, 2011), o significado do trabalho (Moreno-Milan et al., 2019) ou a importância do clima organizacional (Moreno-Milan, 2021) também desempenham um papel importante no bem-estar dos profissionais de saúde que trabalham em CP.

Porém, estes fatores podem variar entre os diferentes membros da equipa de CP e podem ter impactos distintos em enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais envolvidos neste contexto. Portanto, a investigação e a implementação de estratégias de apoio devem ter em consideração esta diversidade de papéis e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde neste âmbito.

1.2.2. A empatia e a regulação emocional

A **empatia** tem sido descrita como uma competência essencial entre aqueles que se dedicam ao trabalho nos CP, permitindo que os profissionais se conectem emocionalmente com os seus pacientes e as suas famílias. A empatia pode desempenhar um papel relevante na prevenção do esgotamento físico e emocional dos profissionais de saúde, contribuindo para a

melhoria do bem-estar no trabalho (Caro et al., 2017). Em termos de competência profissional, esta habilidade é descrita como sendo predominantemente cognitiva, visto que envolve a compreensão das preocupações, das necessidades, das experiências e das perspetivas do paciente. No entanto, a empatia tem, obviamente, uma enorme carga emocional envolvida e que é tida em conta nas relações interpessoais estabelecidas, nomeadamente nas que são estabelecidas entre os profissionais e o doente (e os seus familiares).

Certos estudos evidenciam que o profissional de CP com elevados níveis de empatia, tende a atuar de forma mais eficiente (Moudatsou et al., 2020), demonstra níveis mais elevados de satisfação com a vida de saúde e bem-estar ao nível físico e emocional (Caro et al., 2017). Verificou-se que, a empatia parece ajudar a prevenir o desgaste físico e emocional e, por outro lado, a promover a saúde e o bem-estar. No que diz respeito à empatia enquanto competência profissional que deve ser adquirida, as emoções são bastante importantes e têm, indiscutivelmente, um peso inegável. No entanto, o controlo sobre as mesmas é ainda mais importante quando se fala na gestão da relação com o utente (Caro et al., 2017).

Porém, alguns profissionais demonstram ter dificuldades em adotar um modelo de comunicação assente na empatia, devido ao elevado número de pacientes ao seu encargo, à falta de tempo e de instrução relativamente a esta competência que, infelizmente, ainda não é tão abordada quanto deveria ser na área da saúde (Moudatsou et al., 2020). Esta informação vem, por si só, reforçar a falta de investimento em programas que deveriam ser orientados para o desenvolvimento de habilidades psicossociais consideradas importantes para o desempenho de funções, em contexto clínico.

Em contrapartida, outros estudos realizados em contexto clínico defendem que desenvolver uma relação empática com os pacientes, tendo esta um foco significativo a nível emocional, pode ser prejudicial para os pacientes e, também, para os profissionais de saúde (Caro et al., 2017).

No que diz respeito à população-alvo dos estudos constatou-se que estes são bastante direcionados e quase que restritos aos enfermeiros. Contudo, os enfermeiros são os profissionais de saúde que, no geral, passam mais tempo nas instituições de saúde, podendo ser este um dos fatores que influencia o foco neste tipo de profissionais (Pereira et al., 2011). Ademais, todos os estudos encontrados focam-se bastante no efeito da empatia no bem-estar subjetivo propriamente dito e, praticamente, não é evidenciado o conceito de bem-estar psicológico, sendo evidentes

referências a apenas algumas das dimensões constituintes do mesmo.

A **regulação emocional**, definida como sendo a capacidade de influenciar a expressão e o processamento das emoções (Gross, 1998), é fundamental, uma vez que os profissionais de CP lidam frequentemente com situações emocionalmente desafiadoras (Portoghese et al., 2020). Tem sido uma dimensão psicológica bastante associada ao bem-estar, sendo considerada um fator de proteção e de adaptação essencial (Barrué & Sánchez-Gómez, 2021; Santana & Godim, 2016; Tamir, 2011).

A investigação que aborda a maneira como a gestão da carga emocional é feita pelos profissionais que trabalham em contexto de paliativos, é insuficiente e inconsistente (Morita et al., 2004).

Alguns estudos referem que cerca de 50% dos profissionais de saúde corre o risco de enfrentar uma redução significativa no seu bem-estar psicológico (Kamau et al., 2014).

Os profissionais de CP, sentem-se, comumente, obrigados a utilizar estratégias de regulação emocional na tentativa de encorajar e ajudar, de alguma forma, os pacientes que se encontram em situação de fim de vida, bem como os seus familiares. Contudo, o uso constante de estratégias de regulação emocional pode levar à fadiga por compaixão e ao *burnout* (Brotheridge & Lee, 2003; Joinson, 1992).

O estudo dirigido por Portoghese e colaboradores (2020), fornece evidências empíricas de que o observar constante dos pacientes em profundo sofrimento está relacionado com as reações emocionais manifestadas pelos cuidadores e, esta relação pode ser potencializada pela exaustão dos profissionais. Assim, dada a complexidade do trabalho em CP e os desafios emocionais envolvidos, será crucial que as unidades de saúde recorram a programas de desenvolvimento de estratégias eficientes no que toca à gestão emocional, de maneira a habilitar os trabalhadores, visto que isto se torna, possivelmente, benéfico tanto para o bem-estar psicológico destes profissionais, quanto para a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A investigação neste âmbito é bastante escassa (Barrué & Sánchez-Gómez, 2021), não tendo sido encontrado qualquer estudo anteriormente levado a cabo acerca dos fatores protetores no contexto de CP, nomeadamente a importância de se considerar fatores emocionais e de empatia ao avaliar o bem-estar dos profissionais que trabalham nesta área.

II - Método

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo principal

Este estudo tem como principal objetivo explorar o impacto da empatia e da regulação emocional no bem-estar psicológico dos profissionais de saúde que atuam em CP.

Além disso, um dos objetivos deste estudo é ampliar o foco da população-alvo, indo além dos enfermeiros e médicos, que têm sido os principais focos de estudos anteriores, incluindo, também, outros profissionais.

2.1.2. Objetivos específicos

1. Pretende-se, ainda, avaliar os níveis de BEP, de empatia e de regulação emocional dos profissionais de saúde em função de variáveis sociodemográficas como o género, a formação especializada e a categoria profissional (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas e auxiliares de ação médica);
2. Explorar as associações entre o BEP destes profissionais e o tempo de serviço, a necessidade de apoio emocional e a perceção de reconhecimento pelo seu trabalho;
3. Explorar as associações entre a empatia, a regulação emocional e o BEP;
4. Avaliar quais os principais preditores do BEP nestes profissionais de saúde.

2.2. Hipóteses de investigação

Tendo em conta a revisão da literatura realizada, foram consideradas as seguintes hipóteses:

H1. (H1.1) Espera-se que as mulheres obtenham níveis mais elevados de empatia (Chakrabarti & Baron-Cohen, 2006; Davis, 1980; Limpo et al., 2010), de BEP (Garcia-Alandete et al., 2013) e de dificuldades de regulação emocional (Pereira, 2014), comparativamente aos homens. (H1.2.) Relativamente à categoria profissional, não foram encontrados estudos que sustentem hipóteses de investigação, já que nenhum estudo encontrado explorou as categorias profissionais consideradas neste estudo. Ainda assim, espera-se que os enfermeiros e terapeutas tenham valores superiores de BEP, comparativamente aos médicos e psicólogos em CP (Maffoni et al., 2021) e (H1.3.) Espera-se que os profissionais com formação específica, e mais prolongada (> 6 meses), em CP obtenha níveis mais elevados de empatia, BEP e DERS (Kolben et al., 2018).

H2. (H2.1) Devido ao risco de fadiga de compaixão e *stress* vicariantes (Barbosa et al., 2014; Silva, 2021), potenciados pela exposição recorrente e prolongada aos fatores de risco, a preocupação e o cuidado para com o outro diminuem significativamente. Assim, pensa-se que existirá uma associação negativa entre o BEP dos profissionais de saúde e o tempo de serviço nos CP. (H2.2.) Ainda neste sentido, visto que cerca de metade dos profissionais correm o risco de enfrentar uma redução significativa do seu BEP (Kamau et al., 2014) e lidam regularmente com situações de uma carga emocional imensa (Portoghese et al., 2020), espera-se que os profissionais que tenham sentido, com maior frequência, necessidade de recorrer a apoio emocional sejam os que experimentam menor sensação de BEP (Barbosa et al., 2014; Silva, 2021). (H2.3.) Tendo em conta que a falta de reconhecimento no trabalho é um fator de risco e que afeta a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde (Dias, 2012), espera-se que o oposto, ou seja, sentir-se reconhecido no trabalho, esteja associado a um nível superior de BEP. Ou seja, espera-se que exista uma relação positiva entre o BEP e a perceção de reconhecimento do seu trabalho, já que o reconhecimento é considerado um fator que promove a motivação e satisfação dos profissionais, contribuindo, consequentemente, para a melhoria do ambiente organizacional (Dias, 2012).

H3. Prevê-se uma associação negativa e significativa entre as dificuldades na regulação emocional e o BEP dos profissionais (Santana & Godim, 2016), bem como uma relação positiva entre o BEP e a empatia (Caro et al., 2017), sendo estas consideradas fatores protetores importantes e essenciais do bem-estar no contexto de serviço em CP.

H4. Por fim, espera-se que o género, a necessidade de apoio emocional, o reconhecimento do seu trabalho, a empatia e a DERS sejam preditores do BEP (Barrué & Sánchez-Gómez, 2021; Caro et al., 2017; Dias, 2012; Garcia-Alandete et al., 2013; Santana & Godim, 2016; Tamir, 2011).

2.3. Participantes

A amostra é constituída por 116 participantes, sendo 104 do género feminino e 12 do género masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 67 anos de idade ($M = 43$; $DP = 10.31$). Os participantes foram selecionados de forma não probabilística, através de convites por e-mail e contato telefónico. Isso ocorreu devido à conveniência de recolher dados junto a várias unidades de saúde que oferecem serviços de CP, bem como outras que cuidam de pacientes com doenças progressivas incuráveis em diversos contextos.

Os participantes dividem-se nas seguintes categorias profissionais: 62 enfermeiros/as, 29 médicos/as, 11 assistentes sociais, sete psicólogos/as, dois auxiliares de ação médica, dois nutricionistas, um fisioterapeuta, um terapeuta especialista em terapias complementares e um técnico superior de saúde.

Os critérios de inclusão foram: exercer funções no mínimo há seis meses e intervirem junto de doentes diagnosticados com doenças progressivas e incuráveis.

2.4. Instrumentos

2.4.1. Questionário sociodemográfico

Este avalia variáveis como o género, a idade, as habilitações, a profissão, o tipo de equipa a que pertence (e.g. Equipas de Unidades de Cuidados Paliativos, EIHSCP, ECSCP), a região onde trabalha, os anos de serviço em CP, se tem ou não formação especializada na área, o número de horas que trabalha neste contexto, a necessidade de apoio psicológico e a perceção de reconhecimento do seu trabalho (analisadas através de uma escala de *likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a Nunca/ Nunca reconhecido e 5 a Bastante/Muito frequentemente reconhecido, respetivamente).

2.4.2. Índice de Reatividade Interpessoal

O Índice de Reatividade Interpessoal (IRI; *Interpersonal Reactivity Index*, Davis, 1980; 1983; versão portuguesa de Limpo, Alves, & Castro, 2010), foi aplicado com o objetivo de medir a empatia dos profissionais de saúde. É composto por 24 itens, medidos por uma escala de *likert* de 0 a 4, em que 0 representa “não me descreve bem” e 4 “descreve-me muito bem”. Este índice foi criado por Davis (1980; 1983) e baseia-se numa conceção multidimensional da empatia, abordando a sua dimensão cognitiva e afetiva. A versão portuguesa tem menos quatro itens do que a versão original e é composta por quatro subescalas: a tomada de perspetiva, a preocupação empática, o desconforto pessoal e a fantasia (Limpo et al., 2010). Pontuações mais elevadas, refletem maiores níveis de empatia. Neste estudo será utilizada apenas a pontuação total desta medida.

Esta escala revelou bons níveis de consistência interna na versão portuguesa (α global de .73, Limpo et al., 2010) e na amostra deste estudo (α global de .79).

2.4.3. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

Com o objetivo de avaliar a regulação emocional foi incluída a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho et al.,

2010). Esta é uma escala de autorrelato constituída por 36 itens, avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos, sendo que 1 corresponde a “quase nunca se aplica a mim” e 5 “aplica-se quase sempre a mim”. É constituída por seis subescalas que exploram os níveis característicos da desregulação emocional consoante: a) a não aceitação das emoções negativas (não aceitação), b) a incapacidade de se comportar conforme o objetivo quando experiencia emoções negativas (objetivos), c) as dificuldades em controlar impulsos aquando à presença dessas emoções (impulsos), d) o acesso limitado a estratégias de regulação emocional efetivas (estratégias), e) a falta de consciência (consciência) e f) a falta de clareza emocional (clareza). Também foi utilizada apenas a pontuação global da escala. Pontuações elevadas refletem maiores dificuldades de regulação emocional.

Os índices de consistência interna da escala têm-se revelado excelentes; versão original ($\alpha = .93$), versão portuguesa ($\alpha = .92$) e nesta amostra ($\alpha = .94$).

2.4.4. Escala de Bem-Estar Psicológico

O bem-estar psicológico foi avaliado através da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Boylan & Ryff, 2015; versão portuguesa de Freire et al., 2019). Esta é composta por um total de 42 itens, medidos numa escala do tipo *likert* de seis pontos, onde 1 corresponde a “discordo completamente” e 6 a “concordo completamente”.

Os itens da EBEP podem ser agrupados em seis dimensões do BEP (Ryff, 1989) que pretendem avaliar: a autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas, os objetivos na vida e a aceitação de si. Neste estudo será utilizada apenas a pontuação global do BEP. Quanto mais elevada a pontuação, maior o bem-estar.

Relativamente aos valores do coeficiente alfa da versão portuguesa foram registados valores compreendidos entre .71 e .82, sugestivos de uma razoável a boa consistência interna (Freire et al., 2019). No presente estudo os valores obtidos foram de .92 para a escala global.

2.5. Procedimentos

2.5.1. Procedimentos de recolha da amostra

Depois de um levantamento de todas as equipas de CP a nível nacional (públicas e privadas), foi enviado um e-mail solicitando a sua colaboração no estudo. Foi enviado, também, um e-mail à Associação Nacional de Cuidados Paliativos, pedindo a sua colaboração.

Depois do contacto via e-mail, contactaram-se novamente as instituições por telefone, tentando-se divulgar pelo chefe das equipas as linhas gerais da investigação.

O protocolo foi desenvolvido na plataforma *limesurvey* e disponibilizado online, através de um link. O seu preenchimento durou em média 15 minutos.

2.5.2 Procedimentos éticos

Este projeto teve o parecer positivo da Comissão de Ética da FPCEUP (Ref.^a 2022/01-07b). Além disso, todos os participantes foram prévia e devidamente informados acerca das condições de participação no estudo, inclusive sobre o direito à confidencialidade e anonimato, bem como aos objetivos e procedimentos do estudo, posto isto, assinaram o consentimento de forma livre e esclarecida.

2.5.3. Procedimentos estatísticos

Foram efetuadas análises descritivas para caracterização da amostra e testes *t-student* para amostras independentes ou Análises de Variância para avaliar diferenças entre grupos quanto às variáveis sociodemográficas. Para analisar as diferenças existentes entre os grupos para cada variável, foi utilizado o teste de LSD. O pressuposto da normalidade foi avaliado através do Teste de Kolmogorov-Smirnov ($p > .05$) e dos valores de assimetria e curtose, concluindo-se que todas as variáveis apresentam distribuição normal ($|sk| \leq 2$; $|ku| \leq 7$; Kline, 2011). Foi utilizado o teste de Levene para avaliar a homogeneidade de variâncias entre os grupos. Os dados não violaram as suposições de normalidade nem de homogeneidade de variâncias ($p > .05$). Recorreu-se ao d de Cohen para avaliar o tamanho do efeito das diferenças,

considerando-se: $|d| = .20$ como efeito pequeno; $|d| = .50$ como efeito moderado; e $|d| = .80$ como efeito elevado (Cohen, 1988).

Para explorar a relação entre as variáveis, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson. A força das associações baseou-se nas diretrizes apresentadas por Cohen (1988), nomeadamente, $.10 < r < .20$ traduz uma associação fraca, $.30 < r < .49$ indica uma associação moderada e $r > .50$ designa uma associação forte.

Finalmente, foi realizada uma regressão linear múltipla, método confirmatório, para avaliar quais os preditores do BEP. Foram cumpridos todos os pressupostos, nomeadamente a independência de resíduos (teste de Durbin-Watson entre 1.7 e 2.3, $d = 2.12$), ausência da multicolinearidade ($t > .20$), a homocedasticidade e a distribuição normal dos resíduos (Tabachnick & Fidell, 2019).

Para todas as análises foi considerado o valor de significância de .05.

Recorreu-se ao programa estatístico IBM SPSS® versão 29.0 para a análise dos dados.

III - Resultados

3.1. Análises descritivas

Constata-se que a amostra recolhida é constituída maioritariamente por profissionais do género feminino (89.7%), sendo a idade média de 43 anos ($DP = 10.31$). O tempo de serviço em CP é em média de seis anos ($DP = 5.05$). A maioria dos profissionais conta com 2 a 10 anos de serviço em CP (64%). Relativamente à categoria profissional e às habilitações literárias, 53% são enfermeiros, 25% médicos, 10% assistentes sociais e 6% psicólogos, sendo que a maioria dos participantes tem mestrado (54%) ou licenciatura (35%). A maioria dos inquiridos pertence à Equipa de Unidade de Cuidados Paliativos (38%), seguidos dos 28% que integra a ECSCP, dos 26% da EIHSCP e dos que integram outras equipas (8%). A grande maioria tem formação especializada em CP (83%) e trabalha em horário integral (70%), sendo que apenas 30% trabalham até 25h. Cerca de 50% dos participantes já sentiu necessidade de algum tipo de apoio ocasionalmente, principalmente de Psicologia (66%). E, nesta linha de pensamento, é de frisar que a maioria, ainda que ligeiramente, não dispõe de qualquer apoio emocional no contexto de trabalho (53%).

Relativamente aos valores médios obtidos nas principais variáveis nesta amostra (ver Tabela 1), constatou-se que, relativamente aos níveis de empatia, a amostra se situa ligeiramente acima do ponto médio de respostas da IRI, sendo esse de 48. Quanto ao BEP, o ponto médio de respostas é de 126, logo, a amostra deste estudo obteve um bom valor de BEP, situando-se acima da média. Por fim, quanto à DERS, sendo o ponto médio de 90, esta amostra situa-se abaixo do mesmo, indicando que, embora revele dificuldades de regulação emocional, estes valores encontram-se abaixo do ponto médio da escala.

Tabela 1.*Estatísticas descritivas da Empatia, do BEP e da DERS*

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.
Empatia	55.77	9.83	29	77
BEP	188.94	23.21	98	236
DERS	73.01	19.57	40	142

Nota. M = média; DP = desvio padrão; Min. = mínimo; Máx. = máximo.

3.2. Diferenças na empatia, no BEP e na DERS em função do género, da formação e da categoria profissional

O género e ter ou não formação especializada foram analisadas através de um teste *t* para amostras independentes. Verificaram-se diferenças significativas de género na empatia, $t(114) = 2.82$, $p = .01$, $d = 8.20$, IC95% [2.43; 13.96], com os profissionais do género feminino a apresentarem níveis de empatia superiores quando comparados com o género masculino ($M = 56.61$; $DP = 9.54$ e $M = 48.42$; $DP = 9.62$, respetivamente). Foram observadas também diferenças de género no BEP, $t(114) = -2.23$, $p = .03$, $d = 15.50$, IC95% [-29.28; -1.71]), neste caso com os homens a registarem valores superiores de BEP, quando comparados com as mulheres ($M = 202.83$; $DP = 17.88$ e $M = 187.34$; $DP = 23.29$, respetivamente). Não foram encontradas diferenças quanto à regulação emocional (ver Tabela 2).

Relativamente ao facto dos profissionais terem ou não uma formação específica em CP, não foram encontradas diferenças significativas na empatia, $t(114) = -.82$, $p = .42$, $d = 1.97$, IC95% [-6.77; 2.82], na DERS $t(114) = -1.97$, $p = .06$, $d = 12.07$, IC95% [-24.78; .63] e no BEP $t(114) = 1.54$, $p = .14$, $d = 11.41$, IC95% [-3.99; 26.80] (ver Tabela 2).

Tabela 2.

Estatísticas descritivas e diferenças na empatia, na DERS e no BEP em função do gênero e da formação específica em CP

		Gênero		dif.			Formação em CP		dif.		
		Fem	Masc	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Tem	Não tem	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
EMPATIA	<i>M</i>	56.61	48.42	2.82	.01	8.20	55.43	57.40	-.82	.42	1.97
	(<i>DP</i>)	(9.54)	(9.62)				(9.36)	(11.96)			
DERS	<i>M</i>	73.30	70.50	.47	.64	2.80	70.93	83.00	-1.97	.06	12.07
	(<i>DP</i>)	(19.60)	(19.92)				(17.31)	(26.27)			
BEP	<i>M</i>	187.34	202.83	-2.23	.03	15.50	190.91	179.50	1.54	.14	11.41
	(<i>DP</i>)	(23.29)	17.88				(20.65)	(31.86)			

Nota.. *t* = estatística *t*; *p* = valor da significância; *d* = *d* de Cohen.

Para explorar o efeito da categoria profissional na empatia, na DERS e no BEP foram efetuadas ANOVAS *one-way*. Não foram encontradas diferenças significativas na empatia, nas dificuldades de regulação emocional e no bem-estar, em função da profissão que desempenham em contexto de CP (ver Tabela 3).

Tabela 3.

Estatísticas descritivas e diferenças na empatia, na DERS e no BEP em função da categoria profissional

		Médicos (<i>n</i> = 29)	Enfermeiros (<i>n</i> = 62)	Assistentes Sociais (<i>n</i> = 11)	Psicólogos (<i>n</i> = 7)	Outros (<i>n</i> = 7)	<i>F</i> (5, 110)	<i>p</i>	η_p^2
EMPATIA	<i>M</i>	53.93	56.94	54.00	60.00	51.57	.97	.44	0.042
	(<i>DP</i>)	(9.27)	(9.34)	(12.17)	(8.50)	(12.91)			
DERS	<i>M</i>	69.86	75.42	70.27	70.29	71.71	.41	.84	0.018
	(<i>DP</i>)	(18.56)	(20.24)	(24.48)	(19.47)	(7.27)			
BEP	<i>M</i>	191.86	187.10	189.82	196.43	184.29	.53	.75	0.042
	(<i>DP</i>)	(23.90)	(23.38)	(27.54)	(22.28)	(13.16)			

Nota. *F* = estatística *F*; η_p^2 = eta quadrado.

3.3. Associação do BEP com o tempo de serviço, a necessidade de apoio emocional e a percepção de reconhecimento pelo seu trabalho

Tal como esperado, foi encontrada uma correlação negativa e moderada entre o BEP e a necessidade de apoio, $r(116) = -.36, p < .001$, isto é, quanto maior a necessidade de obter apoio emocional, menor é a percepção de BEP destes profissionais de saúde. Relativamente ao reconhecimento pelo seu trabalho, foi encontrada uma associação positiva e moderada com o BEP, $r(116) = .39, p < .001$ indicando que, quanto maior a percepção de reconhecimento profissionalmente pela instituição, mais elevados serão os níveis de BEP. Finalmente, não foi encontrada uma associação significativa entre o BEP e o tempo de serviço, $r(116) = .14, p = .142$.

3.4. Relações entre a empatia, o BEP e a DERS

Em seguida, pretendeu-se explorar como se associavam as principais variáveis em estudo. Tal como esperado, foi encontrada uma correlação negativa e elevada entre o BEP e a DERS, $r(116) = -.72, p < .001$ e uma correlação positiva e fraca entre a empatia e a DERS, $r(116) = .20, p = .03$. No entanto, não foi encontrada uma associação significativa entre o BEP e a empatia, $r(116) = -.14, p = .135$.

3.5. Preditores do BEP

Com o intuito de perceber como é que as variáveis se organizam para predizer o BEP, foi realizada uma regressão hierárquica, com o BEP como VD e o género, a necessidade de apoio emocional, o reconhecimento do seu trabalho, a empatia e a DERS como VIs. No primeiro bloco foi colocado o género, no segundo foi-lhe adicionada a necessidade de apoio e a percepção de reconhecimento e, por fim, no último bloco constam as variáveis psicológicas (empatia e DERS). Os três modelos são estatisticamente significativos, sendo que o primeiro

explica 4% da variância, $F(1, 114) = 4.96$, $p = .03$, $R^2 = .04$, o segundo explica mais 25%, $F(3, 112) = 12.49$, $p < .001$, $R^2 = .25$, e, por fim, o terceiro acrescenta 58% da variância, $F(5, 110) = 30.22$, $p < .001$, $R^2 = .58$. A partir da análise do segundo e do último bloco, verificou-se que sentir uma menor necessidade de obter apoio emocional, $\beta = -.274$, $t = -3.26$, $p = .001$), ser homem, $\beta = .160$, $t = 2.47$, $p = .02$, sentir-se mais reconhecido profissionalmente, $\beta = .179$, $t = 2.47$, $p < .001$ e ter menos dificuldades de regulação emocional, $\beta = -.644$, $t = -9.24$, $p < .001$ prevê significativamente o BEP (ver Tabela 4).

Tabela 4.

Regressão hierárquica para o BEP.

Variáveis Independentes	B	95% IC		SE B	β	R^2	R^2_A
		LI	LS				
Modelo 1						.04	.03
Gênero	15.497*	1.712	29.281	6.958	.204*		
Modelo 2						.25	.23
Gênero	9.844	-2.628	22.316	6.295	-.130		
Necessidade de apoio	-6.462*	-10.393	-2.530	1.984	-.274*		
Reconhecimento	7.585**	3.654	11.516	1.984	.321**		
Modelo 3						.58	.56
Gênero	12.133*	2.407	21.859	4.908	-.160*		
Necessidade de apoio	-1.399	-4.624	1.825	1.627	-.059		
Reconhecimento	4.238**	1.171	7.305	1.548	.179**		
Empatia	.110	-.200	.421	.157	.047		
DERS	-.764**	-.928	-.600	.083	-.644**		

Nota. Gênero: 0 = masculino; 1 = feminino. ** = $p \leq .001$; * = $p \leq .05$.

IV. Discussão

Através da análise de resultados, é importante destacar que apenas parte das hipóteses previamente propostas foram confirmadas. Embora haja alguma divergência na literatura (Monahan, 1989), a maioria dos autores concorda que as mulheres tendem a ser mais empáticas que os homens (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Macaskill et al., 2002; Rueckert & Naybar, 2008). A verdade é que, no presente estudo, também encontramos diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo que as últimas revelaram níveis de empatia mais elevados.

Esperávamos encontrar também diferenças significativas em relação às dificuldades de regulação emocional (Pereira, 2014) contudo, neste estudo, isso não se confirmou, o que pode estar relacionado com investigações posteriores de Nolen-Hoeksema e Aldao (2011) que indicaram que as mulheres tendem a ter um repertório mais amplo de estratégias de regulação emocional do que os homens. É importante notar que as mulheres parecem ser mais competentes em lidar com situações de *stress*, o que pode explicar a ausência de diferenças na regulação emocional neste contexto. Além disso, as mulheres geralmente enfrentam níveis mais elevados de *stress* do que os homens (Tamres et al., 2002), o que pode levar ao desenvolvimento de estratégias mais eficazes de regulação emocional ao longo do tempo. Tendo em conta que nos CP os profissionais de saúde enfrentam constantemente desafios emocionais significativos, as diferenças de género nas estratégias de regulação emocional podem não ter um impacto tão pronunciado.

Eram, também, esperados valores significativamente superiores de BEP nas mulheres (Garcia-Alandete et al., 2013), porém, neste estudo foi encontrado um BEP superior no género masculino. Salientamos que, em relação ao BEP, a investigação não chegou a um consenso definitivo sobre as diferenças de género na saúde mental (Matud et al., 2019). Têm sido evidenciadas diferenças de género relativamente a certas dimensões do BEP, sendo que as mulheres obtêm, frequentemente, pontuações mais altas em relações positivas (Li et al., 2015; Matud et al., 2019; Ryff & Keyes, 1995) e crescimento pessoal (Matud et al., 2019), e os homens reportam pontuações mais elevadas na autoaceitação e autonomia (Ahrens & Ryff, 2006; Li et al., 2015). Embora os resultados não sejam totalmente consensuais e não se evidenciem as diferenças de género no BEP, as mulheres têm relatado uma maior frequência

e intensidade de emoções positivas e negativas do que os homens (Diener & Ryan, 2009). Tendo em conta que estamos a estudar uma amostra de profissionais que trabalha num contexto emocionalmente desafiante, onde lidam regularmente com a dor, a perda e a angústia, a frequência e a intensidade das emoções nas profissionais do género feminino podem não ser benéficas, pois podem estar associadas ao desgaste emocional (Portoghese et al., 2020). Além disso, é notável que as profissionais femininas não revelaram diferenças significativas na regulação emocional, em comparação com os homens, apesar de terem mais emoções para regular. Isto pode explicar o facto de os homens terem atingido valores superiores de BEP neste estudo, já que não foram encontrados estudos que tenham replicado estes resultados com as escala global do BEP.

Quanto à categoria profissional, percebeu-se que não há diferenças significativas na empatia, nem na DERS ou no BEP, infirmando a hipótese relativa ao BEP que esperava níveis mais elevados nos enfermeiros e terapeutas (Maffoni et al., 2021).

Esta uniformidade na empatia, no BEP e na DERS pode ser um indicativo de que a formação e o ambiente de trabalho promovem estas competências em todos os membros da equipa, independentemente da sua formação. Esta constatação é encorajadora, pois sugere que todos os profissionais têm acesso a recursos e apoio para lidar com o stresse e o desgaste emocional associados aos CP.

Para além disso, a falta de homogeneidade no número de profissionais em cada categoria pode afetar os resultados. Isso ressalta a necessidade de análises adicionais para entender melhor as nuances da dinâmica entre as categorias profissionais e para verificar se essas diferenças podem ser explicadas pelo tamanho das amostras.

Relativamente a ter ou não formação específica em CP, embora o tamanho da significância esteja bastante próximo de ser significativo no caso da DERS, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função de nenhuma das variáveis psicológicas. Contudo, um estudo elaborado por Kolben e colaboradores (2018) verificou a existência de melhorias significativas nas competências dos profissionais de saúde após receberem uma formação de seis meses em CP.

Como forma de compreender melhor os resultados obtidos, é de ressaltar que uma revisão sistemática recente sobre os efeitos das formações em CP para profissionais de saúde não chegou a um consenso quanto aos resultados (Seow et al., 2023). Segundo Wong e

colaboradores (2022), os programas de formação mais longos (com duração de 16 a 24 horas) demonstraram ter significativamente mais benefícios nas habilidades de comunicação dos profissionais, e outras competências, em comparação com programas mais curtos (de 4 a 8 horas).

É importante verificar que a maioria dos profissionais neste estudo (54%) não teve programas educacionais considerados longos. Esta observação sugere que a adoção de formações mais intensivas e prolongadas no tempo pode ser crucial para gerar resultados significativamente diferentes e benéficos. Isto destaca a importância do investimento em educação contínua e da formação neste contexto profissional. Esta não contribui apenas para o desenvolvimento de novas habilidades clínicas e de comunicação, mas também ajuda os profissionais a lidar com o processamento das emoções, contribuindo positivamente para a regulação emocional, a empatia e o bem-estar dos profissionais.

A hipótese relativa ao tempo de serviço também não foi confirmada, visto que não se verificou uma associação significativa com o BEP. Esperava-se que, devido à exposição recorrente aos fatores de risco, o BEP diminuísse ao longo do tempo (Barbosa et al., 2014; Silva, 2021). Este resultado pode estar relacionado com o perfil da maioria dos participantes da amostra (83%) que, independentemente dos anos de serviço em CP, possui formação especializada na área. Cerca de 64% dos participantes relatou ter recebido mais que 10 horas de formação em técnicas de comunicação, 79% tiveram formação sobre reflexões acerca do processo de morrer e a dimensão ética em fim de vida, e 83% tiveram formação sobre o luto. Segundo Mol e colaboradores (2015), a investigação tem verificado a importância dos programas educacionais junto dos profissionais de saúde no que concerne ao aprender a lidar com o sofrimento e à aquisição de competências de comunicação, mencionadas como possíveis prevenções do seu bem-estar. Atualmente, a aquisição de estratégias não ocorre apenas através dos anos de experiência profissional mas também é influenciada pelos programas e formação oferecidos pelas instituições de saúde. Esta perspetiva ressalta, mais uma vez, a importância das instituições de saúde em investirem em programas de formação e desenvolvimento profissional para garantir o bem-estar emocional dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes em situações de fim de vida. Por outro lado, pode estar relacionado com o facto de que esses profissionais desenvolvem uma maior capacidade de autoaceitação e de resiliência com a experiência profissional, ao longo da sua carreira (Lopes, 2010).

A hipótese de que os profissionais que sentem necessidade de obter apoio emocional com maior frequência revelam níveis inferiores de bem-estar foi confirmada. Esta tendência é especialmente evidente em situações de trabalho desafiantes, onde há uma carga emocional significativa a ser processada (Santana-López et al., 2022).

Um estudo realizado com uma amostra de cuidadores de pacientes diagnosticados com cancro avançado, revelou a existência de uma associação entre o aumento do sofrimento do paciente e o aumento do sofrimento no próprio cuidador, resultando numa diminuição significativa no BEP dos profissionais (Kamau et al., 2014). Além disso, os cuidadores que revelaram uma menor proximidade emocional com o paciente relataram um aumento crescente no sofrimento, enquanto uma parte significativa da amostra evidenciou níveis crescentes de ansiedade e depressão ao longo do tempo (Téo et al., 2023). Estes resultados podem ser relacionados aos profissionais que, embora revelem níveis de empatia inferiores do que aqueles que nunca procuram apoio, são impactados pelos desafios emocionais que enfrentam ao cuidar de pacientes em situações críticas, levando-os a procurar apoio com mais frequência. A questão da fadiga de compaixão, anteriormente mencionada, pode também ter influência sobre os níveis de empatia dos profissionais, acabando por diminuir os níveis de preocupação para com o próximo quando estão emocionalmente esgotados (Barbosa et al., 2014; Silva, 2021).

Os profissionais podem também ser afetados ao nível da sua estabilidade emocional, principalmente quando não dispõem de um bom leque de estratégias de regulação emocional consideradas adaptativas consoante o contexto laboral (Mol et al., 2015). É evidente que, mesmo que conheçam estas estratégias, alguns profissionais podem não ter tanta facilidade em aplicá-las eficazmente para gerenciar as suas próprias emoções (Morita et al., 2004). Isto pode levar a uma maior necessidade de procurar apoio emocional para lidar com as complexidades emocionais associadas ao exercício da sua função em CP. Isto ressalta a necessidade de estratégias de apoio e intervenções específicas para ajudar esses profissionais a lidar com o impacto emocional de seu trabalho, promovendo, assim, seu próprio bem-estar e a qualidade do atendimento aos pacientes.

Finalmente, foi, também, confirmada a hipótese de que existe uma associação positiva entre a perceção de reconhecimento pelo seu trabalho e o BEP dos profissionais de saúde. Isto sugere que, quando os profissionais de saúde se sentem valorizados e apreciados pelo que fazem, isso pode ter um impacto positivo na sua saúde mental. Este reconhecimento pode

ocorrer quando os profissionais se sentem valorizados pela instituição onde trabalham, através do feedback positivo dos seus pacientes e famílias ou quando existe um ambiente solidário com colegas e supervisores, o que pode ter um papel fundamental na redução do *stress* e na promoção do BEP.

Relativamente à hipótese que previa uma associação significativa entre a empatia, a DERS e o BEP, esta foi parcialmente confirmada. Efetivamente, a associação entre a empatia e o BEP não foi confirmada. Isto pode ser indicativo dos riscos associados ao ser empático neste contexto específico. Embora a empatia seja frequentemente considerada por diversos autores como sendo um fator protetor do BEP (Caro et al., 2017), outros argumentam que a empatia pode contribuir para o desenvolvimento do esgotamento profissional (Altmann & Roth, 2021). Além disso, embora não sejam conclusivos, alguns estudos sugerem que a empatia pode estar associada à depressão, como demonstrado por Yan e colaboradores (2021), que destacam a empatia afetiva como um dos fatores de risco para a depressão. Quando se discute os riscos associados à empatia, também é comum mencionar o esgotamento dos profissionais, a fadiga por compaixão e o bem-estar dos profissionais de saúde (Bunin et al., 2021).

No entanto, foi encontrada uma correlação forte e negativa entre dificuldades de regulação emocional e o BEP, tal como antevisto. Aqueles que relatam um nível mais elevado de BEP, são os que demonstraram possuir estratégias adaptativas mais eficazes de regulação emocional. A capacidade de regular as emoções é bastante associada ao bem-estar e pode ser considerada um fator protetor, especialmente tendo em conta todos os riscos enfrentados pelos participantes desta amostra (Santana & Godim, 2016; Tamir, 2011).

Quanto à exploração dos preditores do BEP, foi evidenciado que o reconhecimento profissional tem um papel fundamental. Dentro da estrutura organizacional, que envolve as condições de trabalho e o ambiente profissional, existem fatores que exercem influência sobre a saúde mental e o BEP dos trabalhadores, o ser-se reconhecido pelo trabalho desempenhado é um desses fatores (Giorgi et al., 2020). Estes dados sugerem que o reconhecimento pode atuar como fator protetor, capaz de amortecer os efeitos negativos dos *stressores* a que estes profissionais são expostos diariamente (Zhou et al., 2022). O reconhecimento é um aspeto que está intrinsecamente associado à qualidade de vida profissional, o que, por sua vez, demonstrou ter um impacto positivo e significativo no bem-estar dos profissionais de saúde em CP (Galiana et al., 2022). Além disso, o estudo confirmou a associação entre o BEP e os

outros fatores previamente mencionados: género, necessidade de apoio e regulação emocional.

V - Conclusão

O objetivo principal deste estudo foi explorar o impacto da empatia e da regulação emocional no BEP, o que se pensa ter sido alcançado. Percebeu-se que, embora a empatia seja frequentemente considerada um fator protetor do BEP, os resultados deste estudo indicam que esta relação não será assim tão direta, continuando a ser, no entanto, uma competência essencial entre os que se dedicam a este tipo de cuidados (Caro et al., 2017).

Além disso, a regulação emocional desempenha um papel importante no BEP, com aqueles que possuem estratégias adaptativas de regulação emocional a apresentar níveis mais elevados de BEP. Os resultados destacam ainda o papel do género, da formação específica em CP, da necessidade de apoio e do reconhecimento profissional.

Como principais **limitações** do estudo, destaca-se o facto do número de profissionais não ser homogéneo, tanto em relação ao género, como à categoria profissional. Apesar da intenção de ampliar a diversidade da população-alvo, incluindo profissionais de várias áreas, como auxiliares de saúde, psicólogos, assistentes sociais e outras categorias profissionais, isso não foi totalmente alcançado, resultando em apenas 25 desses profissionais entre os 116 participantes. Este desequilíbrio na amostra pode ter impactado os resultados e limitado a sua generalização. Além disso, a recolha de dados foi desafiadora, visto que se perspetivava uma amostra mais ampla e mais variada relativamente à formação dos participantes.

Outra limitação diz respeito à escassez de literatura existente relativamente à associação entre as variáveis estudadas, bem como sobre o contexto específico dos CP, envolvendo apenas os profissionais de saúde. No entanto, esta limitação também pode ser vista como uma oportunidade, já que ressalta a necessidade de investir na exploração e definição de fatores protetores do bem-estar, tendo em conta que este aparece associado a uma melhor qualidade do serviço prestado pelos profissionais em contexto de saúde (Landrigan, 2011).

É esperado que os resultados deste estudo tenham **implicações** significativas no contexto dos CP, contribuindo para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida destes profissionais de saúde. Este projeto pretende fornecer mais conhecimento e orientações para políticas e práticas no campo da saúde, explorando as complexas relações entre variáveis psicológicas e sociais. É fundamental investir na formação, no cuidado e no apoio dos

profissionais de saúde, não apenas para melhorar o seu próprio bem-estar, mas também para garantir a prestação de serviços de qualidade aos pacientes e às suas famílias e, ainda, para que o SNS disponha de profissionais mais saudáveis e satisfeitos (Galiana, 2022).

Ao mesmo tempo, sugere-se que **estudos futuros** considerem a análise das dimensões do BEP em função das diferenças de género, a fim de se perceber se os resultados comumente encontrados na literatura (Li et al., 2015; Matud et al., 2019; Ryff & Keyes, 1995) se replicam mesmo em contexto de CP. Da mesma forma, seria interessante explorar as variáveis estudadas em diferentes categorias de profissionais de saúde, uma vez que as características psicológicas e sociais podem ter impactos distintos em grupos profissionais diversos. Estas abordagens mais específicas podem enriquecer ainda mais a nossa compreensão sobre os fatores que afetam o BEP dos profissionais de saúde em CP.

Referências Bibliográficas

- Ahrens, C., & Ryff, C. (2006). Multiple roles and well-being: Sociodemographic and Psychological Moderators. *Sex Roles* 55, 801–815). <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9134-8>
- Altmann, T., & Roth, M. (2021). The risk of empathy: longitudinal associations between empathy and burnout. *Psychology & health*, 36(12), 1441–1460. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1838521>
- American College of Surgeons (2017). *ACS TQIP Palliative Care Best Practices Guidelines*. https://www.facs.org/media/g3rfegcn/palliative_guidelines.pdf
- Antunes, M. T. (2012). *Relação Terapêutica: Enfermeiro e Pessoa em fase final de vida* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1249/1/Rela%C3%A7%C3%A3o%20terapeutica....pdf>
- Artalheiro, D. (2018). *Autodeterminação e Trabalho Emocional em Profissionais de Cuidados Paliativos: Um Estudo Qualitativo* [Dissertação de Mestrado]. Repositório da Universidade Portucalense. <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2145/1/TMPS%20113.pdf>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (s.d.). *Cuidados Paliativos*. <https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos#>
- Back, A., Steihauser, K., Kamal, A., & Jackson, V. (2016). Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.002>
- 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

- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>.
- Barrué, P., & Sánchez-Gómez, M. (2021). The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in palliative care: A qualitative exploratory study. *Enfermeria clinica (English Edition)*, 31(4), 211–221. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.005>
- Boylan, J. & Ryff, C. (2015). Psychological well-being and metabolic syndrome: findings from the midlife in the United States national sample. *Psychosomatic medicine*, 77(5), 548-558. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000192>
- Brotheridge, C., & Lee, R. (2003). Development and validation of the emotional labour scale. *Journal of occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 365-379.
- Bunin, J., Shohfi, E., Meyer, H., Ely, E. W., & Varpio, L. (2021). The burden they bear: A scoping review of physician empathy in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 65, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.05.014>
- Caro, M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enfermeria clinica*, 27(6), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality Of Life 5”* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/8918.pdf>
- Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2006). Empathizing: neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. *Progress in brain research*, 156, 403–417. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(06\)56022-4](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(06)56022-4)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico para o*

Cosentino, C., D'apice, C., Del Gaudio, M., Bertoletti, C., Bini, M., Liotti, M. C., Melli, E., Tesa, F., Sarli, L., & Artioli, G. (2021). Effectiveness of Expressive Writing protocol in Palliative Care Healthworkers: a quantitative study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 92(2). <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11468>

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev. Psiquiatr. Clínica*, 37(4), 145–151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85-103.

Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

Dias, M. (2012). *A motivação dos enfermeiros em tempo de crise* [Dissertação de Mestrado]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66278/2/25432.pdf>

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391–406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>

Diener, E., & Scollon, C. (2014). The what, why, when, and how of teaching the science of subjective well-being. *Teaching of Psychology*, 41(2), 175-183.

Direção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>

Elvira, T., Ibáñez del Prado, C., & Cruzado, J. (2023). Psychological well-being in palliative care: A systematic review. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 87(2), 377–400. <https://doi.org/10.1177/00302228211019203>

Erikson E. (1963). *Childhood and Society*. (2nd ed). Norton.

Erikson E. (1964). *Insight and Responsibility*. Norton.

Fernández Sánchez, J., Pérez Mármol, J., & Peralta Ramírez, M. (2017). Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(3), 421–431. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0114>

Fernández-Sánchez, J., Pérez-Mármol, J., Santos-Ruiz, A., Pérez-García, M., & Peralta-Ramírez, M. (2018). Burnout y funciones ejecutivas en personal sanitario de Cuidados Paliativos: influencia del desgaste profesional sobre la toma de decisiones. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 41(2), 171-180. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0308>

Figueiras, M., Cunha, P., & Simões, M. (2021). BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, AUTOESTIMA E FELICIDADE ENTRE ALUNOS DO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 22(1), 116-127. <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220111>

Freire, R., Sousa, M., Pereira, F., & Martins, T. (2019). Estudo das propriedades psicométricas da Escala de Bem-Estar Psicológico de 42 itens. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 31-39. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0235>

Galiana, L., Sansó, N., Muñoz-Martínez, I., Vidal-Blanco, G., Oliver, A., & Larkin, P. (2022). Palliative care professionals' inner life: Exploring the mediating role of self-compassion in the prediction of compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout and wellbeing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(1), 112-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>

Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140-145. https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6_EJPC203Gamondi_part2_0.PDF

Garcia, A., Ferreira, A., Silva, L., Conceição, V., Nogueira, D., & Mills, J. (2022). Mindful Self-Care, Self-Compassion, and Resilience Among Palliative Care Providers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of pain and symptom management*, 64(1),

- Garcia-Alandete, J., Soucase, B., Selles, P., & Martinez, R. (2013). Papel preditivo do sentido da vida sobre o Bem-Estar Psicológico e diferenças de género. *Acta Colombiana de Psicología* 26(1), 17-24.
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(5), 131–204. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1898>
- Giorgi, G., Lecca, L., Leon-Perez, J., Pignata, S., Topa, G., & Mucci, N. (2020). Emerging Issues in Occupational Disease: Mental Health in the Aging Working Population and Cognitive Impairment-A Narrative Review. *BioMed research international*. <https://doi.org/10.1155/2020/1742123>
- Gómez-Urquiza, J., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M., & Suleiman-Martos, N. (2020). Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 72-76. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207672>
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*, 26, 41-54.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15–29. <https://doi.org/10.1080/0887044031000080656>
- Instituto Nacional de Câncer (2021). *Cuidados Paliativos*. <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120.

- Kamau, C., Medisauskaite, A., & Lopes, B. (2014). Orientations can avert psychosocial risks to palliative staff. *Psycho-oncology*, 23(6), 716–718. <https://doi.org/10.1002/pon.3496>
- Kase, S., Waldman, E., & Weintraub A. (2018). Cross-Sectional Pilot Study of Compassion Fatigue (CF), Burnout (BO), and Compassion Satisfaction (CS) in Pediatric Palliative Care (PPC) Providers (S704). *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 657–658. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.358>
- Kase, S., Waldman, E., & Weintraub, A. (2019). A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative & supportive care*, 17(3), 269–275. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001237>
- Kaur, A., Sharma, M., & Chaturvedi, S. (2022). Psychological Well-Being amongst Cancer Palliative Care Professionals working in Bengaluru, India. *Indian journal of palliative care*, 28(1), 37–42. https://doi.org/10.25259/IJPC_115_21
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kolben, T., Haberland, B., Degenhardt, T., Burgmann, M., Koenig, A., Kolben, T. M., Ulbach, K., Mahner, S., Bausewein, C., Harbeck, N., & Wuerstlein, R. (2018). Evaluation of an interdisciplinary palliative care inhouse training for professionals in gynecological oncology. *Archives of gynecology and obstetrics*, 297(3), 767–773. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4681-0>
- Landrigan, C. (2011). Healthcare provider working conditions and well-being: sharing international lessons to improve patient safety. *Jornal de Pediatria* 87(6). <https://doi.org/10.1590/S0021-75572011000600001>
- Li, R., Kao, C., & Wu, Y. (2015). Gender differences in psychological well-being: tests of factorial invariance. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(11), 2577–2581. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0999-2>
- Limpo, T., Alves, R., & Castro, S. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171–184. <https://doi.org/10.14417/lp.640>
- Lopes, T. (2010). *Atitudes perante a morte e ansiedade e depressão em cuidadores*

profissionais de cuidados paliativos [Dissertação de Mestrado]. Repositório Científico Lusófona. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2638/1/ulfp037455_tm.pdf

Macaskill, A., Maltby, J., Day, L. (2002). Forgiveness of self and others and emotional empathy. *The Journal of Social Psychology*, 142, 663-665.

Macuka, I., & Junaković, I. (2021). A Cross-Sectional Study of Job Satisfaction and Intention to Leave Job in Palliative Care in Croatia. *Journal of palliative care*. <https://doi.org/10.1177/08258597211046704>

Maffoni, M., Zanatta, F., Setti, I., Giorgi, I., Velutti, L., & Giardini, A. (2021). SMiLE to Life: Meaning in life in healthcare professionals working in palliative care and rehabilitation medicine. *La Medicina del lavoro*, 112(5), 387–400. <https://doi.org/10.23749/mdl.v112i5.11408>

Matud, M., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *International journal of environmental research and public health*, 16(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>

Melo, C. (2014). *Bem-estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas*. [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores]. <https://core.ac.uk/download/pdf/61445784.pdf>

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International journal of palliative nursing*, 21(3), 109–112. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109>

Mol, M., Kompanje, E., Benoit, D., Bakker, J., & Nijkamp, M. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PloS one*, 10(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>

Monahan, M. (1989). *Gender Differences in Empathy: Are Women Really More Empathic than Men?*

Moreno-Milan, B., Breitbart, B., Herreros, B., Olaciregui Dague, K., & Coca Pereira, M. (2021). Psychological well-being of palliative care professionals: Who cares?.

- Palliative & supportive care*, 19(2), 257–261.
<https://doi.org/10.1017/S1478951521000134>
- Moreno-Milan, B., Cano-Vindel, A., Lopez-Dóriga, P., Medrano, L. A., & Breitbart, W. (2019). Meaning of work and personal protective factors among palliative care professionals. *Palliative & supportive care*, 17(4), 381–387.
<https://doi.org/10.1017/S147895151800113X>
- Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., & Shima, Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliative Medicine*, 18, 550–557.
<https://doi.org/10.1191/0269216304pm911oa>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 8(1), 1–9.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Nardino, F., Olesiak, L. R., & Quintana, A. M. (2021). Significações dos cuidados paliativos para profissionais de um serviço de atenção domiciliar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1–16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Diferenças de género e idade nas estratégias de regulação emocional e sua relação com sintomas depressivos. *Personalidade e diferenças individuais*, 51 (6), 704–708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Oldenburger, E., & De Roo, M. (2023). Burnout of healthcare professionals in supportive and palliative care: a summary of recent literature. *Current opinion in supportive and palliative care*, 17(1), 77–83. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000638>
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., & Gerhart, J. (2018). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. *The American journal of hospice & palliative care*, 35(2), 343–347. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695>
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Cuidados Paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBÍ database of systematic reviews and implementation reports*, 15(7), 1905–1933.

<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>

- Pereira, J. (2014). *Dificuldades de Regulação Emocional e Estratégias de Resolução de Conflitos com indivíduos num relacionamento íntimo* [Dissertação de Mestrado]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79356/2/34432.pdf>
- Pereira, L. M., Andrade, S. M., & Theobald, M. R. (2022). Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. *Revista Bioética*, 30(1), 149–161. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301515PT>
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Pereira, S., Teixeira, C., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A., & Carvalho, A. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 55-64. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13178>
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS* (5a ed.). Edições Sílabo.
- Pinto, J. P. (2021). *Cuidados Paliativos: principais preditores do bem-estar psicológico nos profissionais de saúde* [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade do Porto.
- Portoghese, I., Galletta, M., Larkin, P., Sardo, S., Campagna, M., Finco, G., & D'Aloja, E. (2020). Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: a daily diary study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0531-5>
- Rossi, V., Martins, M., Tashima-Cid, D., & Dias, M. (2020). Reflexões sobre bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Revista Organizações Em Contexto*, 16(31), 151–175. <https://doi.org/10.15603/1982-8756/roc.v16n31p151-175>
- Rueckert, L., & Naybar, N. (2008). Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain and Cognition*, 67, 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2008.01.002>

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of twon traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>
- 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>
- Santana, V., & Gondim S. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21 (19), 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Santana-López, B., Santana-Padilla, Y., Bernat-Adell, M., González-Martín, J., & Santana-Cabrera, L. (2022). The Need for Psychological Support of Health Workers during the COVID-19 Pandemic and the Influence on Their Work. *International journal of environmental research and public health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19158970>
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 637–646. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017>
- Seow, H., Bishop, V., Myers, J., Stajduhar, K., Marshall, D., Incardona, N., Levine, O., Steinberg, L., & Bainbridge, D. (2023). Outcome measures in palliative care training interventions: a systematic review of trial-based studies. *Annals of palliative medicine*, 12(2), 399–417. <https://doi.org/10.21037/apm-22-947>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). Pearson.

- Tamir, M. (2011). The Maturing Field of Emotion Regulation. *Emotion Review*, 3(1), 3–7. <https://doi.org/10.1177/1754073910388685>
- Tamres, L., Janicki, D., & Helgeson, V. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2–30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Taylor, J., & Aldridge, J. (2017). Exploring the rewards and challenges of paediatric palliative care work – a qualitative study of a multi-disciplinary children's hospice care team. *BMC Palliat Care*, 16(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0254-4>
- Téo, I., Ng, S., Bundoc, F. G., Malhotra, C., Ozdemir, S., Steel, J., & Finkelstein, E. (2023). A prospective study of psychological distress among patients with advanced cancer and their caregivers. *Cancer medicine*, 12(8), 9956–9965. <https://doi.org/10.1002/cam4.5713>
- Vale, A. (2012). *Análise do bem-estar, expetativas futuras e aspirações escolares de jovens adolescentes em fase de transição vocacional* [Dissertação de Mestrado].
- Wong, K., Chow, A., & Chan, I. (2022). Effectiveness of Educational Programs on Palliative and End-of-life Care in Promoting Perceived Competence Among Health and Social Care Professionals. *The American journal of hospice & palliative care*, 39(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177/10499091211038501>
- Yan, Z., Zeng, X., Su, J., & Zhang, X. (2021). The dark side of empathy: Meta-analysis evidence of the relationship between empathy and depression. *PsyCh journal*, 10(5), 794–804. <https://doi.org/10.1002/pchj.482>
- Zhou, T., Xu, C., Wang, C., Sha, S., Wang, Z., Zhou, Y., Zhang, X., Hu, D., Liu, Y., Tian, T., Liang, S., Zhou, L., & Wang, Q. (2022). Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: a perspective from the job demands-resources model. *BMC health services research*, 22(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07608-z>