

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



O trabalho no âmbito da Violência Doméstica em Contexto
Pandémico: Reflexo na Saúde Mental dos seus Profissionais

Rodrigo Araújo Faria e Matos, 038258

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e Forense – Intervenção com Agressores e Vítimas

Orientação:

Professora Doutora Maria Anita Carvalho dos Santos

Setembro de 2022 

Resumo

Em Portugal, o apoio à vítima compreende entidades governamentais e não-governamentais constituídas por vários profissionais da área, inclusive técnicos de apoio à vítima (TAV) e técnicos da CPCJ. Estes profissionais estão indiretamente expostos a eventos traumáticos que podem culminar em ansiedade, depressão e fadiga por compaixão, algo que, na literatura, se questiona ser atenuado através de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado. Com o objetivo de compreender a associação entre as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão, depressão e ansiedade, bem como a antiguidade na função nestas perturbações, em Portugal, utiliza-se um método quantitativo, com uma bateria de instrumentos, respondidos por inquérito online: questionário sociodemográfico, ProQOL5, Brief Cope, PHD-9, GAD-7 e EACAC. Participaram no estudo 252 profissionais que atuam no âmbito da violência doméstica. Os resultados traduzem que não existem diferenças significativas nem no desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado, nem na sintomatologia supracitada, em função da antiguidade na função. Conclui-se que se deve apoiar estes técnicos de modo desenvolver estratégias de *coping* e autocuidado adaptativas de modo a colmatar sintomatologia.

Palavras-chave: saúde mental, violência doméstica, técnicos de apoio à vítima, técnicos da CPCJ

Abstract

In Portugal, the victims support involves governmental and non-governmental entities constituted by several professionals of the area, including victim support technicians (TAV) e CPCJ technicians. These professionals are indirectly exposed to traumatic events that can cause anxiety, depression and compassion fatigue, something that, in literature, its wondered if these are attenuated by coping strategies and self-care strategies. With the objective of understanding the association between coping strategies and compassion fatigue, depression and anxiety, as well as seniority in this line of work and these disturbances, in Portugal, a quantitative study is used, with a battery of instruments, answered by an online inquiry: sociodemographic questionnaire, ProQOL5, Brief Cope, PHD-9, GAD-7 and EACAC. Participated in this study 252 professionals that act in the scope of domestic violence. The results translate that there aren't significant differences neither in the development of coping strategies and self-care strategies nor in the symptomatology aforementioned, in function of seniority. This study concludes its important to offer further support to this technicians with the goal of developing coping strategies and self-care strategies to decrease this disturbances.

Keywords: mental health, domestic violence, victim support professionals, CPCJ professionals

“There is a cost to caring. Professionals who listen to clients’ stories of fear, pain, and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care. Sometimes we feel we are losing our sense of self to the clients we serve”

Charles R. Figley

Índice

1. Introdução	2
2. Enquadramento Teórico	5
2.1. Violência Doméstica	5
2.2. Intervenção na Violência Doméstica em Portugal	7
2.3. A saúde mental dos Profissionais que atuam na Área da Violência Doméstica..	11
2.4. Estratégias de <i>Coping</i> e Autocuidado	16
2.5. O Impacto da Pandemia na Saúde Mental dos Profissionais que Trabalham na Área da Violência Doméstica	18
3. Método	21
3.1. Participantes	21
3.2. Instrumentos	22
3.2.1. <i>Ficha Sociodemográfica</i>	22
3.2.2. <i>ProQOL5 (Escala de Qualidade de Vida Profissional)</i>	22
3.2.3. <i>Brief Cope</i>	23
3.2.4. <i>PHQ9 (Questionário sobre a Saúde do Paciente - 9)</i>	23
3.2.5. <i>GAD7 (General Anxiety Disorder - 7)</i>	23
3.2.6. <i>EACAC (Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado)</i>	24
3.3. Procedimento	24
4. Resultados	25
4.1. Análises Preliminares	25
4.2. Testes das Questões	26
4.2.1. Existe uma associação das estratégias de <i>coping</i> com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos profissionais que atuam na área de violência doméstica?	26
4.2.2. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos profissionais que atuam na área de violência doméstica mediante a antiguidade na função?	27
4.2.3. Existem diferenças no desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> e estratégias de autocuidado mediante a antiguidade na função?	28
5. Discussão	28
6. Conclusão	31
7. Referências Bibliográficas	34

1. Introdução

Em Portugal, o apoio à vítima compreende entidades governamentais e não-governamentais que, apesar de deterem diferentes papéis na atuação com vítimas, nomeadamente de violência doméstica, convergem num objetivo comum. Este, por sua vez, passa pela promoção dos direitos, segurança e saúde de cidadãos/ãs vítimas de crimes, bem como das suas famílias e das comunidades em que se inserem, através da prestação de serviços de apoio (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2022a; Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJ], s.d.a). Estas instituições são constituídas por vários profissionais da área, inclusive técnicos/as de apoio à vítima (TAV) e técnicos/as da CPCJ, que constituem o alvo deste estudo.

Segundo Figley (1995), os/as profissionais que se encontram sujeitos à exposição indireta a eventos traumáticos podem desenvolver um conjunto similar de sintomas, ao que este investigador denominou de stress traumático secundário (STS). Por outras palavras, a exposição primária a eventos traumáticos resulta num evento traumático para a segunda pessoa. Reconhece, também, que o termo stress traumático secundário tem uma relação de bilateralidade com o termo, por ele popularizado, de fadiga por compaixão, sendo necessário atuar junto destes profissionais com o intuito de desenvolver um sentido de esperança, alegria e propósito.

O conceito de fadiga por compaixão, na literatura, é usado para figurar a noção das consequências dos/as profissionais trabalharem com pessoas traumatizadas, reação normal quando se atua num contexto de elevado stress e preocupação constante com o paciente (Huggard & Newcombe, 2017; Joshi & Sharma, 2020). Porém, apesar de comuns, estas consequências podem provocar adoecimento físico e mental (Lago & Codo, 2013). Desta forma, fadiga por compaixão pode condicionar a capacidade do/da

profissional fornecer apoio empático, ou seja, de compreender o sentimento e perspectiva do outro (Lombardo & Eyre, 2011). Bush (2009) descreve fadiga por compaixão como um fenómeno complexo que escala gradualmente como um produto do stress cumulativo e que surge, geralmente, quando os sintomas de stress são inicialmente menosprezados, sendo de especial relevância enaltecer a forte ligação entre fadiga por compaixão, *burnout* e angústia moral (Anesthesiol, 2021)

No dia 11 de março de 2020 a *World Health Organization* (WHO) decretou a situação de pandemia pela COVID-19, uma doença infecciosa provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2. A sintomatologia associada rege-se, geralmente, por febre, tosse seca e cansaço, não requerendo especial tratamento, afetando com maior gravidade pessoas com mais idade ou com problemas médicos subjacentes como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças crónicas respiratórias e cancro. Esta doença propaga-se, primariamente, através de gotas de saliva ou por tosse e espirros por parte de uma pessoa infetada (WHO, 2020a). A fadiga por compaixão foi caracterizada como sendo um enorme risco de saúde profissional, especialmente em enfermeiros/as, como resultado direto da pandemia (Lang & Hester, 2021).

Como aos/às técnicos/as que trabalham junto de pessoas que sofrem de violência doméstica estão associadas funções de apoio jurídico, psicológico e social a vítimas de crime, também estes estão expostos ao contacto frequente com situações de sofrimento, que se podem revelar prejudiciais para a sua saúde mental (APAV, 2012^a). Portanto, o desenvolvimento de estratégias de *coping*, definidas como um complexo de esforços tanto cognitivos como comportamentais a que um sujeito recorre com a finalidade de enfrentar exigências específicas, internas ou externas, revelam-se essenciais na gestão emocional do/a técnico/a, já que as emoções, não só são responsáveis pela adaptação às necessidades ambientais, como também influenciam os processos cognitivos (e.g., percepção,

aprendizagem, memória, comportamentos, intenções, etc.) (Antoniolli et al., 2018; Limonero et al., 2018). Posto isto, o autocuidado revela-se importante, pois visa mitigar os efeitos negativos de situações percecionadas como adversas para os/as técnicos/as (Morales & Chavac, 2020).

O principal objetivo deste estudo é, assim, compreender o impacto do trabalho no âmbito da violência doméstica na saúde mental dos/as técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica bem como entender o papel da antiguidade na função nesse impacto. Mais concretamente, tenciona-se avaliar a fadiga por compaixão, a ansiedade e a depressão, estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado, comparando-as entre indivíduos com pouca e muita antiguidade na função. Denota-se que a literatura, até à data, traduz ausência de estudos relativos à fadiga por compaixão em profissionais que trabalham na área de violência doméstica, especificamente em Portugal, mesmo admitindo que eles/elas constituem um grupo profissional que se envolve em gestão de situações traumáticas de gravidade considerável (Barros, 2014).

Assim, esta dissertação encontra-se dividida em dois capítulos. O primeiro, relativo ao enquadramento teórico, faz referência à literatura que aborda os/as profissionais que atuam na área de violência doméstica, fadiga por compaixão, ansiedade, depressão, estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado. O segundo capítulo diz respeito ao estudo empírico, e inicia-se com o método, incluindo a descrição dos procedimentos da recolha de dados, os instrumentos aplicados e a amostra do estudo. Seguidamente, serão apresentados os resultados obtidos, discutindo-os *à posteriori* com base na literatura. Posteriormente, encontram-se dispostas as conclusões da investigação e, por fim, as limitações a esta inerentes.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Violência Doméstica

Atualmente, a violência doméstica é definida como um termo utilizado para descrever violência associada ao contexto familiar e às relações de intimidade (Redondo et al., 2012). Assim, o Código Penal Português descreve, de acordo com o decreto-lei n.º 48/95 do artigo 152.º, violência doméstica como quem inflige maus-tratos de qualquer tipo, de modo reiterado ou não: “a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;”. Ademais, acrescenta que se o acima supracitado ocorrer na presença de um menor ou contra um menor, seja este em um domicílio comum ou no da vítima, o agente é punido com pena de prisão de dois a cinco anos. Ainda, se do previsto no descrito anteriormente resultar: “a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos; b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.”. Em complemento, prevê-se, na lei nº7/2000 de 27 de maio de 2000, a violência doméstica como um crime público e consequentemente advertindo que qualquer cidadão pode e deve denunciá-lo. Segundo a Organização das Nações Unidas (UN) a violência doméstica define-se como um padrão, numa relação, usado para manter ou obter controlo do parceiro. Ademais, este conceito inclui não só todo o tipo de abusos, nomeadamente, aterrorizar, manipular, magoar, humilhar, entre outros, como também pode acontecer a qualquer um independentemente de raça, orientação sexual, género, idade ou religião (UN, s.d.).

A violência doméstica, numa perspetiva evolutiva conceptual, é um fenómeno difuso que tem vindo a sofrer alterações, não só a nível da sua definição, como no que toca a políticas e estratégias de intervenção, ao longo dos anos (Manita et al., 2009). Inicialmente, este fenómeno foi usado, por movimentos feministas, para descrever qualquer violência contra a mulher, praticada pelo marido, parceiros ou ex-parceiros íntimos (Bograd & Yllo, 1988). Esta definição foi rapidamente ultrapassada quando o discurso relativo a violência doméstica se difundiu na população geral. Desta forma, a cada mutação que o significado do termo tinha, este tendia a ser cada vez mais amplo. De facto, este termo, que outrora se referia a violência de homem para mulher, passou a ter uma propriedade bidirecional e até, em literatura mais recente, começou a ser desafiado para incluir qualquer tipo de agressão praticada por um familiar (Welchman & Hossain, 2005).

Com a queda lenta e contínua do patriarcado e a consequente aproximação de equidade de género, o conceito de violência doméstica tem vindo a ser cada vez mais exposto. Exposição que despertou a atenção da população em geral e de investigadores/as da área. Para estes, a nível da prevalência, este fenómeno é caracterizado como difundido, e, por isso, algo que precisa de ser abordado (Dutton, 2011; Samia et al., 2010). Atualmente, a literatura converge na crença de que não existe um modelo monolítico, assumindo que a violência doméstica não exclui nenhum grupo ou estrato social e é transversal a nível global, em concordância com a atual descrição da UN (Dutton, 2011; UN, s.d.). Com efeito, a APAV descreve violência doméstica como a prática de um crime de maus-tratos físicos ou psicológicos sobre o parceiro/ex-parceiro ou sobre o progenitor comum em 1º grau, englobando conceitos como a violência emocional, social e física. Ademais, esta associação avança com uma clara distinção entre: (1) violência doméstica em sentido estrito, que engloba atos como difamação, crimes a nível sexual e maus-tratos;

(2) violência doméstica em sentido lato, nomeadamente perturbação da vida privada, violação de correspondência e telecomunicações, entre outros (APAV, 2012b). A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género reitera a descrição da APAV, admitindo que violência doméstica é um comportamento contínuo ou um padrão de controlo coercivo de violência, seja esta direta ou indireta, a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar ou que tenha uma relação, relativamente ao agressor, de companheiro ou ex-companheiro (Manita et al., 2009).

2.2. Intervenção na Violência Doméstica em Portugal

O apoio à vítima de violência doméstica, em Portugal, envolve tanto organizações governamentais, ou seja, comissões, forças militares, forças de segurança e serviços de segurança, nomeadamente a GNR, PSP, PJ, CPCJ, CIG, como organizações não-governamentais, como a APAV, AMVC, entre outros. Estas entidades, que articulam entre si, têm funções relativamente diferentes apesar de se envolverem no mesmo contexto e lutarem pelo mesmo objetivo.

A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) é caracterizada como um serviço da administração direta do estado, traduzindo-se assim num organismo nacional responsável pela promoção e defesa da igualdade de género. Desta forma, este procura eliminar a discriminação associada ao género, promovendo valores de tolerância, cidadania e não-discriminação. Para isso estruturou-se uma rede de apoio nacional conhecida por Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) (CIG, 2021^a; CIG, 2021b).

A RNAVVD compreende a CIG, o Instituto de Segurança Social (ISS), sistemas de atendimento, respostas particulares de entidades de administração pública, ações de acolhimento de emergência e, por fim, os Serviços de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD). Assim, a RNAVVD engloba 133 estruturas de atendimento com

equipas multidisciplinares que prestam, remotamente ou de forma presencial, informações jurídicas e apoios psicossociais. Adicionalmente, dispõe de 39 casas de abrigo, para acolher vítimas com ou sem filhos/as menores ou maiores dependentes, até 6 meses e 26 acolhimentos de emergência, isto é, unidades residenciais para recepção imediata de vítimas com ou sem filhos/as menores ou maiores dependentes (CIG, 2019).

Integrados nesta rede e importantes de salientar, são os/as técnicos/as de apoio à vítima (TAV) que se prevê terem uma formação apropriada de intervenção na área com objetivo de desenvolver competências relativas ao atendimento, acompanhamento e encaminhamento de vítimas de violência doméstica (CIG, 2017). Estes/estas abordam conceitos como perspectiva histórica e evolução concetual deste tipo de violência, conceitos gerais de vitimologia, distinções concetuais entre vários tipos de violência e orientações para intervenção psicossocial (CIG, 2017). Ademais, este curso tem requisitos referenciados na alínea b), ponto 1, do Despacho nº6810 – A / 2010, que o destina a profissionais que prestam apoio direto a vítimas. Assim, segundo a APAV (2012a), um/uma técnico/a de apoio à vítima está habilitado/a e procura prestar apoio a nível jurídico, psicológico e social, através de intervenções especializadas.

As Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) são organismos oficiais não judiciais, com autonomia própria, que objetivam, não só a promoção dos direitos das crianças e jovens, como a minimização de ocorrências que comprometam o desenvolvimento integral, segurança, saúde, formação e educação dos mesmos (CNPDPJ, s.d.b). Para além disso, estas entidades regem-se por princípios muito claros e definidos, como o (1) interesse superior da criança; (2) a privacidade; (3) intervenção precoce; (4) intervenção mínima; (5) proporcionalidade e atualidade; (6) primado da continuidade das relações psicológicas profundas; (7) prevalência da família; e (8) obrigatoriedade da informação (CNPDPJ, s.d.b).

O/a técnico/a da CPCJ integra uma equipa multidisciplinar, como contemplado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em perigo aprovada pela Lei n.º147/99, da qual faz parte vários/várias representantes, nomeadamente, (1) um representante do município; (2) da segurança social; (3) dos serviços do Ministério da Educação; (4) de instituições particulares; entre outros. É de se referir que, para estes/as técnicos/as, existe uma clara referência de quando se deve considerar que uma criança ou jovem está em perigo, desde estar abandonada e sofrer de maus-tratos físicos e psicológicos, a estar sujeita a comportamentos que ponham em causa a sua segurança, entre outros (CNPDPJCJ, s.d.c).

Com o surgimento do novo coronavírus e consequente pandemia, o apoio à vítima e às famílias por parte de profissionais que trabalham na área de violência doméstica foi substituído, em grande parte das vezes, do contacto face-a-face para essencialmente remoto, via plataformas digitais e telefonemas (Ribeiro et al., 2022). Este apoio viu um aumento, durante o confinamento, de 190.3% por chamadas telefónicas, que, apesar da existência de novas tecnologias e plataformas, foram o método preferencial de apoio, quando o contacto face-a-face se revelava impossível (Saavedra et al., 2021).

É de notar que 82,1% dos/as profissionais reportaram ter continuado a dar apoio às vítimas (Saavedra et al., 2021). Destes, e durante o estado de emergência, 60,2% trabalharam somente remotamente, 25,2% remota e presencialmente e 14,6%, cara-a-cara (Saavedra et al., 2021). Adicionalmente, estes descreveram a dificuldade de adaptação das vítimas relativamente à utilização das novas tecnologias, bem como a existência de um risco inerente da vítima recorrer a um apoio remoto (e.g. controlo digital por parte do agressor; coabitação do agressor e vítima). Contrastando, alguns/algumas profissionais que trabalham com vítimas de violência doméstica referem vantagens do confinamento, nomeadamente uma diminuição de 21,6% do isolamento das vítimas. (Saavedra., 2021). Na mesma linha de raciocínio, em 2020, contrariando a literatura internacional, a RASI

revela uma diminuição de violência entre parceiros íntimos no valor de 5,5%, comparando com o ano passado e uma diminuição dos casos de violência doméstica de 1861 casos que representa uma redução em 6,3% (Capinha et al., 2021; RASI, 2020)

Ainda com o aparecimento da COVID-19, as vítimas de violência doméstica permaneceram com os/as seus/suas agressores/as mais tempo, aumentando os pedidos de ajuda (Ribeiro et al., 2022). Com efeito, de 2019 para 2020 revelou-se um aumento de 13,3% nestes pedidos, principalmente solicitados por crianças e jovens, nos quais incidiu um aumento de violência física e psicológica (APAV, 2021a; Javed & Mehmood, 2020; Ribeiro et al., 2022) Ademais, durante o período do primeiro confinamento, em comparação com o mesmo período em 2019, existiu um aumento de 100,7% de pedidos de ajuda (APAV, 2021b), conclusão que vai de encontro com a maioria da literatura (e.g., Boserup et al., 2020)

De acordo com o relatório anual da RASI de 2020, registaram-se 27637 participações de violência doméstica, sendo que 93,1% das vítimas têm idade igual ou superior a 25 anos. Adicionalmente, refere ainda que 75% do total de casos referiam a mulher como vítima (RASI, 2020).

Já em 2021, o relatório da RASI, refere que existiram 26520 participações de violência doméstica, menos 4% em relação ao ano anterior. Acrescentam, também, que do total de vítimas, 74,9% eram mulheres e 93,6% tinham no mínimo 25 anos. Ademais, explicitam que violência doméstica foi o crime mais referenciado, com uma prevalência de 76,8% (RASI, 2021). Dada esta prevalência e sobreposição dos tipos de violência praticados em Portugal e juntando a tendência crescente destes crimes, bem como a natureza do trabalho dos/as técnicos/as de apoio à vítima e dos/as técnicos/as da CPCJ, existe, apesar da clara distinção destes/as profissionais, também paralelismos notórios. Destes, salienta-se o apoio junto de pais e outros familiares, a confidencialidade e escuta

ativa e a necessidade de gestão emocional, como método de combater o stress e frustrações que podem culminar do envolvimento na vida de terceiros que sofrem de violência doméstica, entre outros (CNPDPJCJ, s.d.c). Neste âmbito, e particularmente nos profissionais que trabalham na área de violência doméstica, a ausência da capacidade de gestão das emoções pode promover fadiga por compaixão (Figley & Kleber, 1995).

2.3. A Saúde Mental dos Profissionais que Atuam na Área da Violência Doméstica

A gestão das emoções é uma competência indispensável na prática laboral dos/as técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica, tendo em conta que o seu serviço passa pelo apoio e gestão de vítimas de violência doméstica. Dito isto, importa clarificar a gestão emocional como um conceito multifacetado que integra um conjunto de capacidades referentes a assertividade e autocontrolo (Goleman, 2012a). Efetivamente, gerir emoções é um fator preditor de ajustamento social e de saúde mental (Franco & Santos, 2015). Assim, o/a técnico/a pode, por método de interação empática, acabar por ficar demasiado envolvido/a com os pacientes, seja por valorização da perspetiva da pessoa ou por impasse em controlar as suas próprias emoções, podendo aumentar o seu stress ocupacional (Franza et al., 2020; Joshi & Sharma, 2020). Nestes casos, fica-se exposto ao sofrimento do outro, exposição que pode ser nefasta para o/a profissional quando este/a não possui estratégias de *coping* para a gerir (McKim & Smith-Adcock, 2014). Assim, todos/as os/as profissionais que interagem com vítimas de crimes, revelam maior propensão a padecer de depressão ou fadiga por compaixão (Goleman, 2012a; Ryan & Deci, 2001). Assim, comportamentos que demonstram compaixão e empatia podem provocar consequências psicológicas, nomeadamente, esgotamento e uma redução progressiva na capacidade de sustentar a dor e a angústia de outros (Barbosa et al., 2014). O/a técnico/a tem, assim, a incumbência de ser apto/a para não só avaliar as emoções dos outros como gerir as suas, mantendo-se mentalmente saudável (Prior & Fonte, 2019).

É manifestamente claro que trabalhar com pessoas traumatizadas tem implicações emocionais para os/as profissionais que trabalham junto de pessoas que sofrem de violência doméstica, pelas próprias características do trauma (e.g., sofrimento do/a utente) juntamente com a inerente relação terapêutica que se desenvolve possibilitando a envolvimento empática do/a técnico/a e, conseqüente, desmembramento de um vínculo meramente profissional, acabando por experienciar a narrativa da vítima como se fosse própria (Canfield, 2005). É nesta vertente que podemos afirmar que, apesar de bastante gratificante, o trabalho dos/as técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica implica a capacidade de gerir emoções, sendo que é neste âmbito que se torna possível gerir o stress e as frustrações a este serviço associadas, revelando-se um fator protetor crucial. Existe uma ligação direta entre o desempenho, quer a nível pessoal, quer profissional e a gestão de emoções, devido a emoções serem responsáveis pela adaptação às necessidades ambientais e influenciarem os processos cognitivos (Limonero et al., 2018; Pais et al., 2020). Num estudo realizado com 43 técnicos/as de apoio à vítima da APAV, 16% revelou demasiada carga laboral, 4% indicou exposição ao trauma, 42% sugere não existir uma boa rede de suporte e 24% confessou desgaste emocional ou físico (Prior & Fonte, 2019). Existe, portanto, com base na literatura, uma correlação entre a capacidade de gerir emoções e os/as profissionais que trabalham na área de violência doméstica. Algumas adversidades na intervenção passam pela responsabilização do técnico no que refere a segurança e bem-estar das vítimas e o conflito entre as obrigações legais e o terapeuticamente esperado (Barbosa et al., 2014).

Figley (1995) desenvolveu um estudo referente à qualidade de vida dos/as técnicos/as que lidam com vítimas, sublinhando a importância do conceito de fadiga por compaixão que se repercute em efeitos negativos, comportamentais e emocionais de ser um/uma destes/as técnicos/as. Esta é predominante quando o/a profissional é incapaz de

gerir de forma saudável sentimentos negativos que surgem do sofrimento de quem atendem e traduz sintomas semelhantes aos de perturbações psicológicas (e.g. perturbação de stress pós-traumático) sendo que, ocasionalmente, manifestam-se alguns comportamentos pós-traumáticos como reação a situações de stress como: sintomas depressivos, raiva, imagens intrusivas relacionadas com as experiências relatadas pelo/a utente, dificuldades de sono, queixas somáticas e ansiedade (Prior & Fonte, 2019; Lago & Codo, 2013).

O surgimento da pandemia exigiu uma carga de trabalho muito superior à habitual, que se traduziu numa maior exposição a situações que podem culminar em stress, ansiedade ou fadiga por compaixão. Adicionalmente, o impacto do contexto pandémico nestes/as profissionais tende a ser desfavorável, em virtude do aumento do sofrimento de terceiros. Apesar disto, um estudo realizado na Austrália, com profissionais de saúde, que pretendia medir fadiga por compaixão através do *burnout* e stress traumático secundário como subescalas independentes concluiu que da sua amostra de 86 pessoas nenhuma traduzia resultados elevados nestas valências (O’Callaghan et al., 2020). Em oposição, um estudo desenvolvido na Turquia descreve que, das 90 pessoas que aceitaram participar, quase todos tinham níveis de fadiga por compaixão acima do limite, que sugeria algum nível de anormalidade, mas acrescenta que nesta medição, através da escala ProQOL5, o *burnout* era a dimensão que obtinha menos pontuação. O estudo ainda refere que existe uma correlação positiva entre *burnout* e fadiga por compaixão. Entendendo que apesar de controversa, a fadiga por compaixão é influenciada pelo stress, e, com base no supracitado, a pandemia tende a aumentar os níveis de stress nos/as técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica, pode-se hipotetizar que a pandemia e as alterações laborais e sociais daí pode ter impactado de forma negativa o bem-estar emocional dos/as profissionais (Franza et al., 2020).

Dito que os efeitos psicológicos não só podem afetar a saúde mental agora e no futuro, como também podem ser persistentes, um painel de profissionais propôs prioridades de pesquisa global imediatas, incluindo a monitorização de taxas de ansiedade, depressão, e outros problemas de saúde que percorre a população em geral, para entender mecanismos e notificar intervenções eficazes (Holmes et al., 2020). A exposição constante ao sofrimento do outro ao qual se sente uma preocupação pode ser nefasta para o/a profissional quando este/a não detém capacidades de autorregulação suficientes para conduzir este tipo de relação (Prior & Fonte, 2019), podendo, de facto, culminar em fadiga por compaixão, ansiedade ou depressão.

A depressão é, claramente, uma perturbação do foro psicológico prevalente no ambiente laboral. Segundo um estudo de *Northwestern National Life*, conclui-se que 40% dos/as trabalhadores/as abordados se queixaram de ter um trabalho stressante. Adicionalmente, um estudo conduzido pelo *Research Institute of the Family and Workplace* refere que 26% dos/as trabalhadores/as se sentem muito stressados/as no decorrer da prática das suas funções (NIOSH, 1998). Apesar dos efeitos do stress nos sintomas de depressão não serem claros, o stress no trabalho traduz-se num fator de risco da depressão (Tennant, 2001). Assim, de forma geral, sendo que as condições de trabalho dos/as técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica constituem um ambiente inegavelmente stressante por contactar com vítimas e estabelecer uma relação de empatia (Prior & Fonte, 2019), pode-se afirmar que são trabalhadores/as que estão diariamente sugestionados/as a desenvolver perturbações de ansiedade ou depressão (Goleman, 2012a; Ryan & Deci, 2001). Para predizer consistentemente depressão, a falta de controlo no trabalho parece ser uma variável viável, bem como, por exemplo, as horas de trabalho e o apoio social (Tennant, 2001). Apesar disto, os sintomas depressivos podem ser mitigados e controlados através de programas de gerir stress primariamente focados em

terapia cognitiva comportamental no trabalho (Mino et al., 2006). Este tipo de ajuda na gestão emocional é, portanto, crucial porque permite a adaptação às exigências ambientais. Ademais, estas exigências condicionam de tal forma a vida das pessoas que o seu percurso diário só é facilitado se adquirirem estratégias de *coping* eficazes (Pais et al., 2020). Com o surgimento da pandemia e à medida que esta progride, foram verificadas alterações no estado mental que se podem exteriorizar em problemas neuropsicológicos consideráveis, nomeadamente, depressão, ansiedade e stress, que tendem a aumentar, isto devido ao medo inerente de contrair a doença (coronafobia) e aos confinamentos que desta advêm fazendo-nos caminhar para uma iminente crise de saúde mental (Asmundson & Taylor, 2020; Brooks et al., 2020; Tandon, 2020; Torales et al., 2020; Salari et al., 2020). Concomitantemente, o isolamento e, nalguns casos, internamento de pessoas infetadas bem como os sintomas pós-COVID-19 podem culminar igualmente em instabilidade psicológica (Bo et al., 2021). Com efeito, durante o contexto pandémico, uma equipa de investigadores concluiu, através de uma meta-análise, que no decorrer de 5 estudos com uma amostra de 9074 participantes o nível de prevalência de stress atingiu os 29,6%. Ademais, com base em 17 estudos com uma amostra transversal de 63,439 pessoas, 31,9% revelaram ter ansiedade. Nessa mesma vertente, 14 estudos que procuraram entender qual a prevalência de depressão nos/as participantes perceberam que dos 44,531 elementos, 33,7% padeciam desta perturbação. Através destes dados concluiu-se que o contexto pandémico se tornou não só uma preocupação da saúde pública a um nível físico, mas também culminou num aumento significativo de perturbações psicológicas (Salari et al., 2020). Um estudo com 1059 participantes explorou o conceito de solidão como fator de risco da depressão e ansiedade através dos instrumentos PHQ-9 e GAD-7. Efetivamente, este concluiu que existe uma relação entre estas variáveis, datando que pessoas com altos níveis de solidão podem estar 82% mais vulneráveis a

padecer de depressão, ansiedade ou ambos (Palgi et al., 2020). Não é novidade que a pandemia, entre isolamentos e confinamentos aumentou exponencialmente a solidão na população que tende a culminar, sem as corretas estratégias de *coping*, em situações precárias que podem exacerbar conceitos como a violência doméstica. Assim, e revertendo para os/as técnicos/as, a gestão emocional tornou-se um desafio acrescido com a introdução da pandemia (não obstante esta ter uma função fundamental na sua intervenção) sendo que a mesma obrigou a uma adaptação repentina e constante do trabalho destes profissionais, bem como a resolução de complicações novas resultadas das exigências que estão em constante mudança (Holmes et al., 2020; Moreno et al., 2020).

2.4. Estratégias de *Coping* e Autocuidado

Na execução das funções como profissionais da área de violência doméstica, é relativamente fácil perder o controlo da situação, algo que se traduz em sofrimento, primariamente emocional. É, portanto, essencial descobrir estratégias e condições que colmatem a perda deste controlo. Assim, a promoção de condições de autocuidado emocional pode mitigar os efeitos negativos desta resposta, proporcionando fatores protetores para estes/as profissionais (Brown et al., 2017; Morales, 2020). Um estudo de Morales e seus colaboradores (2020) revelou que os/as próprios/as estudantes de psicologia não têm noções claras e informação sobre autocuidado e estratégias de *coping* adaptativas, iluminando este problema e sublinhando a importância de ampliar o conhecimento a respeito desta temática, permitindo, assim, implementar estratégias de *coping* adaptativas e autocuidado no nosso quotidiano. Efetivamente, numa revisão sistemática de Labrague e os/as seus/suas colaboradores/as (2018), estes/as revelaram que a utilização de estratégias de coping positivas são essenciais para a gestão do stress. Estratégias como o exercício físico, grupos de apoio, práticas religiosas ou espirituais

reduzem o stress psicológico, promovendo o controlo e estabilidade emocional (Shechter et al., 2020). Ter a noção da possibilidade de controlo e estabilidade emocional para a gestão do stress através destes métodos é crucial principalmente com o surgimento da COVID-19, que culminou numa pandemia sem precedentes.

Efetivamente, a pandemia permite o desencadeamento de estratégias de enfrentamento eficientes na luta aos efeitos adversos desta, que traduz uma oportunidade para desenvolver os cuidados de saúde mental para a população (Moreno et al., 2020; Santos et al., 2018). Estas estratégias de coping, estão relacionadas com níveis inferiores de depressão e ansiedade, atuando, na linha de pensamento do acima descrito, como fatores protetores (Scorsolini-Comin et al., 2021). Estas estratégias, num estudo realizado em enfermeiras, culminaram numa espiral de criação de mais estratégias de *coping* e permitiram uma maior capacidade de solucionar problemas reduzindo a fadiga por compaixão (Al Barmawi et al., 2019).

Rourke (2007) desenvolveu um estudo com o propósito de analisar os níveis de fadiga por compaixão em prestadores/as de cuidados paliativos, no qual concluiu que profissionais que trabalham há mais tempo na área têm maior capacidade de gerir e proteger-se contra a fadiga por compaixão, por consequência do desenvolvimento da satisfação por compaixão.

Na mesma linha de raciocínio, Fonseca (2017) concluiu que o tempo de atuação está associado aos níveis de fadiga por compaixão presentes nos/as profissionais que atuam na área da saúde, isto é, enfermeiros/as com maior tempo de experiência profissional revelam níveis de fadiga por compaixão superiores.

Neste âmbito, um estudo desenvolvido por Capelo e Pocinho (2016), com o objetivo de estudar fatores que viabilizem equilibrar o impacto de stressores laborais num grupo profissional de saúde – grupo exposto a um contexto laboral de alto risco físico e

psicológico - concluiu que a antiguidade na função possui uma estreita ligação com o desenvolvimento de um número de estratégias de *coping* mais significativo.

2.5. O Impacto da Pandemia na Saúde Mental dos Profissionais que Trabalham na Área da Violência Doméstica

A pandemia foi um fator exacerbante da violência doméstica, como muitos outros períodos de crise o foram, nomeadamente a grande recessão dos Estados Unidos e a crise de dívida da Europa, devido, principalmente, a ambientes de stress e instabilidade económica. Relativamente à pandemia, o confinamento, acesso limitado a serviços sociais e outros apoios agravaram o risco de violência doméstica (Kourti et al., 2021). Dito isto, com o aparecimento do novo coronavírus, e subsequente situação pandémica, cidades por todo o mundo notaram um aumento significativo de procura de apoios a nível social, em especial indivíduos em situações já precárias em tempos pré-pandémicos (Bettinger-Lopes & Bro, 2020). Efetivamente, um estudo realizado na Suécia, no qual foram entrevistados/as profissionais que trabalham nesta área, concluiu que, 8 dos/as 14 participantes verificaram um aumento do número de pessoas que os abordaram em procura de assistência (Petersson & Hansson, 2022). Ademais, um dos participantes adiantou que um dos maiores desafios no decorrer da pandemia, que levou a situações caóticas no serviço público, foi um aumento inesperado de pedidos de abrigo, outros, assentam a problemática nas restrições impostas, tornando, não só o seu trabalho, como a sobrecarga laboral particularmente desafiantes (Petersson & Hansson, 2022). Ainda, muitos/as dos/as intervenientes no estudo confessaram a violência suportada por, especificamente, mulheres e crianças em tempos de pandemia, foi significativamente mais grave (Petersson & Hansson, 2022). O estudo ainda refere que, como modo de adaptação à nova realidade, alguns dos organismos que gerem problemas de violência doméstica foram financiados, de forma a preencher as necessidades dos/as cidadãos/ãs

(Government Offices of Sweden, 2020). Dois participantes revelam que houve uma melhoria de acessibilidade e visibilidade dos meios digitais, também como modo de atenuar as consequências, ou futuras consequências da pandemia. Apesar destas compensações para compensar a problemática, os/as profissionais que trabalham na área de violência doméstica também aumentaram a sua carga horária (Petersson & Hansson, 2022). O trabalho, principalmente em excesso, numa área que tem implicações inerentes como gestão emocional, empatia e autocontrolo, em contexto pandémico, pode ter implicações na saúde mental dos/as seus/suas profissionais (Goleman, 2012b; Joshi & Sharma, 2020; Ryan & Deci, 2001).

Com o aparecimento da COVID-19, o isolamento social tornou-se uma medida obrigatória para o controlo da propagação da doença, contudo, existe um impacto psicossocial associado à necessidade de manter o distanciamento físico (Cruz, 2020). Nesta pandemia, os/as trabalhadores/as de saúde estão sujeitos/as a uma carga de stress superior ao normal (Franza, 2020). O estado de pandemia não só agravou a exposição dos/as trabalhadores/as de saúde a situações de ansiedade, carga de trabalho maiores e a fadiga por compaixão (Franza, 2015) como também os/as colocou numa situação precária onde é necessário gerir situações traumáticas e complexas. Efetivamente, os dados apontam, mesmo com uma maior dificuldade de denunciar estas situações, para um aumento de casos de violência doméstica em contexto pandémico, isto derivado de fatores de risco como o desemprego, aumento de stress, insegurança económica e incapacidade de desenvolver estratégias de *coping* adaptativas (Bradbury-Jones & Isham, 2020; Piquero et al., 2021).

Ademais, a literatura comprova que os/as profissionais que tratam pacientes com COVID-19 apresentam um elevado nível de fadiga por compaixão e *burnout* (Lai, et al., 2020; Ruiz-Fernández et al., 2020). Adicionalmente, estudos apontam que existe uma

correlação negativa entre fadiga por compaixão e fatores protetores como, por exemplo, *mindfulness* (Brown et al., 2017).

Relativamente ao apoio psicológico, este também foi significativamente afetado pelas restrições de mobilidade e imposições de confinamento. Nesse sentido, as consultas passaram de uma interação face-a-face para um acompanhamento por via remota, algo que constitui um problema para consumir as sessões previamente planeadas, ou por má conexão ou pela dificuldade de fazer relatórios. Os resultados destes entraves levam a sentimentos de impotência e percepção de ineficiência terapêutica. Como consequência, isto pode levar a distress e futura manifestação de *burnout* (Joshi & Sharma, 2020). É, também, nestas situações que se torna possível desenvolver, por exemplo, fadiga por compaixão, que põe em causa a saúde mental dos/as trabalhadores/as (Ruiz-Fernández et al., 2020).

Dito isto, a pandemia por COVID-19 veio agravar as complicações ao nível da depressão, ansiedade, fadiga por compaixão e stress, testando assim a gestão emocional destes/as profissionais. Em conformidade com esta nova realidade, seria benéfico alertar os/as técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica para os crescentes riscos de desenvolver alguma destas perturbações impostos pela pandemia, subscrevendo a necessidade de se estar atento a sinais de stress e incentivando-os/as a desenvolver estratégias de *coping* e autocuidado.

Com o objetivo de compreender o impacto de trabalhar com pessoas vítimas de violência doméstica em Portugal, bem como a influência da antiguidade na função neste impacto, este estudo recorre a profissionais da área para investigar se, dada a exposição a indivíduos que experienciaram traumas, sobretudo no período de pandemia por COVID-19, estes/as técnicos/as estão mais propensos/as de padecer de fadiga por compaixão e ansiedade (Figley & Kleber, 1995; Prior & Fonte, 2019). Assim, e mais

concretamente, tenciona-se avaliar a fadiga por compaixão, a depressão e a ansiedade, bem como relacioná-las com o tempo de serviço prestado na área, mas também identificar as estratégias de *coping* e as estratégias de autocuidado existentes. Procura-se, então, responder às seguintes questões:

Q1: Existe uma associação das estratégias de *coping* com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as profissionais que atuam na área de violência doméstica?

Q2: Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as profissionais que atuam na área de violência doméstica mediante a antiguidade na função?

Q3: Existem diferenças no desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado mediante a antiguidade na função?

3. Método

3.1. Participantes

Os/as participantes são 251 profissionais que atuam na área da violência doméstica, dos/as quais 98 são TAV (39%), 126 técnicos da CPCJ (50.2%) e 27 exercem ambas as funções (10.8%). A totalidade dos/as participantes encontram-se a exercer funções em Portugal e não apresentam patologias associadas (critérios de inclusão). A amostra é, assim, composta por um total de 229 participantes do género feminino (91.2%) e 22 do género masculino (8.8%), com idades compreendidas entre os 22 e 68 anos ($M = 41.74$, $DP = 9.773$). No que concerne às habilitações literárias/académicas, a amostra inclui participantes com doutoramento (0.4%), pós-graduação (15.9%), mestrado (36.7%), licenciatura (45.8%) e bacharelato (1.2%). No que se refere ao tempo de antiguidade na função, 32 participantes encontram-se a exercer há menos de 1 ano

(12.7%), 48 entre 1 a 3 (19.1%), 47 entre 3 a 5 (18.7%), 51 entre 5 a 10 (29.1%) e 73 há mais de 10 anos (29.1%).

3.2. Instrumentos

3.2.1. Ficha Sociodemográfica

Com o propósito de realizar um levantamento sociodemográfico dos/as participantes, foi desenvolvida uma ficha sociodemográfica que inclui atributos como idade, sexo, habilitações literárias, área de formação e antiguidade na função, através de campos de preenchimento livre. De forma a incluir a antiguidade na função dos participantes como variável do estudo foi incluída uma questão aberta que permitiu aferir o tempo, em anos, há que os mesmos se encontram a trabalhar com vítimas de violência doméstica. A variável “antiguidade na função” nasce do desenvolvimento de dois grupos: (1) 1 a 3 anos de serviço é equivalente a menor antiguidade; (2) 4 ou mais anos de serviço traduz maior antiguidade.

3.2.2. ProQOL5 (Escala de Qualidade de Vida Profissional)

Com o propósito de analisar os efeitos negativos e positivos de atuar junto de indivíduos que foram expostos a sofrimento e traumas em profissionais prestadores de auxílio, bem como aferir os fatores da Fadiga por Compaixão e os seus efeitos na qualidade de vida no trabalho, Stamm (2009) desenvolveu a Escala de Qualidade de Vida Profissional – Versão 5 (ProQOL5). Este instrumento de autorrelato, composto por um total de 30 itens ($\alpha = .870$), está organizado em três subescalas (10 itens por fator): Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Stress Traumático Secundário, as quais compõem o conceito de Fadiga por Compaixão (*e.g.*, Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho, porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo). Os/as participantes são, assim, instruídos a responder em concordância com a frequência que experienciam determinadas situações e sentimentos no decorrer da

atividade laboral, através de uma escala de tipo Likert (1= nunca a 5= muito frequentemente) (Hundall, 2009). O cálculo das respostas para cada subescala pode ser entendido como baixo (cotação for menor ou igual a 22), médio (cotação entre 23 e 41) ou alto (cotação superior ou igual a 42) (Torres et al., 2019).

3.2.3. *Brief Cope*

O Brief Cope é instrumento de medida de autoavaliação, desenvolvido por Carver em 1997. A versão portuguesa foi validada por Pais Ribeiro e Rita Morais no ano de 2010. Composto por um total de 28 itens ($\alpha = .864$), este inventário avalia estilos e estratégias de *coping*, através de uma escala tipo Likert, que varia entre 0 (nunca faço isto) e 3 (faço sempre isto) (e.g., tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer). Os itens estão incorporados em 14 dimensões, descritos de seguida: *coping* ativo, planejar, reinterpretação positiva, aceitação, humor, religião, utilização de suporte emocional, autculpabilização, utilização do suporte instrumental, desinvestimento comportamental, autodistração, negação, expressão dos sentimentos e uso de substâncias (Ribeiro & Morais, 2010).

3.2.4. *PHQ9 (Questionário sobre a Saúde do Paciente – 9)*

O questionário PHQ9, criado por Spitzer, Williams, Kroenke e colaboradores. É composto por um total de 9 itens ($\alpha = .843$), aplicado num contexto de atenção primária com o intuito de rastrear a presença e gravidade de depressão (e.g., “tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas”). Os itens são avaliados numa escala tipo Likert (0=Nunca e 3= Em quase todos os dias, sendo que os resultados sugerem vários níveis de depressão, variando a pontuação entre 0 a 27 (Kroenke et al., 2001).

3.2.5. *GAD7 (General Anxiety Disorder – 7)*

Spitzer, Janet, Kurt e colaboradores desenvolveram o questionário GAD7. Este tem como objetivo, através da medição da ansiedade como variável, analisar a intensidade

da mesma. Assim, pode ser utilizado como um questionário de rastreio da Perturbação da Ansiedade Generalizada. Para tal, utiliza 7 itens ($\alpha = .915$) (e.g., senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a.), avaliados numa escala tipo Likert (0=Nunca e 3=Em quase todos os dias) (Spitzer et al, 2006).

3.2.6. EACAC (*Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado*)

A escala EACAC é um instrumento desenvolvido por Alves, Fonseca, Araújo e colaboradores, com o propósito de avaliar as capacidades de autocuidado. Para isso utiliza 18 itens ($\alpha = .908$) (e.g., mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente, consigo cuidar-me como gostaria), avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1=Discordo Totalmente e 5=Concordo totalmente). Os resultados são interpretados da seguinte forma: quanto maior for a pontuação final, melhores serão as capacidades de autocuidado do/a participante (Silva & Domingues, 2017).

3.3. Procedimento

O presente estudo, de cariz quantitativo, foi primeiramente aprovado pelo Conselho de Ética e Deontologia da Universidade da Maia. Os procedimentos de recolha e de análise de dados foram desenvolvidos de acordo com o pré-estabelecido no projeto, tendo os dados sido recolhidos *online* entre março e junho de 2022. Com objetivo de alcançar o maior número de participantes foi solicitada a divulgação pela CIG à Rede Nacional RNAVVD. Previamente, foi enviado um e-mail com o propósito de encaminhar a informação sobre o estudo, bem como o *link* para o levantamento do consentimento informado. Este englobava a pertinência do estudo, objetivos, procedimentos, voluntariedade de participação, confidencialidade dos dados e anonimidade, possibilidade de desistência de participação, contactos dos/as investigadores/as e foco temporal do estudo. Relativamente à análise dos dados, em virtude de o vigente estudo ser de cariz quantitativo, utilizou-se o programa estatístico *IBM Statistical Package for*

the Social Sciences (SPSS 26.0). Em primeiro lugar, procedeu-se ao cálculo da estatística descritiva de cada uma das variáveis e, posteriormente, foram analisados os pressupostos da normalidade das mesmas. De seguida, realizaram-se os testes das questões: dois Testes t para Amostras Independentes, de forma a verificar a existência de diferenças entre a ansiedade, depressão e fadiga por compaixão, bem como estratégias de *coping* e autocuidado consoante a antiguidade na função; e uma análise do Coeficiente de Correlação de Pearson com o intuito de avaliar a associação entre as estratégias de *coping* com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão.

4. Resultados

4.1. Análises Preliminares

Com o intuito de se verificarem os pressupostos da normalidade foram, precedentemente, analisadas a assimetria (skewness) e a curtose (kurtosis) das variáveis. Conforme descrito na Tabela 1, conclui-se que a Fadiga por Compaixão, as Estratégias de *Coping*, a Depressão, as Capacidades de Autocuidado e a Ansiedade não revelam sérios desvios à normalidade, dado que os valores dos coeficientes de assimetria e curtose são inferiores a $|3|$ e $|10|$ (Tabela 1).

Adicionalmente, através da média, mínimos e máximos das variáveis deteta-se que se utilizam poucas estratégias e estilos de *coping* (mínimo – 0,11; máximo – 2,29; média – 1,18), ao contrário das estratégias de autocuidado (mínimo – 2,28; máximo – 5,00; média – 3,97) que apresentam mais uso. Para além disso, existem níveis elevados de fadiga por compaixão (mínimo – 2,52; máximo – 4,72; média – 3,71), mas níveis reduzidos de depressão e ansiedade com um mínimo de 0,00, máximo de 2,56 e média de 0,61 e mínimo 0,00, máximo 2,86 e média 0,79 respetivamente (Tabela 1).

Tabela 1

Mínimo, Máximo, Média, desvio-padrão, assimetria e curtose das variáveis

Variáveis	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Assimetria	Curtose
Fadiga por Compaixão	251	2,52	4,72	3.71 (0.40)	-0.116	-0.005
Estilos e Estratégias de <i>Coping</i>	251	0,11	2,29	1.18 (0.35)	0.062	0.517
Depressão	251	0,00	2,56	0.61 (0.46)	1.095	1.437
Capacidades de Autocuidado	251	2,28	5,00	3.97 (0.55)	-0.301	-0.139
Ansiedade	251	0,00	2,86	0.79 (0.60)	1.242	1.802

4.2. Análise das Questões de Investigação

4.2.1. Existe uma associação das estratégias de *coping* com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as profissionais que atuam na área de violência doméstica?

A Questão 1 tem como objetivo avaliar se existe uma associação entre as estratégias de *coping* com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos profissionais que atuam na área de violência doméstica. Para tal, procedeu-se à realização de uma análise do Coeficiente de Correlação de Pearson, segundo a qual os resultados mostram que a ansiedade está positivamente associada às estratégias de *coping*, $r(251) = .22$, $p = .001$, assim como a depressão, $r(251) = .13$, $p = .037$. Embora ambas as correlações sejam baixas (≤ 0.30), conclui-se que quanto maiores os níveis de ansiedade

e depressão, mais estratégias de *coping* e vice-versa. Contrariamente, não existe uma associação entre as estratégias de *coping* e os níveis de fadiga por compaixão sentidos por estes/as profissionais (Tabela 2).

Tabela 2

Coeficiente de Correlação de Pearson entre as estratégias de coping com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão

	Estratégias de Coping	Ansiedade	Depressão	Fadiga por Compaixão
Estratégias de Coping	1	,215**	,132*	-,014

Notas. **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

4.2.2. Existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as profissionais que atuam na área de violência doméstica mediante a antiguidade na função?

Na Questão 2 pretende-se analisar se existem diferenças nos níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as profissionais que atuam na área de violência doméstica mediante a antiguidade na função. Neste sentido, procedeu-se à execução de um Teste t para Amostras Independentes, segundo o qual os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão destes/as profissionais consoante a sua antiguidade na função, $t(251) = -.415$, $p = .678$. Desta forma, conclui-se que tanto os/as profissionais com menos antiguidade ($M = .60$, $DP = .41$), como os/ trabalhadores/as com mais ($M = .62$, $DP = .51$) revelam níveis de depressão semelhantes. Relativamente aos níveis de ansiedade, conclui-se, igualmente, que não existem diferenças estatisticamente significativas mediante o tempo de atuação na área, $t(251) = .127$, $p = .899$. Assim, trabalhadores/as mais recentes na função ($M = .79$, $DP = .54$) e mais antigos/as ($M = .78$, $DP = .66$) revelam níveis de ansiedade equivalentes. Tal

também se concluiu nos níveis de fadiga por compaixão em função da antiguidade dos/as profissionais [$t(251) = .872$, $p = .384$], onde os/as mais novos/as no cargo ($M = 3.74$, $DP = .38$) e os/as mais antigos/as ($M = 3.69$, $DP = .42$) apresentam níveis de fadiga por compaixão idênticos.

4.2.3. Existem diferenças no desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado mediante a antiguidade na função?

Para se testar a Questão 3, que pretende avaliar se existem diferenças no desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado mediante a antiguidade na função, foi utilizado um Teste t para Amostras Independentes. Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas no desenvolvimento de estratégias de *coping* consoante a antiguidade na função, $t(251) = 1.683$, $p = .094$. Desta forma, conclui-se que os/as profissionais mais recente na área ($M = 1.22$, $DP = .37$) e os mais antigos ($M = 1.15$, $DP = .31$) demonstram estratégias de *coping* semelhantes. Similarmente, no que concerne às estratégias de autocuidado, depreende-se que não existem diferenças estatisticamente significativas mediante a sua antiguidade na função, $t(251) = 1.088$, $p = .139$. Assim, tanto trabalhadores mais recentes ($M = 4.01$, $DP = .48$), como mais antigos/as ($M = 3.94$, $DP = .60$) apresentam estratégias de autocuidado equivalentes.

5. Discussão

Com esta investigação procurou-se, a partir dos dados recolhidos, avaliar os níveis de depressão, ansiedade e fadiga por compaixão presentes nos/as profissionais que atuam na área da violência doméstica, bem como compreender em que medida as estratégias de *coping* se associam a estas variáveis. Para além disso, utilizou-se a variável “antiguidade

na função” com o propósito de compreender a sua influência no desenvolvimento de estratégias de autocuidado e estratégias de *coping*.

Através da análise dos resultados da primeira questão – “Existe uma associação das estratégias de *coping* com os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as profissionais que atuam na área de violência doméstica” –, é possível concluir que quanto maiores os níveis de ansiedade e depressão, mais estratégias de *coping* os/as profissionais tendem a desenvolver e vice-versa. Tal pode advir do contexto adverso a que estes/as profissionais estão quotidianamente expostos, sendo reconhecido pela literatura que o trabalho com vítimas de violência doméstica pode gerar instabilidade emocional, o que ressalta a necessidade destes desenvolverem estratégias de *coping* para lidar de forma mais otimizada com este ambiente (Canfield, 2005; Franza et al., 2020; Goleman, 2012; Joshi & Sharma, 2020; McKim & Smith-Adcock, 2014). Neste sentido, os resultados revelam que existe uma espiral entre o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a sintomatologia ansiosa e depressiva. Isto é, a frustração da não resolução desses sintomas leva ao desenvolvimento de mais estratégias. Adicionalmente, existe a perceção individual, influenciada pelo contexto. Por outras palavras, há situações que podem ser percecionadas individualmente como mais graves. Nem todos/as os/as profissionais detêm os mesmos mecanismos que por si só são suficientes para baixar a sintomatologia, ou seja, as estratégias não são adaptativas o suficiente para impedir o desenvolvimento de sintomas, nomeadamente ansiedade e depressão, culminando num aumento das estratégias de *coping*. Dada esta causalidade, seria importante investir noutros tipos de apoios para fornecer as ferramentas necessárias para os/as profissionais lidarem com esta instabilidade emocional.

Prosseguindo para a segunda questão – “Existe uma associação entre a antiguidade na função e os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos/as

profissionais que atuam na área de violência doméstica?” -, os resultados revelam que não existem diferenças significativas entre a antiguidade na função e os níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão. Porém, através da análise das médias, pode concluir-se que os maiores níveis de depressão, estão presentes em profissionais com maior antiguidade na função, sendo nos/as profissionais mais recentes que estão presentes os maiores níveis de ansiedade e fadiga por compaixão. Tal não corrobora o defendido por Fonseca (2017) e Rourke (2007), que sugerem que maiores níveis de fadiga por compaixão estão associados a um maior tempo de experiência profissional. O facto de os/as profissionais mais antigos apresentarem níveis mais elevados de depressão pode derivar da prolongada exposição a situações de sofrimento e violência, que com o passar dos anos pode culminar na acumulação de angústias e cansaço emocional, desenvolvendo sintomatologia depressiva. Por outro lado, e relativamente às pessoas que se encontram a trabalhar há menos tempo na área, como estão a iniciar têm outra capacidade de perceber, adaptar e lidar com os episódios de dor a que estão expostos. Para os/as profissionais mais antigos/as, há um concentrar de árduos casos, comparativamente aos/às técnicos/as que trabalham há menos tempo. Assim, estes/as não estão tão acomodados como os que se encontram a trabalhar há mais tempo. Em oposição, a falta de acomodação e a adaptação necessária por parte dos/as trabalhadores mais recentes pode justificar uma certa ansiedade inicial. Ademais, a maior fadiga por compaixão entre pessoas que começaram a trabalhar mais recentemente nesta área pode fazer sentido se ainda não tiveram oportunidade de se dessensibilizarem de situações mais sensíveis.

Contrariamente ao defendido por Capelo e Pocinho (2016), que verificaram a relação do tempo de atuação com o desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado, os resultados da última questão – “Existem diferenças no desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado mediante a

antiguidade na função?” – apontam que não existem diferenças significativas entre as estratégias de *coping* e as estratégias de autocuidado consoante a antiguidade na função. Porém, através da análise das médias foi possível verificar que é no grupo de profissionais com uma antiguidade na função mais reduzida que estão presentes mais estratégias deste tipo. Tal vai ao encontro dos resultados da questão dois, onde revelam que os/as profissionais mais recentes apresentam níveis mais reduzidos de depressão, denotando-se que as estratégias utilizadas permitem a estes lidar de uma forma mais otimizada com a sintomatologia depressiva.

Para finalizar, os resultados estão encadeados entre si, mostrando que profissionais com menos de 4 anos de atuação na área apresentam um maior número de estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado, que lhes permitem lidar de um modo mais positivo com sintomas depressivos, verificado na questão dois. Adicionalmente, como os maiores níveis de depressão se encontram em profissionais com maior tempo de atuação, superior a 4 anos, evidenciam o quão a exposição ao seu ambiente laboral pode ser pejorativa a nível mental. Tal ressalta a importância do desenvolvimento de estratégias de *coping* e estratégias autocuidado adaptativas a este contexto profissional, para evitar um ciclo entre as variáveis estudadas, como podemos concluir nos resultados da primeira questão.

6. Conclusão

Através da análise das médias dos dados recolhidos para a vigente investigação, foi possível concluir que, apesar de não existirem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e fadiga por compaixão dos profissionais que atuam na área de violência doméstica, consoante a antiguidade na função, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e autocuidado é superior em trabalhadores com um menor grau de antiguidade. Ainda assim, os níveis de ansiedade e fadiga por compaixão são superiores neste grupo,

sendo nos/as profissionais mais antigos que estão visíveis maiores níveis de depressão. Adicionalmente, verificou-se uma associação positiva entre as estratégias de *coping* e os níveis de ansiedade e depressão deste grupo profissional, o que salienta a necessidade dos mesmos desenvolverem estratégias adaptativas para lidar com tal sintomatologia, isto é, a necessidade de desenvolver diferentes e variadas estratégias pode ser consequência do mal-estar psicológico desencadeado por estas perturbações, tornando-se num processo cumulativo.

O trabalho com vítimas de violência doméstica é um trabalho inerentemente complexo e árduo, que cria instabilidade emocional pela natureza de prestar apoio a pessoas que se encontram em situações precárias, pautadas por sofrimento. Esta dificuldade foi exacerbada no contexto pandémico, o qual implicou que estes/as profissionais adaptassem os seus métodos de trabalho e desenvolvessem novas estratégias de apoio para as vítimas de violência doméstica. Abdicar do apoio face-a-face em troca de meios remotos, nomeadamente o telemóvel, foi uma das adaptações implementadas. Apesar destas mudanças, torna-se difícil realizar julgamentos sobre o impacto da pandemia nesta área de atuação, sendo que existe alguma divergência da sua influência entre os/as próprios profissionais, pois enumeram tanto aspetos positivos, como negativos da mesma.

Independentemente, este estudo veio reforçar a importância de desenvolver e aplicar medidas laborais favoráveis que visem reduzir o desgaste, angústias e cansaço emocional destes/as trabalhadores/as. Estas diligências irão, assim, permitir atenuar estes problemas e sintomatologia em pessoas que trabalham com vítimas de violência doméstica há mais tempo, como também prevenir o seu desenvolvimento em profissionais com menor antiguidade na função. Além disso, medidas protetoras e fortes ao nível da integração de novos elementos de equipa, resultando numa melhor e mais fácil

acomodação e adaptação destes novos membros, pode colmatar a ansiedade sentida, limitando-a.

Por fim, propõe-se a intensificação da investigação nesta matéria. Sugere-se, para além disso, que se elaborem estudos que abordem o papel da variável “idade” nas estratégias de *coping* e estratégias de autocuidado destes indivíduos, bem como explorem de que modo este fator pode impactar os níveis de depressão, ansiedade e fadiga por compaixão em técnicos/as que trabalham na área de violência doméstica. Tal sugestão advém da disparidade que pode existir entre a antiguidade na função e idade dos profissionais. Adicionalmente, seria interessante compreender, em estudos futuros, que tipo de estratégias são mais utilizadas, com o intuito de desenvolver um guia de autocuidado, que por sua vez mitigue a sintomatologia e permita uma maior adaptação destes/as profissionais a uma rotina laboral de constante contacto com sofrimento.

7. Referências Bibliográficas

- Al Barmawi, A., Subih, M., Salameh, O., Sayyah, N., Shoqirat, N., & Abdel-Azeez, R. (2019). Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain and behavior*, 9(4). <https://doi.org/10.1002/brb3.1264>
- Alhabib, S., Nur, U., & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of family violence*, 25(4), 369-382. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9298-4>
- Anesthesiol, J. (2021). Burnout durante a pandemia de COVID-19: tempo para reflexão. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71(5), 5-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2020.10.017>
- Antoniolli, L., Echevarría-Guanilo, M. E., Rosso, L. H. D., Fuculo Junior, P. R. B., Dal Pai, D., & Scapin, S. (2018). Estratégias de coping da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102-196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012a). *Apoio à vítima*. <https://apav.pt/vd/index.php/apoio-a-vitima>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021b). *Caracterização da violência contra as mulheres e violência doméstica em tempos de pandemia*. Webinar de Apresentação de Resultados. <https://www.youtube.com/watch?v=vlBPbgfJ-KQ> [Google Scholar]
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021a). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2021*. https://www.apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2022a). GAV – o que são. https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/gav/o-que-sao
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2022b). Quem somos. https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/a-apav/quem-somos
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012b). *Violência doméstica*. <https://apav.pt/vd/index.php/features2>
- Barbosa, C., Souza, S., & Moreira, S. (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.
- Barros, A. J. S., Rosa, R. G., & Eizirik, C. L. (2014). Countertransference reactions aroused by sex crimes in a forensic psychiatric environment. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(4), 363-368. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.951106>
- Bettinger-Lopez, C., & Bro, A. (2020). A double pandemic: Domestic violence in the age of Covid-19. *Council on Foreign Relations*, 13.
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 51(6), 1052-1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Boserup, B., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(12), 2753–2755. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>
- Caroline, B. J., & Louise, I. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jocn.15296>

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, J. L. C., Ong, J., Mathers, J. M., & Decker, J. T. (2017). Compassion fatigue and mindfulness: Comparing mental health professionals and MSW student interns. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 119-130. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1302859b>
- Bush, N. J. (2009). Compassion Fatigue: Are You at Risk? *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 24–28. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.24-28>
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81–101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06
- Capelo, R., & Pocinho, M. (2016). Estratégias de coping: contributos para a diminuição do stresse docente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(2), 282-294. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170213>
- Capinha, M., Guinote, H., & Rijo, D. (2021). Intimate partner violence reports during the COVID-19 pandemic first year in Portuguese urban areas: A brief report. *Journal of family violence*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00332-y>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (s.d.a) CPCJ. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (s.d.b) CPCJ – O que são. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/o-que-sao>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (s.d.c)

CPCJ – Pressupostos de Atuação. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/pressupostos-de-atuacao>

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2017). *Referencial de Formação.*

<https://www.cig.gov.pt/area-pt2020/informacao-para-entidades-beneficiarias/referenciais-de-formacao/>

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2019). *Rede Nacional De Apoio Às*

Vítimas de Violência Doméstica. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/Rede-Nacional-de-Apoio-%C3%A0s-Vitimas-de-violencia-dom%C3%A9stica.pdf>

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2021a). *Enquadramento.*

<https://www.cig.gov.pt/area-a-cig/enquadramento/>

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2021b). *Missão, Visão e Valores.*

<https://www.cig.gov.pt/area-a-cig/missao/>

Cruz, N., Souza, E., Sampaio, C., Santos, A., Chaves, S., Hora, R., Souza, R., & Santos,

J. (2020). Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. *APS em revista*, 2(2), 97-105. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.94>

Dutton, D. G. (2011). *Rethinking domestic violence.* Ubc Press.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *Psychology Press*, 23.

Figley, C. R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the “victim”. In *Beyond trauma* (pp. 75-98). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9421-2_5

- Fonseca, C. (2017). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência hospitalar [Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/21098>
- Franza, F., Del Buono, G., & Pellegrino, F. (2015). Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatria Danubina*, 27(Suppl 1), 321-327.
- Franza, F., Pellegrino, F., Del Buono, G., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). Compassion fatigue, burnout and hopelessness of the health workers in COVID-19 pandemic emergency. *Eur. Neuropsychopharmacol*, 40, S476-S477.
- Goleman, D. (2012a). *Inteligência emocional*. Temas e Debates-Círculo de Leitores, 17.
- Goleman, D. (2012b). *O cérebro e a inteligência emocional: novas perspectivas*. Objetiva.
- Government Offices of Sweden. (2020). *Pressmeddelande från Arbetsmarknadsdepartementet*. Retrieved March 15, 2021, from <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/04/socialstyrelsen-fordelar-100-miljoner-kronor-till-ideella-organisationer-for-att-mota-okad-utsatthet-med-anledning-av-coronaviruset/>
- Holmes, A., O'Connor, C., Perry, H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, K., Shafran, R., Sweeney, A., Yardley, L., Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Huggard, P., Law, J., & Newcombe, D. (2017). A systematic review exploring the presence of vicarious trauma, compassion fatigue, and secondary traumatic stress

- in alcohol and other drug clinicians. *Australasian Journal of Disaster & Trauma Studies*, 21(2).
- Hundall Stamm, B. (2009). Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL).
- Javed, S., & Mehmood, Y. (2020). No lockdown for domestic violence during COVID-19: A systematic review for the implication of mental-well being. *Life and Science*, 1(supplement), 6-6. <https://doi.org/10.37185/LnS.1.1.169>
- Jones-Schenk, J. (2020). Hope as a generative force: Lifting our gaze to the future. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(5), 203-204. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200415-03>
- Jornal de Notícias. (2022, 4 de abril). *Registados 54 casos de violência doméstica por dia em Portugal*. <https://www.jn.pt/nacional/-registados-54-casos-de-violencia-domestica-por-dia-em-portugal-14740780.html>
- Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102300. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102300>
- Kourti, A., Stavridou, A., & Panagouli, E. (2021). Domestic Violence During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, violence, & abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380211038690>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Labrague, J., McEnroe-Petitte, M., De Los Santos, A., & Edet, B. (2018). Examining stress perceptions and coping strategies among Saudi nursing students: A

systematic review. *Nurse education today*, 65, 192-200.

<https://doi.org/10.0.3.248/j.nedt.2018.03.012>

Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18, 213-221.

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lang, K., & Hester, M. (2021) The Centrality of Relational Autonomy and Compassion Fatigue in the COVID-19 Era, *The American Journal of Bioethics*, 21(1), 84-86,

<https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1850914>

Limonero, J., Reverte, M., Gómez-Romero, M., & Gil-Moncayo, M. (2018). The role of emotions in palliative care. *Palliative Medicine and Hospice Care*, 4(1), 7-9.

<https://doi.org/10.17140/PMHCOJ-4-127>

Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3.

<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>

Manita, C., Ribeiro, C & Peixoto, C. (2009). Violência doméstica: Compreender para intervir: Guia de boas práticas para profissionais de saúde.

McKim, L. L., & Smith-Adcock, S. (2014). Trauma counsellors' quality of life. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 58-69.

<https://doi.org/10.1007/s10447-013-9190-z>

- Mino, Y., Babazono, A., Tsuda, T., & Yasuda, N. (2006). Can stress management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(3), 177-182. <https://doi.org/10.1159/000091775>
- Morales, A. Y. X., & de Chavac, M. I. C. (2020). El autocuidado emocional en la educación superior. Facultad de Humanidades, *Universidad de San Carlos de Guatemala* 3(1) 59-65. <https://doi.org/10.46734/revcientifica.v3i1.19>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, U., Byrne, L., Carr, S., Chen, H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- National Institute for Occupational Safety and Health (1998): *Stress at Work*. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/default.html>
- O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International emergency nursing*, 48, 100785. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.008>
- Pais, J., Costeira, B., Silva, M., & Moreira, B. (2020). Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20023>
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., & Hoffman, Y. (2020). The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19

outbreak. *Journal of affective disorders*, 275, 109.

<https://doi.org/10.0.3.248/j.jad.2020.06.036>

Petersson, C., & Hansson, K. (2022). Social Work Responses to Domestic Violence During the Covid-19 Pandemic: Experiences and Perspectives of Professionals at Women's Shelter in Sweden. *Clinical Social Work Journal*, 50(2), 135-146.

Piquero, R., Jennings, G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaul, M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101806.

Prior, I. & Fonte, C. (2019) A inteligência emocional como fator protetor do bem-estar e saúde mental em técnicos de apoio à vítima. *Miscellanea-APAV*, N°7, 15-21.

Sistema de Segurança Interna. 2020. *Relatório Anual de Segurança Interna*.

<https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDQ1NAUABR26oAUAAAA%3d>

Sistema de Segurança Interna. 2021. *Relatório Anual de Segurança Interna*.

<https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNLI0NgcAIUgtZwUAAAA%3d>

Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. *Serviço de Violência Familiar–Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*. <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>

Ribeiro, P., & Morais, R., (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente.

- Rourke, M. (2007). Compassion Fatigue in Pediatric Palliative Care Providers. *Pediatric Clinics of North America*, 54(5), 631-644. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.07.004>
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4321-4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Mohammadi, M., ... & Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human resources for health*, 18(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11.
- Santos, P. I., Saraiva, J. R., Mesquita, E., & Silva, M. (2020). O impacto da Covid-19 na saúde mental da população portuguesa.
- Scorsolini-Comin, F., Patias, N. D., Cozzer, A. J., Flores, P. A. W., & Hohendorff, J. V. (2021). Saúde mental e estratégias de coping em pós-graduandos na pandemia da

- COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5012.3491>
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, E., Ye, S., Agarwal, S., & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General hospital psychiatry*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>
- Silva, V., & Domingues, R. (2017). Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(4), 30-36.
- Spitzer, L., Kroenke, K., Williams, B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tandon, R. (2020). COVID-19 and mental health: Preserving humanity, maintaining sanity, and promoting health. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102256. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102256>
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5), 697-704.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Torres, J., Barbosa, H., Pereira, S., Cunha, F., Torres, S., Brito, M., & Silva, C. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psic., Saúde & Doenças*, 20(3), 670-681. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200310>

United Nations. (s.d.). *What is Domestic Abuse?*.

<https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>

Welchman, L. & Hossain, S. (eds.) (2005) *Honour: Crimes, Paradigms and Violence against Women*. Zed Books.

World Health Organization. (2020). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organization. (2022). *Coronavirus disease (COVID-19)*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Yllö, K. E., & Bograd, M. E. (1988). Feminist perspectives on wife abuse. In *National Conference for Family Violence Researchers, 2nd, 1984, U of New Hampshire, NH, US*. Sage Publications, Inc.