

Adaptação da Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP) para Portugal: Estudo Psicométrico numa Amostra de Psicólogos Clínicos

Adaptation of the Self-Care Assessment Scale for Psychologists (SCAP) for Portugal: Psychometric Study on a Sample of Clinical Psychologists

Ana Nunes da Silva¹, Maria João Afonso² e Teresa Reis³

Resumo

Na prática da psicologia clínica, é crescente a preocupação com o autocuidado do psicólogo. O presente estudo teve por objetivo proceder à adaptação e estudo psicométrico da medida de avaliação de autocuidado "Self-Care Assessment for Psychologists - SCAP" (Dorociak et al., 2017) em Portugal (Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos - EAAP). A tradução e adaptação transcultural seguiu-se de retroversão dos itens. Numa amostra de 87 psicólogos clínicos, o instrumento revelou boa consistência interna, adequado poder discriminativo dos itens e robusta validade fatorial, ao replicar a estrutura original de cinco fatores. O envolvimento em estratégias de autocuidado mostrou-se associado, como esperado, a níveis elevados de bem-estar psicológico e a níveis baixos de stresse percebido, confirmando a validade convergente das medidas. Encontraram-se em geral diferenças pouco expressivas, no autocuidado, no bem-estar psicológico e no stresse percebido, entre os psicólogos clínicos, em função das variáveis “experiência profissional” e “frequência da supervisão”.

Palavras-Chave: autocuidado, SCAP / EAAP, bem-estar psicológico, stresse percebido, psicólogo(a) clínico(a)

Abstract

In the practice of clinical psychology, there is growing concern about psychologists' self-care. The aim of this study was to adapt and carry out a psychometric study of the self-care assessment measure “Self-Care Assessment for Psychologists - SCAP” (Dorociak et al., 2017) in (“Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos – EAAP”). The translation and cross-cultural adaptation were followed by back-translation of the items. In a sample of 87 clinical psychologists, the instrument showed good internal consistency, adequate discriminative power of the items and robust factorial validity, by replicating the original five-factor structure. Involvement in self-care strategies was associated, as expected, with high levels of psychological well-being and low levels of perceived stress, confirming the convergent validity of the measures. In general, there were minor differences in self-care, psychological well-being and perceived stress among clinical psychologists, depending on the variables “professional experience” and “frequency of supervision”.

Keywords: self-care, SCAP - EAAP, psychological well-being, perceived stress, clinical psychologist

¹Doutorada, Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia, Alameda da Universidade. 1649-013 Lisboa. Tel: +351 939442906. E-mail: acsilva@psicologia.ulisboa.pt (Autora de correspondência)

²Doutorada, Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia, Alameda da Universidade. 1649-013 Lisboa. Tel: +351 967008149. E-mail: mjafonso@psicologia.ulisboa.pt

³Estudante de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Alameda da Universidade. 1649-013 Lisboa Tel: +351 933356573. E-mail: mteresa.reis97@gmail.com

Introdução

Importância do Autocuidado na Prática da Psicologia Clínica

A profissão de psicólogo envolve diversos benefícios, mas também comporta riscos. Dada a natureza do trabalho do psicólogo, em particular na área clínica, onde acolhe as dificuldades dos clientes, estes profissionais apresentam um maior risco de experienciar desgaste emocional e/ou profissional, o que pode resultar em níveis elevados de stresse, fadiga por compaixão, ou burnout, os quais podem comprometer a sua competência profissional (e.g., Barnett et al., 2007; Figley, 1995). Sendo o psicólogo clínico a sua própria ferramenta de trabalho, o autocuidado acaba por ser um imperativo deontológico (Norcross & VandenBos, 2018). Apesar das estratégias que fazem parte dos requisitos para trabalhar nesta área, estabelecidas pela Ordem profissional e/ou associadas a áreas específicas da psicologia, como por exemplo a supervisão, a psicoterapia ou o desenvolvimento pessoal, estas podem não ser suficientes para assegurar um bem-estar pleno e são muitas vezes circunscritas no tempo (Barnett & Cooper, 2009; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Acresce que os psicólogos estão sujeitos aos mesmos desafios e dificuldades na sua vida que as pessoas da população geral, podendo estar expostos a problemas financeiros, relacionais ou de saúde (Barnett & Cooper, 2009). Numa profissão onde a energia é dirigida para o outro, numa relação assimétrica, existe o risco de o psicólogo descuidar o seu bem-estar, ao tentar sustentar o sofrimento dos seus clientes. Se o próprio se encontra fragilizado, quer na sua vida pessoal, quer pelo desgaste emocional da profissão, pode evitar temas que lhe gerem ansiedade, distanciar-se emocionalmente ou até, pelo contrário, aproximar-se excessivamente do cliente (Silva, 2019).

Algumas das fontes mais comuns de stresse para os psicoterapeutas incluem: clientes difíceis e/ou com risco de suicídio, lidar com documentação e registos, dificuldades de gestão dos seus cuidados de saúde e de questões burocráticas, e ainda o risco de queixas na Ordem profissional (e.g., Sherman & Thelen, 1998; Wise & Barnett, 2016). Além disso, o contexto de trabalho clínico é frequentemente limitado, em termos de recursos e de controlo sobre os

resultados. O'Connor (2001) enfatiza aspetos como o isolamento profissional, e acrescenta comportamentos potencialmente assustadores e agressivos de alguns clientes em relação ao psicólogo clínico, que o coloca em risco na sua integridade física, emocional e/ou legal.

Num inquérito a psicoterapeutas, Pope e Tabachnick (1994) verificaram que 97% experienciavam frequentemente preocupação acerca da possibilidade de os seus clientes se suicidarem. Em mais de 50% dos participantes, fez-se sentir o impacto negativo do desgaste emocional, surgindo perturbações do sono, da alimentação, e da concentração e atenção. Mais de metade da amostra descreveu sintomas de depressão e 29% reportaram mesmo ideação suicida, em alguma fase da sua carreira (Pope & Tabachnick, 1993). Também Mahoney (1997) observou, num estudo sobre problemas pessoais dos psicoterapeutas, que um terço dos participantes tinha experienciado ansiedade e depressão, sendo que mais de 40% reportaram episódios de desgaste emocional. No mesmo sentido vai o estudo de Gilroy e colaboradores (2002), onde 42% dos psicólogos reportaram experienciar ideação suicida.

Perante os riscos a que os psicólogos estão expostos desde o início da sua carreira, torna-se fundamental que adiram a práticas que assegurem o cumprimento do dever ético de estabelecer e manter a sua competência profissional (Johnson et al., 2014). Contudo, a competência não se reduz à formação e atualização teórico-prática. Ao ser a sua própria ferramenta de trabalho, o bem-estar físico e emocional é essencial ao seu desempenho profissional. Assim, para um psicólogo clínico ter um impacto benéfico nos seus clientes, e uma boa capacidade de trabalho, é essencial que tenha incorporado no seu dia-a-dia estratégias de promoção do seu próprio bem-estar (Wise et al., 2012). Desta forma, o autocuidado deixa de ser do foro pessoal, para ser considerado um imperativo ético e moral que faz parte da responsabilidade profissional do psicólogo clínico (Barnett et al., 2006; Norcross & VandenBos, 2018; Wise et al., 2012;). O autocuidado é um constructo que abarca várias dimensões da vida do psicólogo, não só a profissional, mas também a pessoal, envolvendo estratégias variadas com diversos graus de complexidade.

Com o objetivo de enfatizar a importância do autocuidado na vida dos psicólogos, Briggs e Munley (2008) demonstraram que os clientes são sensíveis à qualidade de vida do profissional fora do contexto terapêutico. Complementarmente, Nissen-Lie e colaboradores (2013) conduziram um estudo sobre a relação entre as experiências pessoais dos psicólogos e a qualidade do seu trabalho profissional, no qual demonstraram que a relação terapêutica é influenciada pela qualidade de vida do psicólogo. Assim, quanto maior e mais intensa é a experiência de distress do psicólogo, pior é a qualidade da aliança terapêutica, e quanto maior o seu bem-estar e satisfação, melhor e mais profunda a aliança terapêutica. Estar consciente dos fatores de risco que podem comprometer as boas práticas e a competência profissional, assegurar um estilo de vida saudável e a prática diária de comportamentos que promovem o bem-estar são passos importantes para um exercício profissional que promove o bem-estar daqueles que procuram a ajuda de um psicólogo clínico, o que é coerente com o código deontológico que orienta a profissão.

Apesar destas evidências, são poucos os estudos que analisaram a relação entre o autocuidado e o bem-estar psicológico. Nos escassos estudos com psicoterapeutas ou psicólogos, os resultados sugerem que um mecanismo chave através do qual o autocuidado pode impactar o bem-estar é ao reduzir o stresse (Rupert & Dorociak, 2019). A higiene do sono, o apoio social, a regulação emocional e a aceitação numa postura de atenção plena, parecem significativamente relacionados com o stresse percebido (Myers et al., 2012).

Alguma literatura aponta variações no bem-estar profissional ao longo da vida do psicólogo, com uma tendência para um maior bem-estar e uma maior dedicação ao autocuidado, à medida que a carreira progride. A percepção de maior exigência, no início da carreira, com menos recursos, mais trabalho administrativo e menos oportunidades de desenvolvimento profissional parecem explicar este resultado (Dorociak, Rupert, & Zahniser, 2017).

O Autocuidado como Constructo

A investigação sobre o autocuidado tem vindo a apresentar alguma diversidade de definições.

Godfrey e colaboradores (2011), numa revisão de literatura, analisaram a evolução do constructo de autocuidado e assinalaram diferentes perspetivas ao longo de quatro décadas. Deste trabalho, emergiram também aspetos comuns, transversais às diferentes definições. As tentativas de definição de autocuidado começam por ter, inicialmente, um carácter breve e centralizado na sua relação com a saúde ou a doença, desenvolvendo-se mais tarde para definições onde já são englobados outros aspetos, como a promoção da saúde e do bem-estar, o tratamento de doenças e a restauração da saúde. Não existe um indicador específico de quando surgiu o constructo, embora se admita que no contexto clínico médico tenha emergido por volta dos anos 50, com a medicina focada no cliente (McCormack, 2003). O mesmo tem sido adotado pelos psicólogos e outros profissionais de saúde, sendo conceptualizado como parte de uma rotina positiva que integra a consciência e atenção de um indivíduo ao seu estado físico, emocional, relacional e espiritual, nos contextos pessoal e profissional (Wise & Barnett, 2016).

O autocuidado é referido pela maioria dos autores como um constructo genérico, mas individual, uma vez que não existe uma única estratégia que por si só garanta a eliminação de riscos associados à prática clínica (e.g., Norcross & VandenBos, 2018; Wise & Barnett, 2016). Assim, parece haver um consenso acerca do seu carácter idiossincrático, sendo definido como um conjunto de atividades realizadas ao longo da vida, que promovem a saúde física, mental e emocional e previnem a doença. O autocuidado pode ser concretizado tanto ao nível profissional como pessoal (Skovholt et al., 2001), em colaboração com outros profissionais de saúde, ou recorrendo a apoio social, como resposta às necessidades relacionais e psicológicas (Godfrey et al., 2011), na busca do bem-estar e do equilíbrio.

Importa sublinhar o seu carácter preventivo e a sua natureza intencional. Neste sentido, são essenciais a consciencialização e a educação dos estudantes de psicologia, e dos próprios profissionais, para o autocuidado e para a necessidade de identificação dos seus indicadores pessoais de burnout e distress (Barnett & Cooper, 2009). Apesar do seu carácter idiossincrático, existem assinaláveis semelhanças entre os psicólogos, no que toca às suas práticas de

autocuidado (Norcross & VandenBos, 2018). Neste sentido, Norcross (2000) sugere um conjunto de princípios genéricos orientadores do autocuidado, dos quais salientamos: o reconhecimento dos riscos da prática da psicologia clínica; um pensamento mais focado em estratégias ao invés de técnicas ou métodos; a autoconsciência, e a apreciação de recompensas e de feedback positivo.

Walsh (2011), defendendo a tese de que os psicólogos subestimam o impacto do estilo de vida na saúde mental, seja este negativo ou positivo, apresenta uma abordagem ao autocuidado através de mudanças de estilo de vida terapêuticas, que incluem cuidados com a alimentação e o exercício físico, a conexão com a natureza e relações significativas, a criação de tempo de entretenimento, tempo de relaxamento e de gestão de stresse, o envolvimento religioso ou espiritual e o serviço aos outros.

Uma das abordagens mais recentes (Dorociak et al., 2017), que concilia muitos dos aspetos referidos, foca-se no carácter intencional do construto. Os autores afirmam o autocuidado enquanto processo deliberado envolvendo autorreflexão, adaptação às necessidades individuais, experiências e valores pessoais. Acrescentam que consiste num processo multidimensional e multifacetado que envolve as várias áreas da vida profissional e pessoal, e que tem por objetivo final a promoção de um funcionamento saudável e do bem-estar. Sugerem a integração, no reportório comportamental do profissional, de ações que contribuam para o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, como sejam as atividades de lazer; o desenvolvimento de competências e recursos profissionais, através da constante atualização quanto ao estado da ciência psicológica; e a implementação de estratégias cognitivas para lidar com as exigências da profissão, como o recurso ao humor.

Os modelos parecem caracterizar o autocuidado nos psicólogos enquanto padrão complexo composto por diferentes estratégias de carácter amplo e idiossincrático, as quais representam um nível de abstração intermédio, entre técnicas concretas e quadros teóricos globais, e integram a diversidade de preferências individuais e de recursos disponíveis.

Necessidade de Medidas para Avaliação do Autocuidado

Para desenvolver investigação neste domínio, tornam-se imprescindíveis instrumentos de avaliação do autocuidado. Tal necessidade desencadeou a motivação para o presente estudo, no qual foi traduzido, adaptado e estudado um instrumento de avaliação do autocuidado para psicólogos.

Apesar de a temática do autocuidado na prática da psicologia clínica ser de extrema importância, a sua investigação ainda é reduzida, principalmente em Portugal. Neste contexto, até à data, dispõe-se em Portugal apenas de uma medida de autocuidado, traduzida e adaptada: o Questionário de Autocuidado (versão original: Goncher et al., 2013; versão portuguesa: Montenegro et al., 2019). A nível internacional, identifica-se ainda a “Skovholt practitioner professional resiliency and self-care inventory” (Skovholt, 2016), um inventário construído para avaliar a resiliência e o autocuidado e que proporciona uma experiência de autorreflexão a profissionais e estudantes na área da saúde e da prestação de assistência. Dado o cariz idiossincrático do constructo, Norcross e Guy (2013) sugerem que, mais do que uma medida, uma lista promove a consciência e a avaliação individual. Neste sentido desenvolveram a “Psychotherapist self-care checklist”, que apesar de ser abrangente, muito completa e interessante do ponto de vista da reflexão pessoal, é pouco apelativa para uso em investigação, ou na prática corrente, dado incluir mais de 100 itens.

Mais recentemente, Dorociak e colaboradores (2017) construíram a "Self-Care Assessment for Psychologists" (SCAP), escala esta concebida especificamente para a avaliação do autocuidado dos psicólogos clínicos. Esta escala oferece as vantagens de ser dirigida especificamente a psicólogos e de conter um número de itens reduzido. Para além disso, a escala estrutura-se em cinco fatores identificados fatorialmente e considerados nucleares na literatura acerca do autocuidado.

Objetivos e Hipóteses de Investigação

Este estudo teve por objetivo proceder à adaptação para Portugal da "Self-Care Assessment for Psychologists" (SCAP, Dorociak et al., 2017), para posterior utilização no estudo do autocuidado

dos psicólogos clínicos. Tem por objetivo, assim, adaptar e fundamentar psicometricamente uma versão portuguesa da SCAP, designada Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP). Para o efeito, foi estudado o funcionamento dos itens e a fiabilidade ou precisão dos resultados e reuniram-se algumas evidências de validade das medidas obtidas com este instrumento. Como ponto de partida para o estudo da validade, formularam-se as seguintes hipóteses de validação:

Hipótese 1: Os resultados do estudo de validade fatorial da medida do autocuidado confirmam a estrutura interna original em cinco fatores, correspondentes às cinco escalas que compõem a EAAP;

Hipótese 2: Os resultados da medida de autocuidado apresentam correlação positiva e significativa com os resultados de uma medida de Bem-estar Psicológico;

Hipótese 3: Os resultados da medida de autocuidado apresentam correlação negativa e significativa com os resultados de uma medida de Stresse Percebido;

Hipótese 4: As diferenças quanto à prática do autocuidado, entre os psicólogos clínicos com mais e com menos anos de experiência profissional, são estatisticamente significativas: os psicólogos clínicos com mais anos de experiência apresentam níveis superiores de autocuidado.

Hipótese 5: As diferenças quanto à perceção de stresse, entre psicólogos clínicos com mais e com menos anos de experiência profissional, são estatisticamente significativas: os psicólogos clínicos com menos anos de experiência apresentam níveis superiores de stresse percebido.

Hipótese 6: As diferenças entre os psicólogos clínicos que frequentam supervisão e os que não a frequentam, nas variáveis de Autocuidado, de Bem-estar Psicológico e de Stresse Percebido, são estatisticamente significativas: os psicólogos clínicos que frequentam supervisão apresentam níveis superiores de autocuidado, bem-estar psicológico e menores de stresse percebido.

Método

O presente estudo enquadra-se numa abordagem de natureza quantitativa, psicométrica e correlacional. Iniciou-se com a tradução e

retroversão dos itens da SCAP, dando origem à EAAP e constitui o seu primeiro estudo psicométrico.

Instrumentos

Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Originalmente com o nome de "Self-Care Assessment for Psychologists" (SCAP) (Dorociak et al., 2017), é composta por 21 itens e tem como objetivo avaliar o autocuidado dos psicólogos clínicos. Organiza-se em cinco escalas isoladas fatorialmente: Apoio Profissional, que consiste na importância atribuída ao suporte dos colegas de trabalho, e que inclui estratégias como a de evitar o isolamento; Desenvolvimento Profissional, que enfatiza a importância do envolvimento em atividades relacionadas com o trabalho e que são apreciadas pelo próprio; Equilíbrio de Vida, caracterizado pela construção de uma identidade não só profissional, mas também pessoal; Estratégias Cognitivas, envolvendo o autocuidado psicológico e meios como a automonitorização de emoções; e Equilíbrio Diário, um fator que incorpora múltiplas micro estratégias de autocuidado diárias.

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de Likert de sete pontos (1 –nunca e 7 – sempre), sendo pedido ao participante que, em cada item, indique com que frequência pratica o comportamento descrito.

O desenvolvimento da SCAP original partiu da realização de dois estudos. Inicialmente, procedeu-se ao desenvolvimento de 80 itens que, depois de avaliados por profissionais experientes na área do autocuidado, foram reduzidos a um total de 52 itens (26 itens direcionados para a vida pessoal, e 26 itens para a vida profissional). Após o primeiro estudo, foi realizado um aperfeiçoamento dos itens, tendo sido eliminados aqueles que contribuíssem para reduzir a consistência interna ou tinham menor pertinência conceptual (Dorociak et al., 2017).

A segunda versão da escala foi avaliada num novo estudo, e comparada com três modelos fatoriais alternativos. Os dados sugeriram que a SCAP se enquadrava melhor numa estrutura oblíqua de cinco fatores, sendo que esta implica assumir a correlação entre os fatores (Dorociak et al., 2017).

No estudo original da escala de 21 itens, os resultados apresentaram indicadores psicométricos adequados, ao nível de consistência interna (coeficientes alfa de Cronbach): Apoio Profissional (cinco itens, $\alpha=.83$), Desenvolvimento Profissional (cinco itens, $\alpha=.80$), Equilíbrio de Vida (quatro itens, $\alpha=.81$), Estratégias Cognitivas (quatro itens, $\alpha=.72$) e Equilíbrio Diário (três itens, $\alpha=.70$). Esta estrutura decorreu do isolamento de cinco fatores (Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de Vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário), que explicavam 61.5% da variância total.

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

A EBEP (Ryff, 1989; adaptação portuguesa: Novo, et al., 2004) avalia o bem-estar psicológico como conceito abrangente e multifacetado, e traduz o grau de desenvolvimento e funcionamento positivo e o sentimento de realização como pessoa humana, nas áreas da perceção intrapessoal e interpessoal, da apreciação do passado, do envolvimento no presente e da mobilização para o futuro (Novo, 2005). É composta por 18 itens que têm por objetivo a avaliação do bem-estar psicológico através de seis dimensões: Autonomia, capacidade de resistência a pressões sociais e determinação para se basear em padrões pessoais; Domínio do Meio, sentimento de controlo sobre o meio e de competência para lidar com ele; Crescimento Pessoal, perceção do seu desenvolvimento como contínuo, aberto a novas experiências e à autoatualização; Relações Positivas com os Outros, interesse, preocupação e perceções favoráveis, na esfera interpessoal; Objetivos na Vida, aspirações e metas para a vida; e Aceitação de Si, atitude de aceitação do self.

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de Likert de seis pontos (de 1 - discordo completamente a 6 - concordo completamente) e os itens descrevem comportamentos e experiências de bem-estar e satisfação consigo próprio(a). O Bem-Estar Psicológico Total consiste na soma das seis escalas e resultados elevados traduzem um bom nível de bem-estar, quer em cada domínio específico, quer no valor total (Novo, 2003, 2005).

A EBEP revelou, em diversos estudos, indicadores psicométricos adequados, quanto à consistência interna (coeficientes alfa). No estudo de Ryff e Essex (1991), encontraram-se valores

elevados de $\alpha=.86$ na escala de Autonomia a $\alpha=.93$ na escala Aceitação de Si. Do mesmo modo, no estudo de Novo (2003), de tradução e adaptação portuguesa, os níveis de consistência interna foram satisfatórios (α entre .74 e .93).

No presente estudo, a EBEP contribuiu para a averiguação da validade convergente da EAAP, em particular o resultado Total ($\alpha=.85$), uma vez que a investigação anterior permite prever que as medidas de autocuidado se correlacionam positivamente com indicadores de bem-estar (Rupert & Dorociak, 2019).

Escala de Stresse Percebido (PSS-10)

A Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983; adaptação portuguesa: Trigo et al., 2010) é uma das escalas mais utilizadas para estudar o stresse, tendo por objetivo avaliar de que maneira as situações/acontecimentos de vida são percecionadas como geradoras de stresse (Trigo et al., 2010). Neste estudo foi utilizada uma das três versões desta escala, composta por 10 itens (PSS-10).

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de Likert de cinco pontos (de 0 – nunca a 4 – muito frequentemente), sendo solicitado, em cada item, a frequência com que se sentiu, ou pensou estar a sentir-se, de determinada maneira, durante o último mês.

A PSS-10 revelou, em diversos estudos, indicadores psicométricos adequados, quanto à consistência interna. No estudo original de Cohen e colaboradores (1983), o valor de alfa de Cronbach foi adequado ($\alpha=.78$). Já no estudo de Trigo e colaboradores (2010), de adaptação para a população portuguesa, o instrumento revelou muito bom nível de consistência interna, superior até ao obtido pelos autores ($\alpha=.87$).

A PSS-10 pretendeu contribuir para o estudo da validade convergente da EAAP, uma vez que a literatura reporta que o stresse percebido se correlaciona negativamente com indicadores de satisfação com a vida (Trigo et al., 2010). A facilidade de aplicação e cotação favoreceu a sua inclusão no presente estudo e, apesar da sua curta extensão, na amostra do presente estudo, apresentou um bom nível de consistência interna: $\alpha=.85$.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico destinou-se a recolher informação para caracterização da amostra quanto a dados pessoais, como género, idade ou estado civil. Também incluiu questões relativas a: formação em psicoterapia (tipo de formação), experiência profissional (anos de experiência na prática clínica, número médio de casos atendidos e número médio de horas de trabalho por semana, faixa etária da população com que trabalha e contexto de trabalho) e supervisão clínica (se frequente e com que regularidade).

Caracterização da Amostra

Foi utilizada uma amostragem não-probabilística e a amostra resultou composta por participantes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ser psicólogo clínico, de nacionalidade portuguesa e membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Incluiu 87 participantes, 75 do sexo feminino (86.2%) e 12 do sexo masculino (13.8%), com idades compreendidas entre 24 e 65 anos ($M=41.1$; $DP=10.96$). Relativamente ao estado civil, 32 eram casados (36.8%), 25 viviam em união de facto (28.7%), 18 eram solteiros (20.7%), 11 encontravam-se divorciados (12.6%) e um era viúvo (1.1%).

Mais de metade dos participantes refere ter formação específica em psicoterapia (70.1%), de diversas orientações teóricas, entre as quais se salienta a Cognitivo-Comportamental Integrativa ($n=19$; 21.8%).

A tendência central da duração da experiência profissional correspondeu a 13.49 anos ($DP=9.34$) e reporta-se a variados contextos de prática laboral, públicos ($n=30$; 34.5%) e privados ($n=57$; 65.5%). A média de horas de trabalho semanais foi de 28 horas ($DP=13.61$), com 17 casos atendidos, em média, por semana ($DP=10$), sendo a população atendida etariamente diversificada (crianças, adolescentes e adultos).

Dos 87 psicólogos clínicos, 54 têm supervisão (62.1%), a maioria com uma frequência mensal ($n=20$; 23%) ou quinzenal ($n=19$; 21.8%).

Procedimento

Tradução e Adaptação da SCAP

Começou por ser realizada a tradução, de inglês

para português, dos itens da "Self-Care Assessment for Psychologists – SCAP" (Dorociak et al., 2017) por três tradutores independentes, com conhecimento e fluência em ambas as línguas e em Psicologia. Foi atendida a necessidade de adaptação linguística e cultural e foram cumpridos os procedimentos exigidos internacionalmente (e.g., Beaton et al., 2000; ITC, 2017). De seguida, foram comparadas e conciliadas as versões traduzidas de forma a alcançar uma tradução consensual. Esta foi submetida a retroversão por um tradutor bilingue e, de seguida, foram ponderadas as pouca numerosas diferenças entre a versão original e a adaptada, e foi aperfeiçoada a redação final dos itens.

Seleção da Amostra e Recolha de Dados

Após aprovação da investigação pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, iniciou-se a recolha de dados, numa única ocasião com duração média de 15 minutos, através da plataforma Qualtrics de aplicação de questionários online. O estudo foi divulgado através do envio de mensagens eletrónicas para várias instituições e associações da área da psicologia, bem como para contactos pessoais das investigadoras, solicitando-se a divulgação por método bola-de-neve. Adicionalmente, foi difundido através de redes sociais, em grupos dedicados à psicologia e à psicoterapia. Ao acederem ao questionário através do link respetivo, os participantes encontravam o Consentimento Informado, com informação sobre o estudo, autores, objetivos, critérios de inclusão e direitos do participante. Foi assegurada a confidencialidade das respostas através do anonimato da participação, não tendo sido recolhidos dados de identificação.

Análise de Dados

De modo a estudar as qualidades psicométricas da EAAP, realizaram-se estudos de fiabilidade ou precisão (consistência interna), de análise de itens (distribuição de respostas e discriminação) e de validação (fatorial, convergente e empírica). Após a confirmação dos pressupostos, realizaram-se análises com técnicas paramétricas de estatística inferencial, incluindo análise fatorial. O estudo de validação convergente baseou-se na correlação dos resultados da EAAP com medidas de construtos

Tabela 1. EAAP: Estatísticas descritivas das Escalas e consistência interna (N=87)

Escalas	M	DP	Min.	Máx.	Alfa	M correl. inter-itens	Correlações inter-itens	
							Min.	Máx.
Apoio Profissional (5 itens; Res: 5-35)	27.80	5.62	9	35	.86	.60	.36	.83
Desenvolvimento Profissional (5 itens; Res: 5-35)	28.05	4.82	11	35	.83	.53	.40	.69
Equilíbrio de Vida (4 itens; Res: 4-28)	23.99	3.41	10	28	.88	.64	.58	.75
Estratégias Cognitivas (4 itens; Res: 4-28)	24.90	2.44	18	28	.84	.57	.42	.67
Equilíbrio Diário (3 itens; Res: 3-21)	14.22	3.69	5	21	.70	.44	.37	.60
EAAP – Total (21 itens; Res: 21-147)	118.95	13.36	70	145	.87	.27	-.21	.83

Nota. M – média; DP – desvio-padrão; RB mín. – resultado bruto mínimo; RB máx. – resultado bruto máximo; Alfa – Alfa de Cronbach; M corr. inter-itens – média das correlações inter-itens; correl. inter-itens - correlações inter-itens mínima (Min.) e máxima (Máx.).

que na literatura se mostraram relacionados com o autocuidado, tais como o Bem-Estar Psicológico (EBEP) e o Stresse Percebido (PSS-10,) e a comparação entre grupos (em função da frequência de supervisão e dos anos de experiência) teve o propósito de obter evidências adicionais de validação empírica.

Resultados

Estudo Psicométrico da EAAP

Precisão e Análise de Itens

As estatísticas descritivas das cinco escalas da EAAP, e os respectivos valores de consistência interna, encontram-se na Tabela 1 e a análise descritiva dos itens que compõem a EAAP encontra-se na Tabela 2.

Na Tabela 1, constam as médias das escalas da EAAP, que variam entre 14.22 (DP=3.69) na escala de Equilíbrio Diário e 28.05 (DP=4.82) na escala de Desenvolvimento Profissional. De assinalar que nas escalas de Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional e Equilíbrio Diário, os resultados máximos observados coincidiram com o limite superior do intervalo de resultados possíveis (respetivamente, RB=35 para as primeiras e RB=21 para a última) e que o Apoio Profissional e o Desenvolvimento Profissional são as estratégias de autocuidado mais utilizadas pelos participantes desta amostra, por contraste com o Equilíbrio Diário.

Na análise da consistência interna, os coeficientes alfa de Cronbach apresentaram em geral nível elevado, com índices situados entre $\alpha=.88$ (escala de Equilíbrio de Vida) e $\alpha=.70$

(escala de Equilíbrio Diário). As correlações inter-itens das escalas situaram-se todas acima de .30, o que é considerado muito satisfatório (Cohen, 1988), e as médias de correlações inter-itens foram elevadas, variando entre .64 (escala de Equilíbrio de Vida) e .44 (escala de Equilíbrio Diário).

Na análise dos Coeficientes de Discriminação (correlações item-escala corrigidas), apresentados na Tabela 2, os itens apresentam valores muito bons, entre .41 e .84 (Mdn=.69), favoráveis à capacidade preditiva dos totais das escalas a que pertencem (Ebel & Frisbie, 1986). Foram identificados, ainda assim, quatro itens (2, 8, 15 e 21) cuja eliminação aumentaria a consistência interna da respetiva escala, sendo de notar que três deles registaram as médias de respostas mais baixas (item 2 “Evito isolar-me no local de trabalho”, item 8 “Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho” e item 21 “Evito comprometer-me excessivamente com responsabilidades do trabalho”). Nesta amostra, podemos ainda observar que as respostas dos participantes estão, em geral, distribuídas acima do ponto 4 na escala de Likert de 7 pontos, assinalando tendência generalizada, por parte dos participantes, para reportar práticas de autocuidado. As médias das respostas aos itens variaram entre 4.06 (DP=1.54) e 6.36 (DP=.70) (na escala de resposta de 1 a 7), e os itens 13 (“Procuro atividades ou pessoas com as quais me sinto confortável”), 15 (“Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades”) e 16 (“Monitorizo os meus sentimentos e reações face aos clientes”) apresentaram as médias mais altas, 6.22 (DP=.91), 6.29 (DP=.76) e 6.36 (DP=.70), respetivamente.

Tabela 2. EAAP: Análise de itens (N=87)

Itens	M	DP	Coef. Disc.	Alfa Item Excl.	Porcentagens de respostas						
					1	2	3	4	5	6	7
Escala de Apoio Profissional ($\alpha = .86$)											
1	5.77	1.19	.76	.82	0	2.30	4.60	4.60	19.54	40.23	28.74
2	4.98	1.82	.48	.91	6.90	8.05	5.75	11.49	13.79	35.63	18.39
3	5.63	1.30	.77	.81	0	2.30	4.60	13.79	16.09	33.33	29.89
4	5.82	1.22	.84	.80	0	3.45	4.60	3.45	11.49	49.43	27.59
5	5.61	1.38	.70	.83	2.30	2.30	3.45	8.05	19.54	36.78	27.59
Escala de Desenvolvimento Profissional ($\alpha = .83$)											
6	6.05	1.17	.67	.79	0	2.30	3.45	2.30	14.94	33.33	43.68
7	5.74	1.14	.73	.78	0	1.15	4.60	6.90	20.69	40.23	26.44
8	4.70	1.64	.54	.85	5.75	5.75	11.49	13.79	27.59	24.14	11.49
	6.07	1.04	.68	.79	0	0	2.30	6.90	16.09	31.03	43.68
10	5.49	1.14	.65	.80	0	3.45	1.15	10.34	29.89	37.93	17.24
Escala de Equilíbrio de Vida ($\alpha = .88$)											
11	6.00	1.00	.69	.86	0	1.15	2.30	4.60	10.34	50.57	31.03
12	5.83	1.09	.74	.84	0	1.15	2.30	9.20	16.09	42.53	28.74
13	6.22	.91	.77	.83	0	0	2.30	4.60	4.60	45.98	42.53
14	5.94	.99	.74	.84	0	1.15	3.45	3.45	9.20	57.47	25.29
Escala de Estratégias Cognitivas ($\alpha = .84$)											
15	6.29	.76	.55	.85	0	0	1.15	1.15	8.05	47.13	42.53
16	6.36	.70	.72	.78	0	0	0	0	12.64	39.08	48.28
17	6.14	.75	.68	.79	0	0	0	3.45	11.49	52.87	32.18
18	6.11	.75	.75	.76	0	0	0	0	22.99	42.53	34.48
Escala de Equilíbrio Diário ($\alpha = .70$)											
19	5.15	1.45	.58	.53	1.15	2.30	11.49	16.09	25.29	21.84	21.84
20	5.01	1.57	.57	.54	1.15	6.90	11.49	13.79	24.14	21.84	20.69
21	4.06	1.64	.41	.75	2.30	21.84	14.94	16.09	27.59	8.05	9.20

Nota. M – média; DP – desvio padrão; C.D. – Coeficiente de discriminação (correlação item-total corrigida); A-Item – Alfa se item excluído.

Validação

Validação Fatorial. Com o intuito de analisar a estrutura interna da EAAP, à semelhança dos autores da SCAP (Dorociak et al., 2017), e em respeito por recomendações técnicas (Ledesma et al., 2019; Paniagua et al., 2022), realizou-se uma Análise Fatorial em Eixos Principais da matriz de correlações dos itens, com rotação oblíqua Promax. Os resultados do teste Kaiser-Mayer-Olkin (KMO=.81) e do teste de esfericidade de Bartlett (Qui2=1094.18, g.l.=210, $p < .001$) demonstraram a boa adequação dos dados para a aplicação deste tipo de técnica de análise.

A extração dos fatores baseou-se no critério de Kaiser pelo que foram retidos os fatores com valores próprios superiores a um, e atendeu também à confirmação do ponto de inflexão da curva do scree plot. Foi obtida uma solução inicial de cinco fatores, que explicaram 71.02% da variância dos resultados, e os itens apresentaram comunalidades com valores tendencialmente elevados (M=.63; Mdn=.66), na larga maioria (86% dos itens) superiores a .50, o que indica que os itens estão bem representados pelos cinco fatores que partilham.

Para interpretação dos fatores, foram retidos os itens com saturação superior a .50, embora se assinalem na matriz fatorial rodada (Tabela 3) as saturações cruzadas superiores a .40.

O primeiro fator, que explicou 32.77% da variância total dos resultados, é definido pelos itens 1 (saturação de .86), 2 (.52), 3 (.81), 4 (.95) e 5 (.79); pode ser designado por Apoio Profissional, uma vez que corresponde exatamente ao conjunto de itens dessa escala, decorrente da estrutura interna da versão original do questionário. A saturação mais alta neste fator é a do Item 4: “Partilho experiências de trabalho positivas com os meus colegas.”.

O segundo fator explicou 15.52% da variância total dos resultados e mostrou-se composto pelos seguintes itens: 11 (saturação de .77), 12 (.79), 13 (.84), e 14 (.83); pode, assim, ser designado por Equilíbrio de Vida, dado os itens saturarem todos no fator que corresponde à terceira escala do SCAP original, assim designada, sendo o item de saturação mais elevada o Item 13: “Procuro atividades ou pessoas com as quais me sinto confortável.”.

Tabela 3. EAAP: Matriz Fatorial Rodada (rotação oblíqua Promax). Saturações Fatoriais dos Itens (N=87)

Item	Fatores					h2
	I	II	III	IV	V	
1	.86		.49			.75
2	.52					.29
3	.81		.49			.67
4	.95					.93
5	.79		.54			.66
6	.50		.84			.74
7	.41		.82			.68
8	.48		.57			.39
9			.76			.59
10	.48	.49	.69			.58
11	.48	.77				.65
12		.79				.63
13		.84		.45		.73
14		.83		.42		.69
15		.60		.62		.52
16				.85		.76
17				.76	.43	.63
18			.50	.82		.72
19					.86	.79
20					.70	.52
21					(.48)	.29
% de Variância Total Explicada	32.77	15.52	9.06	8.03	5.64	71.02
% de Variância Comum Explicada	46.14	21.85	12.76	11.31	7.94	

Nota. Método de Extração: Análise em Eixos Principais. Método de Rotação: Promax com Normalização de Kaiser (rotação convergiu em 6 iterações). A negrito, saturações superiores a .50.

O terceiro fator, que explicou 9.06% da variância total dos resultados, definiu-se pelos seguintes itens: 6 (saturação de .84), 7 (.82), 8 (.57), 9 (.76) e 10 (.69); pode ser designado como Desenvolvimento Profissional, uma vez que estes itens correspondem a essa escala, a segunda do SCAP original, e o item mais saturado neste fator é o Item 6 “Participo em atividades que promovem o meu desenvolvimento profissional.”

O quarto fator explicou 8.03% da variância total dos resultados e definiu-se pelos seguintes itens: 15 (saturação de .62), 16 (.85), 17 (.76), e 18 (.82); pode ser designado por Estratégias Cognitivas, pois corresponde aos itens da quarta escala original, com esse nome, sendo a saturação mais elevada neste fator a do Item 16 “Monitorizo os meus sentimentos e reações face aos clientes”.

O quinto e último fator retido explicou 5.64% da variância total dos resultados e definiu-se pelos seguintes itens: 19 (saturação de .86), 20 (.70), 21 (.48, a saturação mais elevada deste item); pode ser designado por Equilíbrio Diário, uma vez que corresponde ao conjunto de itens dessa escala, no SCAP original, sendo a saturação mais elevada neste fator a do Item 19 “Faço pausas ao longo do dia de trabalho”.

Apesar de a estrutura interna encontrada na análise fatorial da EAAP revelar clara correspondência

Tabela 4. EAAP: Matriz de correlações entre fatores (N=87)

Fatores	Correlações entre fatores			
	I	II	III	IV
II	.34	--		
III	.55	.41	--	
IV	.13	.46	.45	--
V	-.03	.17	.12	.35

Nota. para N=87, correlações iguais ou superiores a .21 são significativas a 5% de significância, e iguais ou superiores a .28 são significativas a 1% de significância.

com a que foi identificada no teste original, importa reter que o fator Equilíbrio de Vida na versão portuguesa ultrapassou o de Desenvolvimento Profissional em percentagem de variância que explica, colocando estes dois fatores em posição inversa, na ordenação das escalas, relativamente à estrutura original. Por outro lado, alguns itens apresentaram saturações cruzadas noutros fatores, o que seria expectável em face da rotação oblíqua, com particular destaque para os itens 5 “Mantenho um sistema de apoio profissional.” e 15 “Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades.”, os quais apresentaram saturações apreciáveis num segundo fator. Na Tabela 4, podem ser observadas as correlações entre os

Tabela 5. Correlações entre a Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP), a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) e a Escala de Stresse Percebido (PSS-10) (Ntabela=87)

EBEP	M	DP	Alfa	TOTAL	EAAP				
					1 Apoio Profiss.	2 Desenv. Profiss.	3 Equilíbrio de Vida	4 Estratég. Cognitivas	5 Equilíbrio Diário
1.Autonomia	12.57	2.64	.62	.24*	.05	.27*	.20	.36**	.00
2.Domínio do Meio	12.28	2.57	.59	.46**	.21*	.44**	.30**	.38**	.23*
3.Crescimento Pessoal	15.46	1.82	.37	.51**	.24*	.43**	.44**	.50**	.21*
4.Relações Positivas	14.70	2.52	.67	.43**	.41**	.28**	.44**	.16	.06
5.Objetivos de Vida	15.53	2.43	.74	.63**	.40**	.61**	.52**	.48**	.08
6.Aceitação de Si	14.76	2.12	.70	.57**	.32**	.52**	.56**	.44**	.11
EBEP TOTAL	85.30	9.84	.85	.67**	.38**	.60**	.58**	.54**	.16
PSS-10	16.31	5.93	.85	-.22*	-.01	-.20	-.19	-.30**	-.14

Nota. Correlação entre a EBEP e a PSS = $-.56^{**}$. Assinaladas a negrito as correlações iguais ou superiores a $.50$. *Correlação significativa a 5% de significância. ** Correlação significativa a 1% de significância.

fatores, que variaram entre $-.03$ (correlação entre os fatores de Apoio Profissional e Equilíbrio Diário) e $.55$ (correlação entre os fatores Apoio Profissional e Equilíbrio de Vida), assinalando-se algumas correlações como muito significativas, o que apoia o apuramento de um resultado Total na EAAP.

Validação Convergente. Para a validação convergente da EAAP, foi realizado o estudo das correlações entre os resultados das cinco escalas que a compõem, bem como do seu resultado Total, e os resultados da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (Subescalas e Total) e da Escala de Stresse Percebido (PSS-10). Na Tabela 5 encontram-se as estatísticas descritivas das medidas dos dois instrumentos utilizados no estudo convergente e as correlações de Pearson entre as escalas da EAAP e os resultados, parciais e total da EBEP, bem como o total da PSS-10.

As correlações entre os resultados totais da EAAP e as duas medidas de validação são significativas e apresentam sinal de acordo com o esperado: o resultado Total da EAAP correlaciona-se com o resultado total da EBEP no sentido positivo, como esperado, e com um valor de correlação elevado e muito significativo ($p < .01$ ($r = .67$); por outro lado, a correlação do resultado total da EAAP com o resultado da PSS-10 é de sinal negativo, como se poderia antecipar, e significativa ($p < .05$) ($r = -.22$). Ao nível das subescalas da EAAP, verifica-se a tendência no mesmo sentido: correlações positivas e, na maioria das escalas, muito significativas com as subescalas da EBEP e correlações negativas, ainda que em geral não significativas, com a PSS-10 – apenas se apresenta como muito significativa a correlação negativa entre a escala de Estratégias Cognitivas da EAAP e a PSS-10 ($r = -.30$). As correlações mais

elevadas (superiores a $.50$) entre a EAAP e a EBEP verificam-se nas escalas de Desenvolvimento Profissional e Equilíbrio de Vida, em particular ao correlacionar com as subescalas da EBEP de Objetivos de Vida e Aceitação de Si. A escala do Equilíbrio Diário foi a única escala da EAAP que não obteve qualquer correlação positiva significativa com os resultados da Escala de Bem-estar Psicológico, sendo também não significativa a correlação com a PSS-10.

Validação empírica ou em relação a um critério. Experiência Clínica. Para o estudo do impacto dos anos de experiência clínica nas práticas de autocuidado, no bem-estar psicológico e na perceção de stresse, foram criadas duas subamostras, uma de psicólogos com pouca experiência (5 ou menos anos de experiência clínica – $n=23$) e outra de psicólogos com muita experiência (mais de 15 anos de experiência clínica – $n=33$). Outras variáveis associam-se inevitavelmente a esta, como a idade (grupo menos experiente: $M=29.91$, $DP=5.21$; grupo mais experiente: $M=50.79$, $DP=7.19$) ou a intensidade da atividade atual (grupo menos experiente: mediana de 15 casos e 25 horas de consultas por semana; grupo mais experiente: mediana de 20 casos e 35 horas de consultas por semana).

Uma vez comprovados os pressupostos, foram aplicados testes de comparação de médias para averiguar se são significativas as diferenças entre os psicólogos com mais e com menos experiência clínica, quanto à prática do autocuidado avaliada pelo Total da EAAP (pouca experiência: $M=122.43$, $DP=11.68$; muita experiência: $M=117.64$, $DP=15.21$), quanto ao bem-estar psicológico avaliado pelo Total da EBEP (pouca experiência: $M=84.78$, $DP=9.04$; muita

experiência: $M=87.45$, $DP=9.96$) ou quanto à percepção de stresse avaliada pela PSS-10 (pouca experiência: $M=18.09$, $DP=6.56$; muita experiência: $M=15.21$, $DP=5.09$). Todas as diferenças foram no sentido esperado e com dimensões do efeito algo expressivas, embora apenas a diferença relativa à medida de stresse tenha sido estatisticamente significativa (EAAP Total: $t [54]=1.27$, $p(\text{unilateral})=.105$, d de Cohen $=.35$, efeito moderado; EBEP Total: $t [54]=-1.03$, $p(\text{unilateral})=.155$, d de Cohen $=-.28$, efeito moderado; mas PSS-10: $t [54]=1.85$, $p(\text{unilateral})=.035$, d de Cohen $=.50$, diferença significativa a 5% e efeito moderado com tendência a elevado). Ao nível das subescalas da EAAP e da EBEP, o padrão de resultados foi idêntico, não tendo sido encontradas diferenças significativas em função da experiência clínica, em nenhuma das medidas parcelares de ambos os instrumentos.

Supervisão Clínica

Foram analisadas as diferenças entre o grupo de psicólogos que frequentava supervisão clínica ($n=54$) e o grupo que não frequentava ($n=33$). Uma diferença que se observou desde logo, entre estas duas subamostras incidiu na média das idades, que era de 39.6 anos ($DP=10.70$) para o grupo com supervisão clínica e de 43.82 anos ($DP=11.05$) para o grupo sem supervisão. Também o número de anos de experiência era distinto entre os dois grupos, sendo a média 11.6 anos ($DP=8.70$) para o grupo com supervisão e 16.52 ($DP=9.70$) para o grupo sem supervisão. Deste modo, constata-se que, como se poderia antecipar, os psicólogos mais jovens e com menos anos de experiência tendem a frequentar mais a supervisão clínica.

Importa, pois, verificar se existem diferenças significativas entre os dois grupos nas práticas de autocuidado, por um lado, e no bem-estar psicológico e na percepção de stresse, por outro lado. Atendendo às correlações entre as escalas da EAAP, a comparação dos resultados das escalas desse instrumento entre os grupos com e sem supervisão realizou-se por meio de uma análise multivariada de variância (manova). Uma vez confirmada a igualdade de covariâncias entre os dois grupos (teste M de Box $=22.63$, $p=.14$), aplicou-se a manova paramétrica, análise em que não foram detetadas diferenças estatisticamente

significativas entre os dois grupos, no conjunto das cinco escalas da EAAP ($F [5, 81]=.83$, $p=.535$). Após confirmar a normalidade das distribuições e a igualdade de variâncias entre os dois grupos, estes foram ainda comparados, separadamente, quanto aos resultados totais, da EAAP (Com Supervisão: $M=119.67$, $DP=10.74$; Sem Supervisão: $M=117.79$, $DP=16.93$), da EBEP (Com Supervisão: $M=86.26$, $DP=8.76$; Sem Supervisão: $M=83.73$, $DP=11.35$) e da PSS-10 (Com Supervisão: $M=16.28$, $DP=6.00$; Sem Supervisão: $M=16.36$, $DP=5.91$), procurando averiguar se são significativas as diferenças, em função da frequência de supervisão clínica, na prática do autocuidado, no bem-estar psicológico e no nível de stresse percecionado. Nenhuma das comparações apresentou, contudo, resultados estatisticamente significativos: no resultado Total da EAAP, a diferença não foi significativa ($t [48]=.57$, $p(\text{unilateral})=.286$, d de Cohen $=.14$, efeito fraco), bem como no resultado da EBEP Total ($t [85]=1.17$, $p(\text{unilateral})=.123$, d de Cohen $=.26$, efeito moderado) (o mesmo tendo acontecido ao nível de todas as subescalas da EBEP) e no resultado da PSS-10 ($t [85]=-0.07$, $p(\text{unilateral})=.474$, d de Cohen $=-.01$, efeito fraco).

Discussão

Com o presente estudo pretendeu-se adaptar a Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (SCAP), de Dorociak e colaboradores (2017), para avaliação do autocuidado dos psicólogos clínicos em Portugal. A análise dos itens, o estudo da consistência interna, a análise fatorial exploratória, a correlação com outros instrumentos e a comparação de grupos visaram averiguar as características psicométricas da EAAP, instrumento desenvolvido com a finalidade de operacionalizar o constructo de autocuidado em psicólogos clínicos. A EAAP apresentou características psicométricas muito adequadas, em termos de qualidade dos itens, fiabilidade e validade.

Relativamente à análise dos itens, os coeficientes de discriminação apresentaram valores muito satisfatórios, entre .41 e .84, revelando que os itens são discriminativos dos constructos medidos (Ebel & Frisbie, 1986). As correlações inter-itens, todas superiores a .30, mostraram-se

adequadas (Cohen, 1988), e as respetivas médias foram elevadas, entre .44 (escala de Equilíbrio Diário) e .64 (escala de Equilíbrio de Vida), revelando uma associação muito expressiva entre os itens e sugerindo elevado nível de consistência interna das escalas, apesar do reduzido número de itens. Os coeficientes alfa de Cronbach de quatro das cinco escalas (entre .83 e .88) confirmam a consistência interna adequada, apenas sendo mais baixo (.70), embora aceitável em investigação, o coeficiente da escala mais curta, Equilíbrio Diário (três itens). De assinalar a maior dispersão das respostas por todos os pontos da escala de Likert nos três itens deste fator, com percentagens expressivas de respostas nos pontos inferiores da escala (menor autocuidado reportado) (e.g., cerca de 40% de respostas abaixo do ponto médio da escala de Likert no item 21 “Evito comprometer-me excessivamente com responsabilidades do trabalho.”). De assinalar, aliás, que enquanto a média das percentagens de respostas no ponto mais elevado da escala de Likert foi de 17.2% na escala de Equilíbrio Diário, situou-se entre 26.4% e 39.4% nas restantes quatro escalas.

Adicionalmente, no que diz respeito à contribuição de cada item para a consistência interna das respetivas escalas, surgiram quatro itens apenas (itens 2, 8, 15 e 21) prejudiciais à escala a que pertencem. Apesar disso, foi decidido manter os itens, uma vez que as escalas apresentaram bons valores de consistência interna, e o número de itens que constitui cada escala é já reduzido. Para além disso, uma única amostra de ocasião de dimensão relativamente reduzida impõe a necessidade de novos estudos da EAAP que fundamentem eventuais decisões relativas aos itens.

De forma concordante com a versão original (Dorociak et al., 2017), os resultados neste estudo suportaram a estrutura interna de cinco fatores da EAAP: Apoio profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de Vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário, responsáveis por elevada percentagem (71.02%) da variância total dos resultados obtidos e registando comunalidades importantes ao nível dos itens (86% acima de .50). Também como na versão original do instrumento (Dorociak et al., 2017), a rotação oblíqua produziu uma solução fatorial parcimoniosa, da qual resulta que os cinco fatores isolados têm correlações na

maioria significativas entre si. A subdivisão da EAAP em cinco escalas, em particular nas cinco escalas originalmente concebidas, evidencia elevada validade fatorial do instrumento, fortemente apoiada pelo estudo da estrutura interna da versão portuguesa. A Hipótese 1, de que os resultados do estudo de validade fatorial confirmariam a estrutura interna de cinco fatores correspondentes às cinco escalas que compõem a EAAP original foi, assim, corroborada pelos resultados. Contudo, há que assinalar a inversão na importância dos fatores Equilíbrio de Vida e Desenvolvimento Profissional, por comparação com a versão original do instrumento, sendo o primeiro mais relevante do que o segundo para explicar a variabilidade na amostra portuguesa.

Os resultados da análise da validade convergente da EAAP indicaram que, quanto maior o envolvimento dos psicólogos clínicos em estratégias de autocuidado, mais elevados os seus níveis de bem-estar psicológico ($r=.67, p<.01$) e mais baixos os seus níveis de stresse percebido ($r=-.22, p<.05$). Estes resultados são consistentes com a literatura que, apesar de escassa, tem demonstrado que o envolvimento em estratégias de autocuidado se associa ao bem-estar psicológico e ao stresse percebido (Myers et al., 2012; Dorociak et al., 2017). Das cinco escalas da EAAP, a de Equilíbrio Diário foi a única que não obteve uma correlação positiva e significativa com a medida de bem-estar psicológico, o que poderá decorrer em parte da mais baixa consistência interna, por ser uma escala constituída por apenas três itens. Apesar de algumas das correlações entre as várias escalas da EAAP, bem como a Escala do Bem-Estar Psicológico (EBEP) e a Escala do Stresse Percebido (PSS-10), não terem sido estatisticamente significativas, todas foram na direção esperada, de acordo com a literatura. Desta forma, pode afirmar-se que os resultados apoiam tendencialmente as Hipóteses 2 e 3 do presente estudo, que afirmavam que os resultados da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP) apresentariam correlações positivas e significativas com os resultados da Escala do Bem-estar Psicológico (EBEP), e negativas e significativas com os resultados da Escala de Stresse Percebido (PSS-10).

Relativamente à validade empírica ou de critério, não se observaram diferenças

significativas nesta amostra, em função dos anos de experiência dos psicólogos clínicos, no que respeita a prática do autocuidado, não se confirmando a Hipótese 4. Ao mesmo tempo, foram encontradas diferenças significativas, em função dos anos de experiência clínica, quanto ao stress percebido ($t [54]=1.85, p(\text{unilateral})=.035$), com uma dimensão do efeito de nível moderado (d de Cohen=.50). Assim, os resultados suportaram a Hipótese 5, de que psicólogos clínicos com menos anos de experiência apresentam níveis superiores de stress percebido, como esperado com base na literatura (e.g., Sherman & Thelen, 1998; Barnett & Cooper, 2009). Um resultado que pode estar associado a este, é a caracterização da amostra que frequenta supervisão, que é constituída por psicólogos mais jovens e com menos anos de experiência. Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas entre os psicólogos clínicos que frequentavam a supervisão e aqueles que não a frequentavam, quanto ao autocuidado, ao bem-estar psicológico e ao stress percebido, o que contraria o que, de acordo com a literatura, tem sido demonstrado (e.g., Skovholt et al., 2001; Barnett & Cooper, 2009), não confirmando a Hipótese 6.

Esta manifestação de diferenças geralmente não significativas em função dos critérios externos “experiência clínica” e “supervisão clínica” poderá decorrer de que, na amostra deste estudo, independentemente dessas variáveis critério, os níveis de autocuidado e de bem-estar psicológico são elevados e os de stress percebido, baixos (Total da EBEP: $M=85.3$ e $DP=9.84$, sendo a pontuação máxima possível 108; Total da EAAP: $M=118.95$ e $DP=13.36$, sendo a pontuação máxima possível 147; Total da PSS-10: $M=16.31$ e $DP=5.93$, sendo a pontuação máxima possível de 40).

Por outro lado, para além de a amostra ser relativamente reduzida ($N=87$), é também potencialmente enviesada, por ser de ocasião e conter participantes que se voluntariaram a responder online. A iniciativa de participar constitui, desde logo, um indicador de sensibilidade ao tema do autocuidado e de investimento na reflexão pessoal sobre as suas práticas. Pode supor-se que, numa amostra mais diversificada de psicólogos clínicos, a associação entre estas variáveis fosse mais expressiva. A baixa variabilidade e os resultados elevados poderão ter

contribuído para camuflar tendências de associação entre variáveis como a supervisão ou a experiência clínica, as quais pudessem manifestar-se em amostras mais numerosas e heterogéneas, que cobrissem um largo espectro da manifestação de diferenças individuais nas variáveis em estudo.

De uma maneira geral, os resultados do presente estudo contribuíram para aquele que era o seu objetivo principal, adaptar e fundamentar psicometricamente uma versão portuguesa (EAAP) da "Self-Care Assessment for Psychologists" (SCAP) (Dorociak et al., 2017). A EAAP demonstrou ser psicometricamente muito adequada para o estudo do autocuidado na população de psicólogos clínicos portugueses, pois foram obtidos resultados muito favoráveis, nos estudos de precisão e de análise de itens, bem como de validação fatorial e validação convergente. Apenas no estudo da validade empírica, a EAAP não apresentou resultados esperados à luz da literatura, o que, como sublinhado antes, pode decorrer de características da amostra específica deste estudo, mais do que de fraca sensibilidade diferencial do instrumento a variáveis da prática clínica.

Importa, pois, considerar algumas das limitações deste estudo. A amostra reduzida e eventualmente enviesada pelo método de recrutamento (resposta voluntária online) não permitiu alcançar conclusões sólidas a partir dos resultados, e as interpretações realizadas devem, como tal, ser prudentes. A mobilização, por parte dos participantes que decidiram responder para um trabalho de auto-análise e um esforço de reflexão crítica sobre as suas práticas condicionou possivelmente os resultados, uma vez que a amostra terá sido composta por psicólogos que estão entre os que mais investem, por exemplo, no autocuidado, na promoção do seu bem-estar psicológico e na eliminação de fontes de stress. Este efeito seletivo poderá ter contribuído também para a uniformização da amostra, reduzindo a variabilidade precisamente em variáveis como as que estavam sob estudo. Por outro lado, o uso de auto-relatos tem limitações, pois a avaliação dos constructos acaba por ser afetada por algum grau de subjetividade no juízo relativo às suas práticas.

A realização de estudos mais amplos, com recurso a outras técnicas de recrutamento das

amostras que evite enviesamentos amostrais, será necessária, no estudo deste tipo de variáveis.

Uma outra limitação mais específica consistiu em a amostra observada ser composta principalmente por mulheres. Apesar de a população de psicólogos clínicos ser maioritariamente feminina (84,2%, de acordo com o censo de 2014 da Ordem dos Psicólogos Portugueses), será interessante em estudos futuros recorrer a amostras em que a discrepância numérica entre mulheres e homens seja menor, de forma a tornar também possível explorar as diferenças, ao nível do autocuidado, entre os dois grupos.

Seria também interessante ter aprofundado algumas características da amostra, através de uma recolha mais pormenorizada no que toca os critérios do estudo de validação empírica, nomeadamente, identificando participantes que são, eles próprios, supervisores, ou aqueles que tinham frequentado supervisão anteriormente, e a duração desse processo.

Por último, é importante assinalar que o facto de os questionários terem sido respondidos durante a pandemia de COVID-19 poderá ter influenciado as respostas, uma vez que os psicólogos clínicos não se encontravam no seu contexto habitual e numa rotina de vida normal.

Referências

- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(6), 603–612.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(1), 16–20.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychotherapist wellness as an ethical imperative. In L. VandeCreek, & J. B. Allen (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on health and wellness* (pp. 257–271). Professional Resources Press.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25* (24), 3186–3191.
<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.
- Briggs, D. B., & Munley, P. H. (2008). Therapist stress, coping, career sustaining behavior and the working alliance. *Psychological Reports, 103*(2), 443–454.
<https://doi.org/10.2466/PRO.103.6.443-454>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associate.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a self-care assessment for psychologists. *Journal of Counseling Psychology, 64*(3), 325–334.
<https://doi.org/10.1037/cou0000206>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., & Zahniser, E. (2017). Work life, well-being, and self-care across the professional lifespan of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 48*(6), 429–437.
<https://doi.org/10.1037/pro0000160>
- Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of education measurement*. Prentice Hall.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). New York: Routledge.
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of 207 counselling psychologists personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(4), 402–407.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.4.402>
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self – care by other – care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9*(1), 3–24.

- <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Goncher, I. D., Sherman, M. F., Barnett, J. E., & Haskins, D. (2013). Programmatic perceptions of self-care emphasis and quality of life among graduate trainees in clinical psychology: The mediational role of self-care utilization. *Training and Education in Professional Psychology, 7*, 53–60. <https://doi.org/10.1037/a0031501>
- International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). www.InTestCom.org
- Johnson, W. B., Barnett, J. E., Elman, N. S., Forrest, L., Schwartz-Mette, R., & Kaslow, N. J. (2014). Preparing trainees for lifelong competence: Creating a communitarian training culture. *Training and Education in Professional Psychology, 8*(4), 211–220. <https://doi.org/10.1037/tep0000048>
- Ledesma, R., Ferrando, P., & Tosi, J. (2019). Uso del análisis factorial exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para autores y revisores. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 52*(3), 173–180. <https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.13>
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapist's personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 14–16. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.1.14>
- Montenegro, A. R. (2019). “A prática faz o mestre”: Estudo do treino e integração do autocuidado na formação académica em psicologia. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- McCormack D. (2003). An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing Leadership, 16*(4):48–62. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2003.16342>
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Hoglend, P. A., Monsen, J. T., & Ronnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 483–495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(6), 710–713. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.6.710>
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care (2nd ed.). The Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2013). Psychotherapist self-care checklist. In G.P. Koocher, J.C., Norcross, B.A. Greene, (Eds). *Psychologists' desk reference* (pp. 745-753). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Novo, R. F. (2003). Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 2*(20), 183-203.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (2004). Escalas de bem-estar psicológico (versão reduzida). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 345–350. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.345>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016_1.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). Os números de ordem. Resultado do Censo dos membros efectivos. Gabinete de estudos da OPP.

- https://issuu.com/ordemdospsicologos/docs/dossier-censo-web?utm_medium=referral&utm_source=www.ordemdospsicologos.pt
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 142–152.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.142>
- Pope, K., & Tabachnick, B. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology Research and Practice, 25*(3), 247–258.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 50*(5), 343–350.
<https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development, 12*(1), 35–55.
<https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(1), 79–85. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.79>
- Silva, A.N. (2019). O auto-cuidado nos psicoterapeutas. In Constança Biscuais & David Neto (Eds.), *A prática profissional da psicoterapia* (pp. 203 - 217). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Skovholt, T. M. (2016). *Skovholt practitioner professional resiliency and self-care inventory, 2014 version. The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions: Third edition* (pp. xix-xxii). Taylor and Francis Inc.
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development, 27*(3), 167–176.
<https://doi.org/10.1177/089484530102700303>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica, 53*, 353–378.
https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist, 66*, 579–592.
<https://doi.org/10.1037/a0021769>
- Wise, E., & Barnett, J. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 5. Education and Profession* (pp. 209–222). American Psychological Association.
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 487–494.
<https://doi.org/10.1037/a0029446>