Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A Vivência de Psicólogos(as) em Oncologia: Impactos e Desafios na Intervenção Clínica

Inês Godinho Candeias

Orientador(es) | Constança Biscaia

Évora 2025

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A Vivência de Psicólogos(as) em Oncologia: Impactos e Desafios na Intervenção Clínica

Inês Godinho Candeias

Orientador(es) | Constança Biscaia

Évora 2025

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente	João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)
Vogais	Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Arguente) Constança Biscaia (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2025

Agradecimentos

À Professora Constança Biscaia, pela orientação, apoio e constante disponibilidade. Sou profundamente grata por todos os ensinamentos e momentos de partilha que transcenderam esta investigação. Marcou, sem dúvida, estes cinco anos de aprendizagem e agradeço-lhe por ter estado sempre tão presente.

Aos(às) psicólogos(as), pela participação nesta investigação e pelas experiências generosamente partilhadas.

Aos meus pais, por acreditarem sempre em mim e por terem sido incansáveis ao longo deste percurso. Grata por todo o amor, carinho e esforço que me permitiram realizar este sonho. Sem vocês nada disto teria sido possível. *O meu maior obrigada é vosso.*

Ao meu irmão, por acreditar em mim e por ser um dos meus maiores pilares. Sou muito grata por estares sempre presente e por contribuíres igualmente para os meus sonhos.

Ao Miguel, pelo apoio incondicional, por estar ao meu lado todos os dias e por acreditar em mim mesmo quando eu própria duvidava. Não existem palavras suficientes para agradecer todo o carinho e apoio.

Aos meus avós, tios e primas, por acreditarem igualmente em mim e por todo o carinho ao longo deste percurso. Tenho muita sorte por vos ter.

À minha estrelinha, que será sempre a minha maior fonte de inspiração. Não tenho dúvidas que iluminaste o meu caminho e espero que estejas orgulhosa. Sei que estás comigo e esta vitória é por ti.

Às minhas amigas Amélia, Clara, Margarida, Ana e Rita, que mesmo longe fizeram questão de estar sempre perto. Obrigada por acreditarem em mim e por festejarem cada conquista. Um agradecimento especial à Ana, por partilhar este momento comigo e por ser um apoio fundamental.

A Évora e à Universidade de Évora, que serão sempre casa.

A Todos, que fizeram parte desta caminhada, deixo o meu profundo e sincero agradecimento.

A Vivência de Psicólogos(as) em Oncologia: Impactos e Desafios na Intervenção Clínica

Resumo

A Psico-Oncologia procura responder, de forma interdisciplinar, às necessidades físicas, emocionais e sociais dos doentes e famílias. A elevada carga emocional deste contexto coloca, contudo, desafios significativos aos(às) psicólogos(as). Este estudo teve como objetivo compreender os principais desafios do acompanhamento em oncologia, os impactos emocionais e pessoais dessa prática e as estratégias de autorregulação desenvolvidas. Recorreu-se a uma metodologia qualitativa, baseada em nove entrevistas semiestruturadas a psicólogos(as) em oncologia e cuidados paliativos. A análise temática identificou quatro temas: (I) Desafios no trabalho com doentes oncológicos, abrangendo, entre outros, o sofrimento e a finitude; (II) Estratégias de Autorregulação, salientando-se a supervisão, autocuidado e suporte da equipa multidisciplinar; (III) Desenvolvimento Pessoal, caracterizado pela reestruturação de prioridades e valorização da vida; (IV) Desenvolvimento Profissional, traduzido no aumento de competências técnicas e identidade profissional. Os resultados evidenciaram a necessidade de apoios institucionais que promovam o bem-estar e a qualidade da prática clínica.

Palavras-chave: Desafios; Estratégias; Impacto Emocional; Regulação Emocional; Oncologia.

The Experience of Psychologists in Oncology: Impacts and Challenges in Clinical Intervention

Abstract

Psycho-Oncology seeks to respond, in an interdisciplinary manner, to the physical, emotional, and social needs of patients and their families. However, the high emotional burden of this context poses significant challenges for psychologists. This study aimed to understand the main challenges of oncology monitoring, the emotional and personal impacts of this practice, and the self-regulation strategies developed. A qualitative methodology was used, based on nine semi-structured interviews with psychologists in oncology and palliative care. Thematic analysis identified four themes: (I) Challenges of monitoring cancer patients, including, among others, suffering and death; (II) Self-regulation Strategies, emphasizing supervision, self-care, and support from the multidisciplinary team; (III) Personal Development, characterized by restructuring priorities and valuing life; (IV) Professional Development, translated into increased technical skills and professional identity. The results highlighted the need for institutional support that promotes well-being and quality of clinical practice.

Key-words: Challenges; Emotional Impact; Emotional Regulation; Oncology, Strategies;

Índice

Agradecimentos 1

Resumo 2

Abstract 3

Introdução 6

1. Enquadramento Teórico 8

1.1. Psico-Oncologia 8

1.2. Intervenção Psicológica: Principais Desafios no Cuidado ao Doente Oncológico e à Família 9

1.3. A Regulação Emocional do(a) Psicólogo(a) Clínico(a) em Oncologia 13

2. Método 17

2.1. Objetivos do estudo 17

2.2. Participantes 17

2.3. Instrumento utilizado na recolha de dados 18

2.4. Procedimento de Recolha de Dados 19

2.5 Procedimento de Análise de Dados 20

3. Resultados 23

3.1.Resultados e Discussão 23

3.2. Síntese integrativa dos resultados em função dos objetivos 47

Conclusão 52

Referências Bibliográficas 54

ANEXOS 62

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos participantes …… 17

Índice de Figuras

Figura 1. Quadro síntese dos temas e subtemas……. 23

Figura 2. Esquema síntese do tema 1……. 25

Figura 3. Esquema síntese do tema 2……. 33

Figura 4. Esquema síntese do tema 3……. 40

Figura 5. Esquema síntese do tema 4……. 44

Índice de Anexos

Anexo A. Consentimento Informado……. 63

Anexo B. Guião da Entrevista Semiestruturada……. 64

Anexo C. Tabela de Análise de Dados……... 65

Introdução

A presente investigação, desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, tem como foco central a vivência do(a) psicólogo(a) em oncologia, mais especificamente os desafios e impactos emocionais associados à prática clínica.

O cancro é, atualmente, uma das doenças de maior impacto a nível mundial, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelas consequências físicas, emocionais e sociais que provoca nos doentes e famílias. Esta complexidade impulsionou o desenvolvimento da Psico-Oncologia, área da Psicologia da Saúde, que procura responder às necessidades através de suporte emocional, psicossocial e psicoterapêutico (dos Santos Pio e Mello Andrade, 2020). Em conjunto com as equipas multidisciplinares, o(a) psicólogo(a) contribui para a adaptação ao diagnóstico, para a adesão aos tratamentos e para a reorganização de significados em momentos de perda e luto, desempenhando um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida.

Por conseguinte, este contexto é particularmente exigente, uma vez que implica o contacto contínuo com a dor, o sofrimento e a finitude da vida. A exposição prolongada a estas experiências pode desencadear sentimentos de impotência, provocando desgaste emocional e em casos mais avançados, crises de *burnout* (Magalhães e Assunção, 2015). Estes aspetos afetam não apenas a saúde do(a) psicólogo(a), mas também a sua disponibilidade e a eficácia da própria intervenção. Reconhecer a importância de proteger o bem-estar emocional dos(as) psicólogos(as) em oncologia constitui, por isso, uma condição essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Assim, a regulação emocional assume-se como uma competência imprescindível. Esta permite reconhecer e aceitar as próprias emoções, desenvolvendo estratégias de autorregulação adequadas para lidar com situações de elevada intensidade, como a reestruturação cognitiva, o autocuidado, o suporte multidisciplinar e familiar, entre outras (de Matos e Von Borowski, 2019; Gross, 2014). Quando desenvolvidas e aplicadas de forma eficaz, estas estratégias fortalecem a inteligência emocional, prevenindo o desgaste e promovendo a qualidade da intervenção clínica (Faria e Figueiredo, 2017).

Deste modo, a presente investigação de natureza qualitativa tem como objetivo compreender a vivência do(a) psicólogo(a) clínico(a) em oncologia, explorando os principais desafios do acompanhamento com doentes oncológicos, os impactos emocionais e pessoais

decorrentes desta prática e as estratégias de autorregulação utilizadas para lidar com as exigências do contexto. Na primeira parte do trabalho é descrito o enquadramento teórico, que se inicia com a definição da Psico-Oncologia e a sua relevância, segue para a análise dos principais desafios na intervenção clínica com o doente, a família e a equipa médica, e termina com a regulação emocional do(a) psicólogo(a), destacando modelos e estratégias que permitem lidar com as exigências emocionais. Seguidamente, apresenta-se a metodologia utilizada, desde os objetivos do estudo, participantes, instrumento e procedimento de recolha e análise de dados. Posteriormente, apresentam-se, analisam-se e interpretam-se os resultados obtidos. E por último, destacam-se as principais conclusões, possíveis limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Psico-Oncologia

O elevado número de casos de cancro a nível mundial evidenciou a necessidade de desenvolver técnicas e estratégias eficazes de prevenção, tratamento e *follow-up* e de garantir o acesso a cuidados paliativos, sempre que necessário. Neste contexto, é fundamental uma abordagem interdisciplinar que assegure uma avaliação abrangente e especializada e uma resposta adequada a todas as necessidades do doente. Por sua vez, estas necessidades não se limitam apenas a aspetos físicos, como a dor ou a perda de autonomia, mas abrangem também dimensões emocionais, interpessoais e sociais, que podem comprometer significativamente a qualidade de vida do doente e da sua família (Grassi, 2019).

Desta forma, e com o objetivo de dar respostas a estas questões, surgiu em 1970 a Psico-Oncologia desenvolvida por Arthur Sutherland, David Kissane, Elizabeth Kübler-Ross e Jimmie Holland, ao identificarem necessidades psicossociais não reconhecidas em doentes oncológicos. Assim, esta área foca-se em estudar as reações psicológicas, sociais e comportamentais do doente e da sua família, que se podem desenvolver ao longo dos diferentes estágios da doença oncológica (Croy, 2010; Holland e Breitbart, 2010).

De forma mais detalhada, a Psico-Oncologia intervém na identificação e tratamento do sofrimento psicológico associado ao diagnóstico de um cancro, na promoção de estratégias de *coping* eficazes para lidar com as exigências emocionais e físicas da doença, na comunicação entre o doente, a família e a equipa médica, e no acompanhamento ao longo de todo o percurso, incluindo situações de fim de vida e consequentemente de luto (Grassi, 2019). Assume assim um papel essencial para promoção de uma abordagem centrada na pessoa, onde a articulação entre os diversos profissionais de saúde garante um acompanhamento holístico e humanizado.

Inclusive, estudos anteriores, como o de Teo et al. (2019), confirmaram que intervenções psicossociais bem estruturadas são eficazes na melhoria da qualidade de vida, redução de sintomas, e na promoção de bem-estar, mesmo em fases mais avançadas. Estes dados reforçam a ideia anteriormente mencionada de que a Psico-Oncologia contribui para a valorização da dignidade, conforto e sentido ao longo de todo o percurso de doença.

O(a) psicólogo(a) desempenha assim um papel fundamental desde o apoio na adaptação, consciencialização e aceitação do diagnóstico, e posterior adesão aos tratamentos, até à gestão de perdas, luto e questões existenciais que possam surgir. É uma fase muito dolorosa, um contexto muito desafiante e por isso é essencial garantir que se cria um espaço seguro e de confiança onde o doente possa partilhar as suas angústias, sem medos e julgamentos.

Por conseguinte, a Psico-Oncologia e o acompanhamento que se realiza são essenciais para garantir que o doente e a família possam vivenciar esta fase com o máximo de conforto e bem-estar possível, assegurando que todas as suas questões e necessidades físicas, emocionais, relacionais e existenciais são reconhecidas e devidamente acompanhadas.

1.2. Intervenção Psicológica: Principais Desafios no Cuidado ao Doente Oncológico e à Família

O diagnóstico de uma doença oncológica traz consigo uma série de perdas com as quais o paciente e a sua família são obrigados a lidar, muitas vezes sem estarem preparados para essa mudança. As perdas de autonomia, de autoimagem, de autocuidado, de capacidade física, do seu próprio emprego, do seu cargo social e familiar, entre outras, causam angústia, tristeza e medo, podendo, em casos mais graves, originar uma depressão profunda. É neste momento de dor, sofrimento e luto que os profissionais de saúde vão intervir procurando assegurar uma maior qualidade de vida (Salazar, 2017).

Por sua vez, a relação terapêutica, classificada como o vínculo estabelecido entre o(a) psicólogo e o doente, tem um papel fundamental ao permitir um ambiente acolhedor e de partilha, onde o(a) profissional procura garantir uma presença empática e compreensiva, facilitando o processo de mudança (Freitas et al. 2024; Greenberg, 2014; Norcross, 2011).

Na sua abordagem centrada na pessoa, Carl Rogers (1951) destacou a relação terapêutica como uma forma única de interação, distinta de todas as outras experiências do indivíduo. Neste contexto, o doente pode ser verdadeiramente genuíno, sem medo de julgamentos, partilhando de forma livre as suas angústias, preocupações e dilemas existenciais. Trata-se, assim, de uma relação marcada por uma abertura total à expressão emocional, sustentada por uma atitude empática e de aceitação por parte do(a) psicólogo(a) (Borja-Santos, 2004).

Desta forma, uma relação terapêutica devidamente construída e solidificada é um preditor para a eficácia da intervenção (Haugh e Paul, 2008; Payne et al. 2020). Horvath e Symonds (1991) comprovaram essa mesma ideia ao demonstrar nos seus estudos uma associação direta entre a qualidade da relação terapêutica e os resultados positivos na intervenção psicológica.

No que diz respeito à intervenção, o(a) psicólogo(a) pode atuar com o doente, com a família e com a própria equipa multidisciplinar. Com o doente, procura promover o máximo de bem-estar físico e emocional, diminuindo os níveis de dor e sofrimento. Para que isso possa acontecer, deve-se garantir uma boa relação terapêutica que permita integrar experiências passadas e a compreensão de emoções e crenças desadaptativas. Após o momento do diagnóstico o foco passa por garantir uma boa rede de suporte e a gestão emocional através de técnicas de relaxamento. Ao longo do tratamento, o(a) psicólogo(a) procura manter o suporte emocional, psicoeducar acerca da doença, das suas fases e dos efeitos secundários que a mesma poderá desencadear, reforçando a importância de uma adesão terapêutica para um melhor prognóstico. Por último, alerta sobre a necessidade de alterar estilos de vida menos saudáveis e garante que todas as necessidades são devidamente atendidas (Ramos, 2016).

Com a família, procura avaliar a exaustão familiar, as expectativas irrealistas, o medo, a culpa, as dinâmicas familiares, o sigilo, trabalhar na reconstrução de significados e quando necessário iniciar o processo de elaboração de despedida. Ou seja, procura abordar o que a mesma sabe, pensa, sente e espera acerca do decorrer do estado clínico para que possa compreender qual o plano de intervenção a desenvolver. Contudo, por vezes, os familiares estão tão focados em apoiar o paciente que acabam por recusar o apoio que lhes é oferecido. Esta decisão acaba por surgir ou porque acreditam que o único foco deve ser a pessoa doente ou porque sabem que evitar este apoio é uma forma de evitar conversas dolorosas que os fazem refletir sobre aspetos que não querem falar. Assim, o(a) psicólogo(a) vai-se deparar com diversos desafios e pensamentos automáticos que necessita de desmistificar para que a sua intervenção seja eficaz. Em casos de processo de luto, uma experiência humana universal, única e dolorosa, o(a) psicólogo(a) procurará elaborar essa perda, trabalhará as emoções envolvidas e o sofrimento vivenciado, para que com o tempo a pessoa enlutada possa adaptar-se à nova realidade (Salazar, 2017).

Com a equipa multidisciplinar procura restabelecer o bem-estar da mesma preparando-os para novas adversidades que possam existir, desenvolver momentos de relaxamento e terapia em grupo, reforçar a necessidade de estabelecimento de limites, elaborar o luto pela perda de um paciente significativo e ainda fortalecer uma inteligência emocional adequada para sobreviver a todas as exigências. No fundo, o seu papel é mediador uma vez que, regula as próprias emoções e garante equilíbrio emocional entre o paciente, a família e a equipa (Matsumoto, 2012).

Por ser um contexto extremamente desafiante, as longas horas de trabalho, as crises relacionais entre equipa, os resultados menos positivos face ao diagnóstico dos doentes, a transmissão de notícias difíceis, o sentimento de impotência e o lidar diariamente com altos níveis de sofrimento são considerados fatores extremamente desgastantes (de Melo e Raupp, 2020; Rai e Ross, 2024).

Inclusive, Geovanini e Braz (2013) destacaram que a comunicação da verdade classifica-se como o principal desafio ético percecionado pelas equipas multidisciplinares em oncologia. Assim, torna-se essencial por parte do(a) psicólogo(a) o desenvolvimento de habilidades e técnicas de comunicação adequadas à gravidade da situação. É importante a postura não verbal, o contacto visual, o posicionamento que se adota em relação à pessoa, o contacto físico, a voz e o discurso. A empatia, ou seja, a dedicação e desejo de compreender e validar a história que o doente vivencia. E a escuta ativa, ou seja, focar realmente a atenção no outro e no que ele está a sentir, garantindo uma maior confiança e uma maior aliança terapêutica (Brown, 2017; Matsumoto, 2012).

Por vezes, a dificuldade não está em informar, mas em decidir quando, onde e que informação relevar, sobretudo em diagnósticos avançados. Por sua vez, a equipa em conjunto com o doente e a família procuram chegar a decisões sólidas que sejam consistentes com os seus desejos, tendo em conta as vantagens e desvantagens da decisão (Geovanini e Braz, 2013; Shuman et al. 2013). Torna-se, assim, fundamental que o(a) psicólogo(a) tenha uma preparação adequada para responder aos questionamentos, medos e angústias que possam surgir (Bastos et al. 2016)

A comunicação é muito mais do que transmitir informação, é um processo que envolve várias pessoas e em que tem como objetivo a compreensão mútua entre ambas as partes. Assim, a comunicação assertiva exige tempo, compromisso e desejo sincero de ouvir e compreender as preocupações do outro. Trata-se de dar resposta quando não existem respostas ou de simplesmente estar com a pessoa e ser uma presença empática no momento de dor (Cardoso & Cardoso, 2013).

Para além da comunicação de notícias difíceis, é ainda importante destacar o impacto das perdas, outro grande desafio em oncologia vivenciado pelo(a) profissional de saúde. Ainda que a morte e o luto façam parte do seu dia a dia, o contacto direto com tanto sofrimento e com a perspetiva de finitude da vida confronta-o(a) com experiências emocionalmente intensas. Estas podem ainda apresentar um maior impacto em consequência do tempo de acompanhamento, do envolvimento e da ligação que se cria com o doente. Para além disso, o(a) psicólogo(a) contacta ainda diretamente com a família enlutada, o que pode ser igualmente bastante desafiante (Freitas et al. 2024; MacKinnon et al. 2013).

Ao acompanharem continuamente histórias de dor e de despedida são expostos(as) a processos emocionais que nem sempre são devidamente reconhecidos e elaborados. Andery et al. (2020), destacaram a idealização criada e interiorizada pelo doente e por vezes pelo(a) psicólogo(a), de que este é o(a) "salvador(a)", o que pode desencadear sentimentos de frustração, impotência e sofrimento quando o(a) mesmo(a) é confrontado com os seus próprios limites. A morte de um paciente, ainda que esperada, pode impactar profundamente a identidade pessoal e profissional do(a) psicólogo(a) (Bromberg, 1996), podendo despertar angústias referentes a perdas anteriores e alerta-o(a) para a sua própria finitude (de Carvalho Freitas e de Oliveira, 2010; Rai e Ross, 2024).

Assim, é imprescindível que os(as) profissionais que lidam diariamente com perdas, e consequentemente com casos de luto, reconheçam os seus próprios limites e necessidades emocionais. Quando isso acontece, a perda pode ser realmente transformadora ao reforçar a importância de um olhar empático e ao estimular por parte do(a) psicólogo(a) a sua reflexão crítica e o seu cuidado, não só para com o outro, mas também para com consigo próprio (de Carvalho Freitas e de Oliveira, 2010; Worden, 1998).

Apesar da relevância deste tema, ainda são escassos os estudos que analisam em profundidade os impactos emocionais vivenciados pelos(as) psicólogos(as) em contexto oncológico. A maioria da investigação tem privilegiado outros profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros(as). Kayalar e Hiçdurmaz (2024) realçaram que os enfermeiros enfrentam níveis elevados de sofrimento emocional e exaustão, frequentemente associados à exposição contínua à vulnerabilidade e à finitude. De forma complementar, Lyu et al. (2024) evidenciaram que a sobrecarga de trabalho, a ausência de supervisão e a exigência em responder a múltiplas necessidades dos doentes geram uma pressão significativa, colocando em risco o desempenho clínico. Perante este cenário, diversos autores sublinham a importância de apoios institucionais eficazes que assegurem o bem-estar dos(as) profissionais (Martinez-Calderon et al. 2024; Salehi et al. 2025). Assim, reforça-se a necessidade de estudos que deem maior visibilidade à perspetiva dos(as) psicólogos(as).

1.3. A Regulação Emocional do(a) Psicólogo(a) Clínico(a) em Oncologia

Em oncologia, o envolvimento emocional dos(as) profissionais de saúde, em particular dos(as) psicólogos(as), pode levar o(a) profissional a envolver-se demasiado na relação, o que dificulta o seu trabalho em casos de prognósticos menos positivos, contribuindo para uma maior angústia, tristeza e sofrimento (Delafontaine et al. 2024; Labate e Cassorla, 1999). Quando o doente falece, e já se criou uma ligação emocional extremamente forte, o(a) profissional pode não ser capaz de elaborar essa perda, desenvolvendo diversos sintomas somáticos como fadiga, distúrbios de sono, alterações no apetite e na motivação, ou sintomas psicológicos como culpa, frustração, ansiedade, entre outros (Bromberg, 2000; Franco, 2023). Desta forma, é extremamente importante que tenha um suporte emocional adequado e que aposte em formações que promovam as suas competências emocionais.

Consequentemente, surgiu a Regulação Emocional, um conceito multidimensional que envolve a compreensão e aceitação das emoções e o desenvolvimento de estratégias ajustadas aos objetivos e às exigências situacionais, sendo uma característica pessoal e profissional imprescindível no exercício da prática clínica (Gratz e Roemer, 2004). Cada emoção vivenciada exige uma estratégia de regulação específica, para que o sujeito se adapte adequadamente ao contexto em que se insere. Tirch e Napolitano (2013) destacaram que a regulação emocional é efetivamente uma estratégia de *coping* utilizada para lidar com a intensidade emocional vivenciada no dia a dia (de Matos e Von Borowski, 2019).

Nesse sentido, Gyurak et al. (2013) distinguiram dois tipos de regulação emocional: a explícita e a implícita. A explícita caracteriza-se por processos que requerem esforço consciente e monitorização, estando assim associados a um determinado nível de *insight* e consciência. Por outro lado, a implícita associa-se a processos que se desenvolvem automaticamente face ao estímulo apresentado sem qualquer monitorização, podendo acontecer sem a consciência do próprio.

Por conseguinte, Pinto et al. (2025), introduziram, recentemente, *o Emotion and Affect Systems Evaluation Layer (EASEL-3)*, um instrumento de autorrelato que permite avaliar de forma integrativa os mecanismos de regulação emocional. Este modelo distingue três sintomas funcionais: 1) o sistema de ameaça, responsável por detetar potenciais perigos e desenvolver respostas de proteção; 2) o sistema de procura, associado à motivação para alcançar recursos, satisfazer necessidades e experienciar prazer; e 3) o sistema de tranquilização, que promove segurança, ligação interpessoal e autorregulação. A avaliação consiste em pedir ao indivíduo que indique, numa escala de *Likert,* o grau em que cada um destes sistemas se manifesta no seu quotidiano. Deste modo, pontuações mais elevadas no sistema de ameaça indicam uma maior predisposição para respostas defensivas ou de alerta emocional, e valores mais altos nos sistemas de procura e de tranquilização refletem, respetivamente, uma maior orientação para objetivos e uma maior capacidade de autorregulação.

Segundo Gross (1998) e com base no seu Modelo da Regulação Emocional, o indivíduo desenvolve várias estratégias que podem ser utilizadas em diferentes níveis de situação-resposta (Gross, 2014). Por conseguinte, enumera-as em: seleção da situação (e.g., evitar eventos que possam causar *stress*), alteração da situação (e.g., reduzir a tensão durante uma reunião difícil ao sugerir uma pausa), modificação do foco atencional (e.g., desviar a atenção de aspetos negativos e focar em aspetos positivos), reestruturação/reavaliação cognitiva (e.g., reinterpretar uma falha como uma oportunidade de aprendizagem) e modulação de resposta (e.g., supressão emocional: esconder a raiva durante uma discussão para evitar conflitos). Estas podem ter como base dois focos, o antecedente (e.g., seleção da situação; modificação de situação; modificação do foco atencional; reavaliação cognitiva) onde estas são desenvolvidas antes da emoção desadaptativa ser totalmente vivenciada e o de resposta (e.g., modulação de resposta), onde as estratégias surgem como resposta à emoção que a situação desencadeou. (Gross e John, 1998; Gross e Muñoz, 1995; Szczygieł et al. 2012). E podem ainda ser

classificadas como cognitivas ou situacionais, simbólicas ou ativas (Kokkonen e Pulkkinen, 1999).

Dentro dessas estratégias, o(a) psicólogo(a) pode promover a sua resiliência, inteligência emocional, autoeficácia e autocuidado. A resiliência corresponde à capacidade de enfrentar e superar adversidades de forma eficaz (Grotberg et al. 1995). A inteligência emocional envolve perceber, compreender e gerir as emoções de forma adaptativa (Bueno, 2023). A autoeficácia refere-se à confiança nas próprias capacidades para atingir objetivos (Bandura, 2012). É importante que o profissional confie em si e nas suas capacidades para que o seu desempenho seja eficiente. E o autocuidado consiste em adotar hábitos saudáveis que promovam o seu bem-estar físico e psicológico. É aceitar que todo o ser humano tem limites, procurando conhecer-se a si e às suas emoções (de Melo e Raupp, 2020).

A nível profissional, devem ainda ser garantidas oportunidades de desenvolvimento profissional, supervisão individual ou em grupo, apoio social, autonomia e *feedback* de forma regular (McCormack et al. 2018).

Em contrapartida, e nos casos em que o(a) psicólogo(a) não aposta neste desenvolvimento pessoal e profissional, mas continua a lidar diariamente com diversas exigências emocionais pode começar a sentir-se cada vez mais esgotado e desenvolver uma crise de *burnout.* O *burnout* é uma síndrome que se divide em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (Maslach e Jackson, 1981 cit in., Balbay et al. 2021). A exaustão emocional traduz-se num esgotamento associados à sobrecarga e às exigências constantes do trabalho. A despersonalização corresponde ao distanciamento e desligamento por parte do(a) psicólogo(a) em relação aos seus pacientes, colegas e à própria instituição (Hlubocky et al. 2017). E a baixa realização pessoal manifesta-se em descontentamento e desmotivação, resultando num menor investimento e eficácia profissional (Brotheridge e Grandey, 2002). O aparecimento de uma crise de esgotamento é gravemente prejudicial não só para o(a) psicólogo como também para o paciente uma vez que, os cuidados prestados tornam-se menos eficazes e a atenção torna-se mais distante. Este fenómeno compromete a eficácia da intervenção, aumentando os níveis de sofrimento e o risco de erro (McCormack et al. 2018).

Por conseguinte, é possível concluir que a Regulação Emocional assume um papel fundamental na prática clínica, sobretudo em contextos tão desafiantes como a oncologia.

Perante todas as exigências o(a) psicólogo(a) deve desenvolver competências que lhe permitam gerir adequadamente as suas emoções, prevenindo o seu próprio desgaste psicológico. Desta forma, o desenvolvimento de estratégias de autorregulação não só favorecem o seu próprio bem-estar, como aumentam a sua capacidade de estar verdadeiramente presente e empático com o outro, contribuindo para uma intervenção mais eficaz.

2. Método

2.1. Objetivos do estudo

A presente investigação qualitativa teve como objetivo estudar e compreender os principais impactos de ser psicólogo(a) clínico(a) em oncologia. Desta forma, pretendeu-se:

1. **Destacar** os principais desafios de acompanhar doentes oncológicos.
2. **Compreender** os impactos emocionais e pessoais de acompanhar doentes oncológicos.
3. **Identificar** as estratégias de autorregulação utilizadas pelos(as) psicólogos(as) para lidar com as exigências situacionais.

2.2. Participantes

No presente estudo, a amostra foi constituída por nove psicólogos(as) clínicos(as) que exercem em Oncologia e Cuidados Paliativos, com idades entre os 27 e os 57 anos. É de salientar que a participação foi voluntária, não remunerada e confidencial. Dos(as) nove participantes, oito são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino. No que toca às suas áreas de intervenção, quatro intervêm em Cuidados Paliativos e cinco em Oncologia. A sua escolha foi realizada por conveniência tendo em conta a sua área de especialização, a facilidade em participar no estudo e a rede de contactos. Foram excluídos da amostra os psicólogos(as) que não demonstraram interesse ou que recusaram participar no estudo, sendo que dois profissionais recusaram explicitamente o convite e quatro não responderam.

Tabela 1.

Caracterização dos(as) participantes

Entrevista	*Idade*	*Género*	*Área de Intervenção*	*Tempo de exercício na área*
1	32	Feminino	Cuidados Paliativos	6 anos
2	55	Feminino	Cuidados Paliativos	20 anos
3	33	Feminino	Cuidados Paliativos	5 anos
4	57	Feminino	Cuidados Paliativos	24 anos
5	32	Feminino	Oncologia	6 anos
6	31	Masculino	Oncologia	5 anos
7	39	Feminino	Oncologia	9 anos
8	35	Feminino	Oncologia	6 anos
9	27	Feminino	Oncologia	2 anos

2.3. Instrumento utilizado na recolha de dados

A investigadora principal tem a decisão de escolher qual o instrumento de recolha de dados mais adequado para a sua investigação. Assim, e sendo a presente dissertação de cariz qualitativo, a entrevista constitui uma das técnicas mais utilizadas para a recolha de dados (Coutinho, 2014).

A entrevista possibilita "recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito" (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134), onde o guião facilita a abordagem e assegura aos investigadores menos experientes que os seus pressupostos sejam devidamente abordados. É utilizada com o intuito de obter informação e de compreender a subjetividade do indivíduo com base nas suas respostas, permitindo analisar o modo como o mesmo observa, vivencia e analisa as suas experiências (Duarte, 2004 cit in., Batista et al. 2017). Caracteriza-se como uma forma de interação social onde o investigador procura aceder aos dados necessários, de forma a garantir os seus objetivos (Batista et al. 2017; Flick, 2002; Gil, 2008). Assim, é especialmente vantajosa, porque possibilita o contacto com diferentes dimensões do contexto social, favorecendo uma compreensão mais detalhada sobre o comportamento humano (Gil, 1989).

A escolha pela entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados permitiu uma maior flexibilidade nas respostas, possibilitando explorar temas que emergiram durante a sua realização, e que não estavam anteriormente mencionados (Santos et al. 2021). No presente estudo a recolha de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, com um guião de 4 questões previamente organizado e estabelecido. Para a realização do guião foi necessária uma preparação adequada e uma revisão da literatura referente à temática dos conteúdos do projeto (de Oliveira et al. 2023).

O guião da presente investigação contou com as seguintes quatro questões: (1) "Quais os principais desafios que o seu trabalho com doentes oncológicos lhe tem colocado? "; (2) "Que estratégias utiliza para lidar com esses desafios? "; (3) Como descreveria o impacto emocional de trabalhar diariamente com doentes oncológicos?"; (4) "De que forma o trabalho com doentes oncológicos o impacta a nível pessoal?" As perguntas foram assim construídas de forma a assegurar a correspondência com os objetivos da investigação: a primeira está associada ao objetivo de destacar os principais desafios da prática em oncologia; a segunda corresponde ao objetivo de identificar as estratégias de autorregulação utilizadas pelos(as) psicólogos(as) para lidar com as exigências emocionais; e a terceira e quarta estão relacionadas com o objetivo de compreender os impactos emocionais e pessoais da vivência profissional.

Para além destas questões centrais, eram ainda introduzidas outras temáticas emergentes ao longo da entrevista, favorecendo um discurso livre e espontâneo.

Esta maior flexibilidade é congruente com o objetivo da investigação, que procurou proporcionar aos participantes um espaço seguro para refletirem sobre as suas vivências mais impactantes e assim descrever, de forma subjetiva, os principais impactos e desafios que sentem ao acompanhar doentes oncológicos.

2.4. Procedimento de Recolha de Dados

A equipa de investigação foi constituída pela investigadora principal, estudante de Mestrado em Psicologia Clínica, e pela orientadora da investigação. Os dois elementos colaboraram de forma reflexiva e crítica durante todo o processo de investigação, discutindo continuamente todos os passos e procedimentos desde a seleção da amostra e recolha de dados até à interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, a investigadora principal elaborou o consentimento informado (Anexo A) e o guião da entrevista semiestruturada (Anexo B). O guião foi elaborado após uma revisão bibliográfica sobre a temática em estudo, tendo em conta os objetivos definidos para a investigação. Após a sua conclusão, foi realizada uma primeira entrevista-piloto, que permitiu compreender se o guião estava devidamente organizado ou se necessitava de alterações.

Posteriormente, a escolha dos participantes foi realizada por conveniência (Braun e Clarke, 2006), tendo em conta a rede de contactos da investigadora principal e a facilidade dos mesmos em participar no estudo. Após confirmar alguns contactos com psicólogos(as), estes(as) mostraram-se disponíveis para contactar outros(as) colegas, que também aceitaram participar no estudo. Esta estratégia revelou-se prática, uma vez que facilitou o processo de recolha da amostra.

No primeiro contacto, quando realizou o pedido de participação, a investigadora começou por fazer uma breve explicação acerca do projeto de investigação, realçando que toda a informação seria anónima. Após cada confirmação, era acordado o dia, hora e formato em que a entrevista seria realizada, tendo em conta as disponibilidades dos(as) profissionais.

Na fase seguinte, que ocorreu entre os meses de março e abril de 2025, procedeu-se à realização das entrevistas. As entrevistas foram realizadas em formato online, via *zoom*, ou presencialmente, tendo em conta a facilidade geográfica. Em cada uma das opções, a investigadora principal preocupou-se em garantir a máxima privacidade e comodidade, procurando assegurar um ambiente acolhedor. Foram assim realizadas nove entrevistas, cinco em formato online e quatro presencialmente, com um tempo médio de cerca de 45 minutos.

Em entrevistas presenciais, antes de iniciar, o termo de consentimento informado era lido e assinado, assegurando mais uma vez que todos os objetivos do estudo eram devidamente esclarecidos. Em formato online, utilizava-se o mesmo procedimento, com a diferença de que o(a) psicólogo(a) enviava o documento digitalizado e assinado no final da entrevista. Era ainda reforçado que a sua participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento, e que os dados recolhidos seriam anónimos e confidenciais, tendo como base os princípios éticos descritos pela *American Psychological Association* (APA, 2017) e pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. De seguida, a entrevistadora principal agradecia a participação e realizava uma pequena apresentação sobre si (e.g., nome, idade, escolaridade), de forma a criar um ambiente mais descontraído. E por último, só se iniciava a gravação do áudio, após o(a) participante consentir.

Durante as entrevistas, procurava-se aprofundar os diversos temas que o(a) participante destacava, não ficando apenas restrito às quatro questões do guião. Estas serviam apenas como base para iniciar, podendo ser alvo de alterações consoante o desenvolvimento do diálogo. Foi utilizado um vocabulário simples, de fácil compreensão, com partilha de opiniões e experiências de ambas as partes. O importante era que o(a) psicólogo(a) abordasse livremente a temática em estudo, realçando o verdadeiro impacto de exercer nesta área.

Por último, no final de cada entrevista a investigadora voltava mais uma vez a agradecer pela participação, pela disponibilidade e pelo tempo despendido a cada profissional, sublinhando a relevância e o valor da partilha realizada.

2.5 Procedimento de Análise de Dados

A análise temática é uma das técnicas mais utilizadas em estudos qualitativos, uma vez que permite identificar, organizar e interpretar temas e significados, favorecendo uma compreensão mais aprofundada dos conteúdos (Attride-Stirling, 2001).

Tendo como referência Braun e Clarke, a análise dos dados foi desenvolvida pelas seguintes fases: ***1) familiarização com os dados***, onde se transcreveu as entrevistas e se realizou múltiplas leituras e anotações das mesmas; ***2) produção de códigos iniciais,*** onde com base no conteúdo obtido se identificou e sublinhou características significativas para responder às questões de investigação; ***3) identificação dos temas,*** onde se agrupou os códigos semelhantes em temas; ***4) análise e revisão dos temas,*** onde se analisou todos os temas de forma a garantir que estavam devidamente codificados; ***5) definição e nomeação dos temas,*** onde se clarificou o que cada tema significava, criando nomes/definições; e ***6) redação de um relatório***, onde se selecionou, analisou e descreveu exemplos concretos que estabelecessem relações com os dados, com a análise realizada, com a literatura e com os objetivos da investigação.

A primeira etapa, ***1) familiarização com os dados***, iniciou-se com a transcrição das entrevistas, convertendo o áudio para texto. Após terminar cada transcrição, a investigadora ouvia novamente os áudios para verificar se a informação estava devidamente organizada, fazendo várias leituras e sublinhando os aspetos mais importantes. A identificação de cada um(a) dos(as) entrevistados(as) era realizada com o inicial do nome (e.g., *J.*), de forma a assegurar a confidencialidade dos dados.

Seguidamente, demos início à segunda fase, ***2) produção dos códigos iniciais***, onde o objetivo se centrava em identificar unidades de significado da temática em estudo, através da análise e codificação de cada resposta obtida nas entrevistas. Desta forma, optou-se por uma abordagem indutiva (Braun e Clarke, 2006), para que fosse possível delinear significados diretamente dos dados. Assim, os códigos refletiam os desafios, os impactos emocionais e pessoais de acompanhar doentes oncológicos, as estratégias de autorregulação desenvolvidas e as alterações observadas no(a) psicólogo(a). Após a análise de cada entrevista e a atribuição de códigos por resposta, os códigos selecionados foram revistos de forma a agrupar os semelhantes. No final, criou-se uma lista final de 33 códigos.

Na terceira fase, ***3) identificação dos temas***, os códigos finais foram codificados, organizados e agrupados com base nos pontos de convergência no discurso dos(as) participantes. Por sua vez, foram desenvolvidos subtemas que, posteriormente, deram origem aos temas principais.

Na quarta fase, ***4) análise e revisão dos temas,*** utilizou-se uma abordagem mista. Por um lado, seguiu-se uma lógica indutiva (*bottom-up*), onde os significados eram desenvolvidos tendo como base os dados recolhidos. E por outro, uma perspetiva dedutiva (*top-down)*, focada nos objetivos e questões de investigação, com o intuito de verificar a correspondência entre os dados empíricos e os conceitos teóricos previamente estabelecidos. Foram identificados quatro temas e seis subtemas. De seguida, na etapa cinco, ***5) definição e nomeação dos temas,*** atribuíram-se designações e definições tendo como base as citações de cada participante e a temática em questão.

Por último, a sexta etapa, 6***) redação de um relatório***, é considerada o processo final da análise temática. Nesta fase, a articulação com a literatura assumiu um papel fundamental, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada das vivências dos(as) participantes. Por sua vez, exige uma revisão atenta e crítica de todas as fases anteriormente realizadas, com o intuito de assegurar que as ideias apresentadas estão de acordo com o objetivo do estudo. Os resultados foram, assim, organizados e estruturados na secção "Resultados e Discussão", com citações das entrevistas que ilustram os principais desafios e impactos de acompanhar doentes oncológicos.

3. Resultados

3.1. Resultados e Discussão

Serão apresentados, analisados e discutidos os resultados da análise temática, organizados por temas e subtemas previamente estabelecidos, a partir das entrevistas realizadas aos Psicólogos(as) Clínicos(as) com o objetivo de identificar e compreender *os principais desafios e impactos vivenciados pelos(as) psicólogos(as) que atuam em oncologia e as estratégias de autorregulação desenvolvidas.*

Os contributos dos(as) participantes(as) permitiram recolher uma diversidade de experiências e perspetivas, destacando vários aspetos fundamentais para a compreensão dos principais objetivos do estudo. Assim, da análise realizada surgiram quatro grandes temas: 1) Desafios no trabalho com doentes oncológicos; 2) Estratégias de Autorregulação; 3) Desenvolvimento Pessoal; 4) Desenvolvimento Profissional.

Com base na análise de dados, foi possível elaborar um esquema síntese dos temas e subtemas desenvolvidos, ilustrado na Figura 1**.**

Figura 1.

Quadro síntese dos temas e subtemas

Tema 1 Desafios no trabalho com doentes oncológicos	Desafios emocionais
	Desafios técnicos

Tema 2 Estratégias de Autorregulação	Estratégias pessoais de controlo emocional
	Estratégias cognitivas
	Suporte interpessoal
	Estratégias profissionais

Tema 3

Desenvolvimento Pessoal

Tema 4

Desenvolvimento Profissional

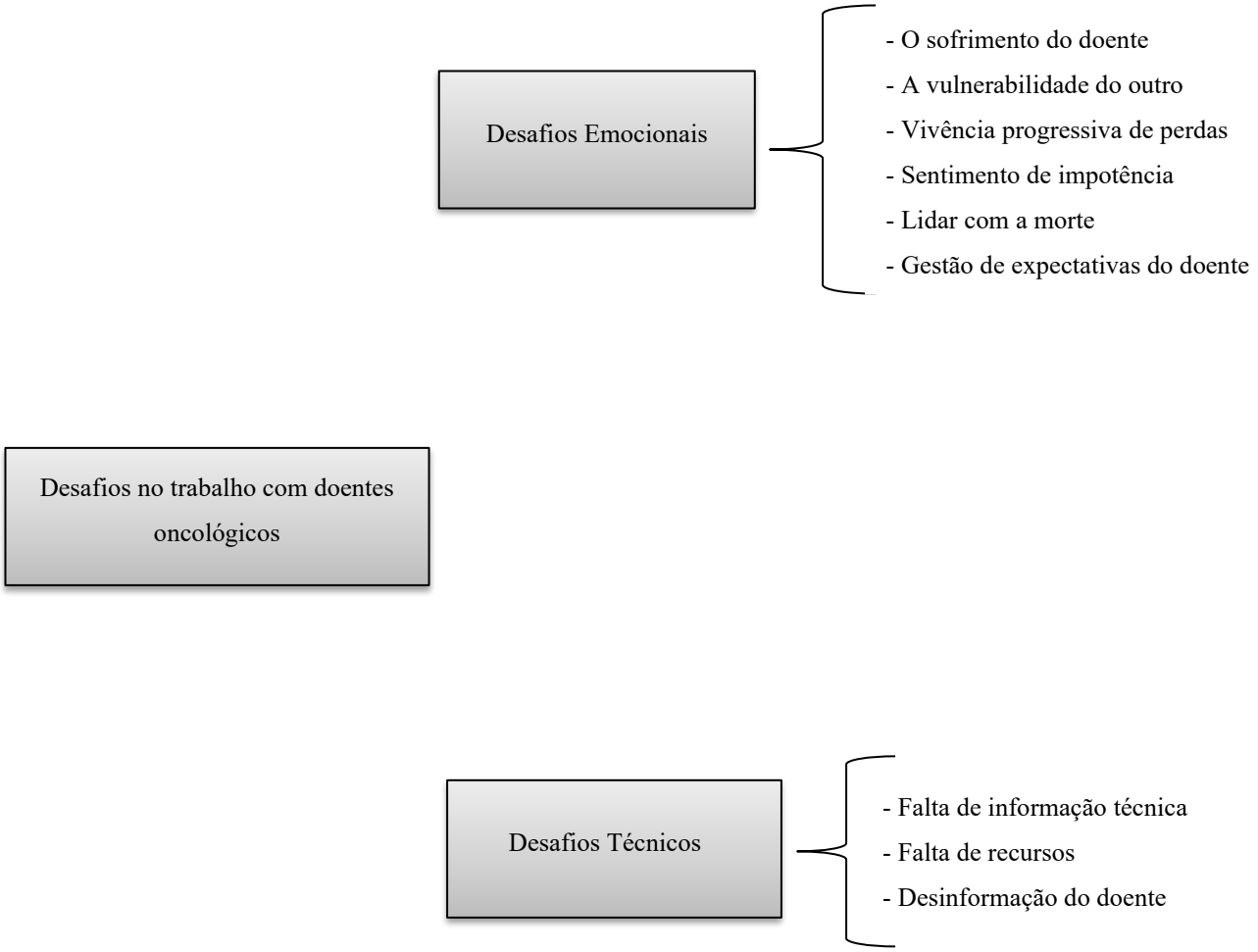
De seguida, apresentamos a descrição e discussão compreensiva dos resultados, recorrendo às vozes dos(as) participantes para justificar as temáticas desenvolvidas. Para que seja mais fácil de analisar, apresentamos para cada um dos temas, um quadro síntese com os subtemas e códigos correspondentes (cf. figuras 2, 3,4 e 5).

Tema 1: Desafios no trabalho com doentes oncológicos

O acompanhamento de doentes oncológicos coloca o(a) psicólogo(a) perante múltiplos desafios que afetam de forma significativa tanto o seu bem-estar emocional como a sua prática profissional. As entrevistas realizadas destacaram que embora os principais desafios sejam de natureza emocional, existem obstáculos de origem técnica que condicionam igualmente o seu desempenho clínico. Nesse sentido, foi identificado o tema, "**Desafios no trabalho com doentes oncológicos"** que se subdividiu em "**Desafios Emocionais"** e **"Desafios Técnicos"** (cf. Figura 2).

Figura 2.

Esquema síntese do Tema 1



O(a) psicólogo(a) em oncologia é confrontado(a) com experiências emocionais de elevada intensidade e complexidade. A partir das entrevistas com os(as) nove psicólogos(as), foi possível identificar seis aspetos fundamentais que geram maior impacto emocional: "o sofrimento do doente"; "a vulnerabilidade do outro"; "vivência progressiva de perdas"; "sentimento de impotência"; "lidar com a morte"; e "gestão de expectativas do doente". Estes aspetos refletem não apenas o impacto emocional, mas também os principais desafios da prática clínica, os quais se revelaram particularmente significativos pela sua carga emocional. Dada a sua relevância, os desafios serão apresentados de forma estruturada e sistemática, integrando as respostas ao longo de toda a entrevista, de modo a compreender integralmente o seu impacto.

O diagnóstico de um cancro provoca a entrada num mundo de incerteza, pela imprevisibilidade da eficácia dos tratamentos, o que pode provocar no(a) doente um profundo

impacto e **sofrimento** *(código 1)* a nível psicológico, acompanhado por medo, confusão e angústia. A ansiedade face ao desconhecido e às consequências a nível pessoal, familiar e social podem comprometer a adesão e adaptação ao processo terapêutico. Esta ideia foi inclusive confirmada por uma das participantes no seu discurso*, há sempre o desafio de gerir a ansiedade do doente com a doença…(J).* Esta ansiedade desencadeia um enorme sofrimento no(a) doente que se tende a agravar pela perceção de perda de autonomia, de capacidades físicas, de alterações nos papéis sociais e familiares, bem como pelo confronto com a finitude da vida.

Outro aspeto a realçar é, a **vulnerabilidade** do(a) doente *(código 2),* que se torna percetível não só nas suas limitações físicas, mas também nos aspetos emocionais e relacionais. Em casos de prognóstico avançado a identidade do(a) doente transforma-se completamente, o que pode provocar um enorme impacto no seu próprio bem-estar. Por sua vez, o(a) psicólogo(a) ao vivenciar este processo de fragilização é frequentemente confrontado com a perda de capacidades do outro, o que pode impactá-lo drasticamente:

(…) o impacto de ver a vulnerabilidade do outro... perda de habilidades físicas e mentais (M).

Esta exposição contínua a aspetos tão exigentes coloca o(a) profissional à prova, sendo por isso, necessário o desenvolvimento de competências a nível emocional. Deste modo, Franco (2023) e Neuman et al. (2018) destacaram exatamente a ideia de que se o(a) psicólogo continuar a expor-se continuamente a muito sofrimento, sem o devido controlo emocional, pode desencadear níveis de fadiga e exaustão emocional extremamente elevados.

A **vivência progressiva de perdas** *(código 3)* é outro aspeto extremamente associado a um contexto como a oncologia. Ao longo do processo terapêutico, o(a) psicólogo(a) não se confronta apenas com a possibilidade de falecimento do(a) doente, e por isso com a perda física, mas também com outras perdas, nomeadamente de capacidades físicas e cognitivas, que impactam igualmente de forma dolorosa. É o(a) psicólogo(a) que acompanha toda a transformação ao longo do decorrer da doença e por isso é destacado pelos(as) participantes como um dos aspetos mais marcantes:

Mas eu lembro-me que quando isto aconteceu tive muita necessidade de escrever e falava muito disso porque não se perde só a pessoa, perde-se a relação… e perder uma relação, principalmente para um psicólogo é um processo muito doloroso… estamos a perder o que construímos com essa pessoa. (M)

(...) é algo para o qual, e sobretudo no início, não estamos preparados (L)

Estas citações evidenciam exatamente a ideia ao destacar o contacto direto com o declínio do(a) doente que provoca não só a perda de funcionalidades, mas também a perda da relação terapêutica, aspeto fundamental em Psicologia. A perda da relação é, neste sentido, a perda do vínculo, o que torna o luto do(a) psicólogo(a) não apenas um processo clínico, mas algo humano, complexo e com diversos significados (MacKinnon et al. 2013). Este impacto é ainda influenciado pela relação terapêutica e consequente ligação que se desenvolveu:

Nem todas as perdas nos impactam da mesma maneira… (...) isto reforça o facto de que nós também criamos relações com as pessoas e as próprias situações e o nosso envolvimento vão influenciar muito o impacto que têm. (J)

Depois também tem muito a ver com o seu envolvimento pessoal… eu não acredito que se perder aqui um doente, uma relação terapêutica, a sua forma de lidar com a perda não será igual em dois casos porque o seu envolvimento emocional não vai ser igual porque são pessoas diferentes. Pode haver pessoas com as quais tenha uma relação terapêutica muito forte e tenha que fazer todo um processo diferente e com outras que não será assim tão impactante. (C1)

Cada relação terapêutica é única, o que implica que a perda também se manifeste de forma singular. O(a) psicólogo(a) pode vivenciar esta experiência de formas distintas, consoante a ligação estabelecida com o(a) doente. Para além disso, podem acontecer casos de contratransferência, em que o(a) psicólogo(a) se revê na situação:

(..) as perdas que têm aqui um maior impacto são efetivamente as dos jovens. E a prevalência desta doença em pessoas mais jovens é cada vez maior… e eu considero-me uma jovem (risos) e por isso considero que são as perdas com mais impacto. (D)

Mas acho que esta é aqui a grande perda e isso é realmente difícil porque me revejo, revejo-me porque sou filha, porque sou mãe e a forma que tenho para lidar é efetivamente estar com os meus porque eu não sei o dia de amanhã. (D)

Quando este processo não é devidamente elaborado pode comprometer a disponibilidade emocional para futuros acompanhamentos e colocar em risco o seu próprio bem-estar.

Em consequência das perdas, e da consciencialização de limites, pode acontecer que o(a) psicólogo(a) comece a desenvolver **sentimentos de impotência** *(código 4)*. Estes sentimentos surgem quando o(a) mesmo(a) perceciona que, apesar da sua intervenção terapêutica e do seu esforço para estabelecer uma relação terapêutica segura, não consegue aliviar o sofrimento do(a) doente e que o seu prognóstico tende a piorar. É por isso o confronto com a realidade e com a falsa idealização de que o(a) psicólogo(a) consegue resolver tudo, o que simplesmente não acontece:

(...) percebermos que não vamos conseguir ajudar todos os doentes oncológicos (C)

(...) em termos emocionais aquilo que mais me custou foi a aceitação de que não vou conseguir resolver a dor da pessoa. (L)

(...) o desgaste que é perceber quais os limites (M)

Este acontecimento pode gerar um conflito interno no(a) próprio(a) psicólogo(a) uma vez que pode desencadear o seu próprio questionamento face às suas competências e ao seu trabalh3o clínico. De acordo com Andery et al. (2020), tornou-se fundamental destacar a importância de ter consciência dos seus limites e da necessidade de não colocar em risco o seu próprio bem-estar.

Apesar da exigência deste contexto, há limites que não podem ser ultrapassados e há estratégias de autocuidado que necessitam de ser preservadas (de Carvalho e de Oliveira, 2010). Para além disso, o(a) psicólogo(a) necessita ainda de se consciencializar de que nem todos os(as) doentes estão dispostos(as) para aceitar a sua ajuda, o que se torna igualmente desafiante, *a Psicologia não é para todos é para realmente para quem quer (D).*

Por conseguinte o **confronto com a morte** *(código 5)* é, talvez, o aspeto mais simbólico e emocionalmente desafiante no contexto oncológico. Embora seja expectável continua a provocar diversos impactos emocionais tanto no(a) doente como no(a) psicólogo(a) que o(a) acompanha. Não é um processo fácil e uma das participantes destacou exatamente essa questão, *não sabia lidar com a questão da possibilidade de morte e a morte em si (E),* o que por sua vez enfatiza a importância de ter uma boa formação acerca do que é a morte e dos impactos que a mesma pode provocar. Para muitos profissionais, lidar com a morte não se limita apenas à parte racional, mas envolve também a capacidade de estar emocionalmente presente nos últimos

tempos de vida, garantindo uma postura empática e compreensiva para com o outro, sem ultrapassar os devidos limites:

(..) tive que me colocar no lugar de que era a profissional que estava a acompanhar aquela pessoa, então vamos tentar viver essa dor como tal e não a fusão de que aquela pessoa estava na minha vida. (L)

No entanto, esta exigência pode ser particularmente difícil quando existe uma relação terapêutica longa e significativa. Como destacaram Hlubocky et al. (2017), não estar devidamente preparado para lidar com a morte pode provocar um envolvimento emocional difícil de controlar e em casos mais graves, o desenvolvimento de uma crise de *burnout.*

Associado a esta questão, surgem ainda as **expectativas irrealistas** *(código 6)*, outro grande desafio que o(a) psicólogo(a) necessita de ultrapassar, *a principal dificuldade tem a ver exatamente com isso, perceber se efetivamente há umas expectativas desajustadas (C).*

A discrepância entre a esperança de cura e a realidade clínica pode impactar drasticamente o processo terapêutico. O conforto com a realidade pode ter um grande impacto emocional no(a) doente, o que pode prejudicar a sua adesão ao processo e consequentemente colocar em risco o papel do(a) psicólogo(a). Desta forma, sempre que possível, o(a) doente deve aceder a toda a informação, de forma clara e verdadeira, para que possa tomar decisões de forma consciente e informada acerca de si, da sua doença e do seu futuro. Ainda que a conspiração do silêncio possa ser uma opção, esta só deve ser aplicada em casos especiais e após avaliação da equipa. Assim, Geovanini e Braz (2013) e Matsumoto (2012) destacaram exatamente esta questão como um dos principais desafios éticos em equipa, exigindo uma articulação cuidadosa entre a informação, o estado clínico do(a) doente, o suporte emocional do(a) mesmo(a) e o respeito pela sua autonomia.

O contacto contínuo com todos estes desafios exige por parte do(a) psicólogo(a) o desenvolvimento de estratégias de autorregulação adequadas, de forma a regular corretamente as suas emoções (Hlubocky et al. 2017). A literatura tem assim comprovado que os profissionais de saúde enfrentam diariamente níveis de *stress* e desgaste emocional extremamente elevados (Franco, 2023; MacKinnon et al. 2013). Este impacto pode demonstrar-se de diversos sintomas e por isso é que é tão importante garantir um olhar atento e cuidado (Figley, 2002; Neumann et al. 2018).

Estes principais desafios emocionais foram identificados pelos(as) nove psicólogos(a) entrevistados(as). Contudo, e dada a complexidade e exigência deste contexto, é possível assumir que existem outras experiências emocionais igualmente marcantes, mas que não foram destacadas de forma explícita neste estudo. Adicionalmente, foram ainda identificados, desafios de ordem técnica, organizacional e institucional, que embora menos visíveis, impactam diretamente a prática clínica e cuja análise se revela igualmente necessária.

A escassez de recursos, a falta de informação técnica e clínica, bem como a frágil articulação entre os(as) profissionais de saúde e o(a) doente, foram os principais obstáculos técnicos descritos pelos(as) participantes. Esta informação foi reforçada pela literatura que destaca exatamente que estes aspetos mais técnicos influenciam e comprometem o bom desempenho dos(as) psicólogos(as) (de Carvalho Freitas e de Oliveira, 2010; Franco, 2023).

A **falta de informação clínica** *(código 7)* compromete drasticamente a intervenção psicológica:

Em primeiro lugar, desafios técnicos, eu sinto que as pessoas vêm muito ter connosco com muitas questões médicas ou até burocráticas, e nem sempre me sinto informada o suficiente ou muitas vezes acaba por não ser uma decisão minha (J)

Este excerto evidencia exatamente que, por vezes, a informação que o(a) psicólogo(a) dispõe não é suficiente para responder às dúvidas do(a) doente ou para o(a) esclarecer devidamente acerca de questões e decisões futuras. Este constrangimento pode ainda comprometer a relação terapêutica, causando sentimentos de frustração, desconfiança e revolta, o que poderá afetar negativamente a adesão do(a) doente ao processo terapêutico. Por sua vez, D'Alton et al. (2021) destacaram que uma integração insuficiente do(a) profissional de saúde na equipa multidisciplinar compromete a eficácia da intervenção e reforça o sentimento de desvalorização do seu papel. Paralelamente, Andery et al. (2020), reforçaram que esta falta de informação contribui para que o(a) profissional não esteja devidamente informado de todas as necessidades que devem ser garantidas, dificultando o desenvolvimento de uma abordagem integrativa.

Para além desta limitação na informação, destacaram ainda, a **escassez de recursos** *(código 8)*, humanos e materiais, como mais um desafio vivenciado na prática clínica em oncologia. Apesar de ser um aspeto comum à maioria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é bastante notório nesta área uma vez que, o número de doentes é cada vez maior,

o que contribui para que as necessidades sejam igualmente maiores e por isso o número de profissionais de saúde necessita também de aumentar. Esta urgência acaba por não ser atendida devido à carência de recursos, o que contribui para que os(as) psicólogos(as) se sintam sobrecarregados(as):

(...) é um tipo de intervenção que infelizmente temo que nem sempre conseguimos responder pelos recursos que temos (J)

(...) a questão de cada vez existirem mais situações às quais necessitamos de dar resposta e a nossa resposta puder parecer escassa para os doentes e famílias que acompanhamos. (J)

A falta de tempo para as sessões, a inexistência de salas adequadas ou a sobrecarga de consultas são obstáculos que limitam o(a) psicólogo(a) e a sua própria intervenção:

E depois há sempre a questão de se damos ou não a consulta no quarto, porque para além do quarto ser partilhado, pode ainda haver a entrada e a saída de médico, enfermeiros, auxiliares, etc, e nestes casos estamos também nós expostos enquanto profissionais. Também já me aconteceu lá está o enfermeiro estar a realizar procedimentos e também acaba por ser complicado. (J1)

Estes aspetos são consistentes com os dados apresentados por Franco (2023) que evidenciou que a sobrecarga de trabalho existente com o número reduzido de psicólogos(as) nos hospitais dificulta a capacidade de garantirem uma intervenção devidamente especializada, contribuindo mais uma vez para que duvidem das suas competências. Um(a) psicólogo(a) que duvida de si e das suas próprias competências não é capaz de desempenhar o seu papel de forma funcional o que vai impactá-lo(a) drasticamente de forma negativa.

Como último desafio técnico, os(as) entrevistados(as) destacaram a **desinformação do doente** *(código 9)* em relação ao seu diagnóstico e prognóstico. Os(as) psicólogos(as) referem que os doentes chegam, por vezes, aos serviços com ideias erradas e expectativas irrealistas sobre a doença:

(...) muitas vezes vêm com uma informação romantizada daquilo que está a acontecer (C)

(...) perceber se efetivamente há umas expectativas desajustadas, ou seja, se foi transmitida a informação e a pessoa fantasiou ela própria ou se efetivamente foi a informação que a pessoa tem. (C)

(...) nós muitas vezes consideramos que a pessoa tem expectativas desajustadas quando a pessoa está ajustada aquilo que lhe foi transmitido. (C)

Tal como já referimos anteriormente, esta discrepância entre as expectativas do doente e a realidade clínica pode comprometer a relação terapêutica e colocar o(a) psicólogo(a) numa posição extremamente desconfortável. Esta dificuldade é particularmente difícil quando o(a) psicólogo(a) se vê envolvido(a) entre a gestão de expectativas do(a) doente e a informação médica que não foi transmitida. Por sua vez, este constrangimento reforça mais uma vez a necessidade de que toda a informação seja devidamente transmitida entre a equipa multidisciplinar, para que o(a) psicólogo(a) não seja surpreendido(a) e para que possa assim delinear a sua intervenção de acordo com os objetivos pretendidos.

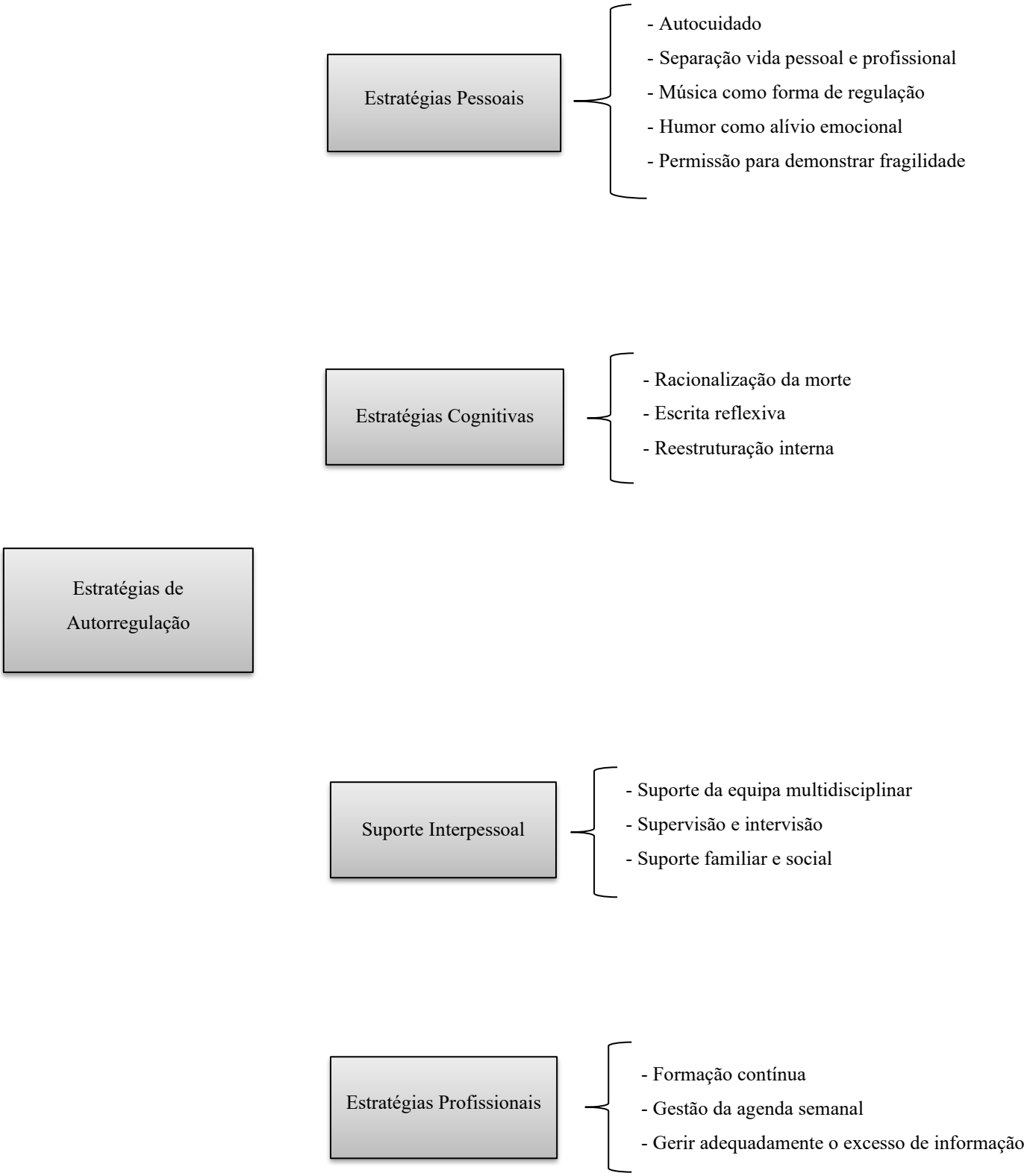
Neste sentido, os desafios técnicos não devem ser vistos apenas como questões logísticas, mas também como fatores fundamentais que influenciam igualmente a prática clínica em diversos aspetos, nomeadamente em questões práticas e emocionais. Por sua vez, de Carvalho Freitas e de Oliveira (2010), destacaram que o(a) psicólogo(a) deve atuar em conjunto com a equipa interdisciplinar e todos os intervenientes devem estar devidamente informados para que possam tomar decisões conscientes. Assim, estes elementos devem ser analisados de forma crítica, para que se possam identificar melhorias necessárias e potenciar a eficácia da intervenção.

Tema 2: Estratégias de Autorregulação

Ao analisar de que forma o(a) psicólogo(a) lida com as exigências emocionais do contexto oncológico foi possível identificar um tema principal, **"Estratégias de Autorregulação"**, que se subdivide em "**Estratégias Pessoais", "Estratégias Cognitivas", "Suporte Interpessoal" e "Estratégias Profissionais**". Neste ponto procuraremos destacar que estratégias foram destacadas pelos(as) nove psicólogos(as) entrevistados(as) no presente estudo (cf. Figura 3).

Figura 3

Esquema Síntese do Tema 2



Tendo em conta a complexidade dos casos, o contacto diário com o elevado sofrimento e vulnerabilidade e a imprevisibilidade face aos tratamentos e posterior prognóstico, os(as) psicólogos(as) necessitam de desenvolver estratégias pessoais e profissionais que lhes permitam manter o equilíbrio emocional. Deste modo, ao longo das entrevistas foi possível identificar várias estratégias de autorregulação que os(as) participantes desenvolveram para lidar com o impacto emocional sentido na prática clínica. São assim destacadas quatro estratégias: técnicas pessoais de controlo emocional, suporte interpessoal e estratégias cognitivas e profissionais. A literatura tem inclusive reforçado a importância destas estratégias ao realçar que é essencial que o(a) profissional cuide de si e do seu próprio bem-estar físico e psicológico, de forma a prevenir o aparecimento de uma crise de *burnout* (Carlotto e Câmara, 2017; Franco, 2023).

No que diz às técnicas pessoais de controlo emocional, **o autocuidado** *(código 10)* foi o mais destacado entre os(as) entrevistados(as):

(...) cuidar de mim (L)

(...) apostar no meu autocuidado (C)

(...) ter compaixão e autocuidado (M)

(...) ter o meu descanso, a minha autorregulação, a minha reparação (J)

O autocuidado define-se pela capacidade do indivíduo em realizar de forma consciente e autônoma ações que promovam o seu próprio bem-estar. Franco (2023) realçou que os(as) profissionais de saúde devem cuidar de si próprios para poderem cuidar de forma eficaz de quem necessita. É essencial que o(a) profissional se sinta a nível psicológico e físico para que consiga lidar com todas as exigências situacionais. Neste sentido, e de forma a investir nestes ideais, surge a música como estratégia reguladora do equilíbrio emocional:

(...) a música permite desligar um pouco o botão, continuar a nossa vida (D)

E quando fazia domicílio e a visita era extremamente desafiante a nível emocional, o caminho de volta para o hospital era sempre com música alta porque eu vinha sempre… é um impacto emocional muito grande. (L)

Conforme indicado nas citações, a **música** *(código 11)* é utilizada como estratégia reguladora do impacto emocional de situações desgastantes, favorecendo com que o(a) profissional mantenha o seu equilíbrio interno. Em conjunto com esta estratégia, os(as) psicólogos(as) destacaram o **humor** *(código 12)* como mais uma forma de alívio emocional:

(...) o humor ajuda aqui a dar uma leveza; utilizo a estratégia de humor se não o que seria (D)

O humor é assim destacado pelo facto de permitir manter uma perspetiva mais leve face a situações clínicas extremamente exigentes. O(a) psicólogo(a) utiliza muito esta estratégia entre a equipa multidisciplinar, para que a sobrecarga emocional possa ser aliviada.

Outro aspeto igualmente relevante prende-se com a **separação entre a vida pessoal e a vida profissional** *(código 13)*, que permite ao psicólogo(a) reconhecer a importância de estabelecer limites, valorizando a sua vida e assegurando que esta recebe a atenção necessária fora das exigências profissionais:

(...) ter espaço para trabalhar e outro espaço que é a nossa vida pessoal (M)

(...) tirar a bata; desligar (C)

(...) não trago o meu trabalho para casa (J)

Esta separação é essencial para evitar a sobreposição entre o sofrimento do outro e a vida pessoal do(a) psicólogo(a), protegendo-o(a) de qualquer desgaste emocional. Se tiver a devida capacidade de separar as duas vertentes impõe os seus limites e protege o seu próprio bem-estar (Carlotto e Câmara, 2017).

Por último, a **permissão para expressar emoções** *(código 14)*, foi igualmente destacada pelos(as) entrevistados(as) como uma técnica de validação emocional essencial nesta área:

E já chorei em algumas intervenções e isso não dificultou o processo, muito pelo contrário, a pessoa ainda se sentiu mais validada e reforçada de que aquilo era tão difícil, que até a mim me tocava, e por isso ela podia emocionar-se à vontade. (J)

É fundamental que o(a) psicólogo(a) se preocupe em conhecer e validar as suas próprias emoções, reconhecendo as consequências que estas podem ter no seu dia a dia, tanto a nível pessoal quanto profissional. Assim, deve permitir senti-las e vivenciá-las, tal como incentiva os(as) seus pacientes a fazê-lo, uma vez que através desta postura pode desenvolver uma prática mais consciente, equilibrada e compreensiva.

No que diz respeito às estratégias cognitivas, a **racionalização da morte** *(código 15)* foi mencionada como uma das estratégias utilizadas ao permitir enfrentar a morte com o devido distanciamento, mas sem comprometer a sua postura empática:

(...) racionalização e depois enfrentamento, a morte é uma parte natural da vida como outra qualquer (E)

O(a) psicólogo(a) assume que a morte é um acontecimento natural da vida e não lhe atribui significados exacerbados nem permite que o seu subconsciente se envolva demasiado no sofrimento experienciado. Esta perspetiva é assim consistente com os estudos de Worden (1998) e MacKinnon et al. (2013) que defenderam que uma compreensão simbólica da morte facilita o processo de luto e o acompanhamento de situações em fase terminal.

Por outro lado, temos a **escrita** *(código 16)* que foi igualmente identificada como ferramenta de autorreflexão e autorregulação emocional:

(...) eu gosto muito de escrever e então utilizo muito a escrita como uma forma de explicar o que estou a sentir com a vulnerabilidade do outro e também para exteriorizar muitas vezes todo o impacto emocional que tem dentro de mim (M).

Esta permite ao(a) psicólogo(a) descrever e avaliar o impacto emocional vivenciado e assim refletir qual a maneira correta para lidar com o mesmo. Este processo de reflexão interna é muito importante e tem sido cada vez mais valorizado pela sua facilidade em clarificar emoções, organizar pensamentos e dar sentido às experiências vivenciadas (Payne et al. 2020).

A **reestruturação interna** *(código 17),* mais especificamente a definição de limites, foi a última estratégia cognitiva destacada pelos(as) participantes, *desprender-me destas soluções mágicas/aceitar que eu não ia conseguir mudar o mundo (L)*. Esta reestruturação permite ao(à) psicólogo(a) desenvolver uma perspetiva consciente dos seus próprios limites, o que permite que não se criem expectativas desajustadas. Por ser um contexto tão exigente, que exige uma enorme preparação por parte do(a) profissional é essencial ajustar as suas expectativas aos

objetivos que são realmente atingíveis. Se este(a) reconhecer que não consegue resolver todos os problemas não desenvolve tão facilmente sentimentos de frustração e protege o seu próprio bem-estar de possíveis desgastes emocionais.

O suporte interpessoal é reconhecido como um dos fatores essenciais para a promoção de bem-estar nos profissionais de saúde. A literatura evidencia exatamente essa ideia ao destacar que redes de apoio como colegas, familiares, amigos ou supervisores contribuem para uma maior resiliência e inteligência emocional, fatores essenciais em contextos desafiantes (Shanafelt et al. 2017; West et al. 2018). Desta forma, os(as) psicólogos(a) destacaram três estratégias fundamentais para o restabelecimento do equilíbrio emocional: suporte da equipa multidisciplinar, supervisão e intervisão e suporte familiar e social.

O **suporte da equipa multidisciplinar** *(código 18)* foi a estratégia mais destacada entre os(as) entrevistados(as):

(...) tem sido muito bom contar com a equipa (J)

(...) apoio entre equipa multidisciplinar (L)

(...) a equipa tem um papel fundamental de suporte (R)

(...) a equipa serve como conforto, como colo (M)

A equipa compreende exatamente o que o(a) profissional está a vivenciar uma vez que acompanham em conjunto o doente e as várias fases da doença. Por esse motivo é reconhecida como a principal rede de apoio, oferecendo não apenas empatia, mas também validação e compreensão. Esta partilha entre colegas cria um espaço seguro para expressar emoções, refletir sobre casos clínicos, desenvolver estratégias e promover momentos de descontração e alívio emocional. É um fator essencial contra sentimentos de desgaste emocional, uma vez que promove a relação e o apoio mútuo entre equipa. Estes vínculos profissionais são fundamentais para o desenvolvimento de intervenções eficazes (Ramos, 2016).

Aliado à equipa surgem os momentos de **supervisão e intervisão** *(código 19)*, outro fator a ter em conta quando falamos em estratégias de autorregulação:

(...) à procura de uma certa supervisão (J)

(...) supervisão didática (...) muito importantes os momentos de supervisão com colegas e intervisão para irmos explorando e partilhando as nossas (M)

(...) acredito que o facto de ter supervisão também é aqui outro suporte (R)

Estes momentos permitem não só a partilha de experiências e a análise de casos difíceis, mas também um espaço de validação emocional que permite ao(à) profissional reorganizar sentimentos, pensamentos e ideias. A supervisão e intervisão são momentos de aprendizagem contínua, onde se fortalecem e desenvolvem competências técnicas fundamentais. São essenciais sobretudo, em psicólogos(as) jovens, ao promoverem um sentido de ajuda e pertença, aumentando as capacidades de autoeficácia e coesão entre os(as) profissionais (de Melo & Raupp, 2020; Franco, 2023).

Por último, surge o **suporte familiar e social** *(código 20)*, outra rede de apoio fundamental que permite ao(a) psicólogo(a) aliviar a tensão emocional sentida em momentos de maior crise no contexto profissional:

(...) estar com a família e com os amigos (D)

(...) suporte familiar forte e compreensivo (R)

(...) importante ter este suporte em casa (J)

Esta rede é percecionada como um espaço seguro fora do ambiente profissional que permite ao(a) psicólogo(a) desconectar-se das exigências clínicas, partilhar as suas preocupações, medos e angústias e assim aliviar a sobrecarga emocional. O contacto e apoio direto por parte de familiares e amigos permite reestruturar o funcionamento psicológico, assegurando um conforto e olhar empático em momentos mais difíceis. Segundo a literatura, o apoio social relaciona-se paralelamente com a redução de *stress* e com o aumento de resiliência e inteligência emocional (Ruotsalainen et al. 2015; Shanafelt et al. 2017). Estes momentos de partilha com elementos significativos permitem fortalecer a identidade pessoal e consequentemente melhorar o seu papel profissional, promovendo um equilíbrio saudável entre o *"eu pessoal"* e o "*eu profissional"*.

Para finalizar, nas estratégias profissionais, os(as) psicólogos(as) destacaram a importância da formação contínua, da organização da agenda semanal e da filtragem de informação clínica. A adoção destas práticas revela-se essencial para garantir o equilíbrio entre

as exigências emocionais e a eficácia, funcionando como recursos indispensáveis à preservação do bem-estar e ao fortalecimento da identidade profissional do(a) psicólogo(a).

Na **formação contínua** *(código 21)* salientaram a relevância da atualização constante e da aquisição de novos conhecimentos como forma de aumentar a confiança e a segurança na prática clínica:

(...preocupo-me muito em manter-me cada vez mais informada (J)

(...) questionar e estar devidamente informado (C)

Esta perceção vai ao encontro da literatura, que destaca a formação contínua como um elemento central na prevenção do desgaste e no desenvolvimento de competências que reforçam a prática do(a) profissional (Rupert e Dorociak, 2019; Skovholt e Trotter-Mathison, 2016).

Outra estratégia destacada foi a **organização e estruturação da agenda semanal** (*código 22)* de consultas: *(...) estratégias de planeamento; (...) estruturar a consulta de outra forma; (...) consultas difíceis, ter um intervalo maior" (M)*. Conforme indicado pelo participante *(M)* esta gestão permite organizar mais facilmente as consultas e proporcionar momentos de relaxamento, sempre que necessário.

E por fim, a importância de **filtrar o excesso de informação clínica** *(código 23),* de modo a evitar a sobrecarga cognitiva e emocional. Como referiu uma das participantes: *(...) o facto de trabalharmos aqui permite, e às vezes dificulta um pouco, quando temos pessoas do nosso lado, dos nossos doentes, porque temos muita informação (D*). O(a) psicólogo(a), ao ter acesso a uma grande quantidade de dados sobre a doença oncológica, necessita de filtrar essa informação para não permanecer em constante estado de alerta.

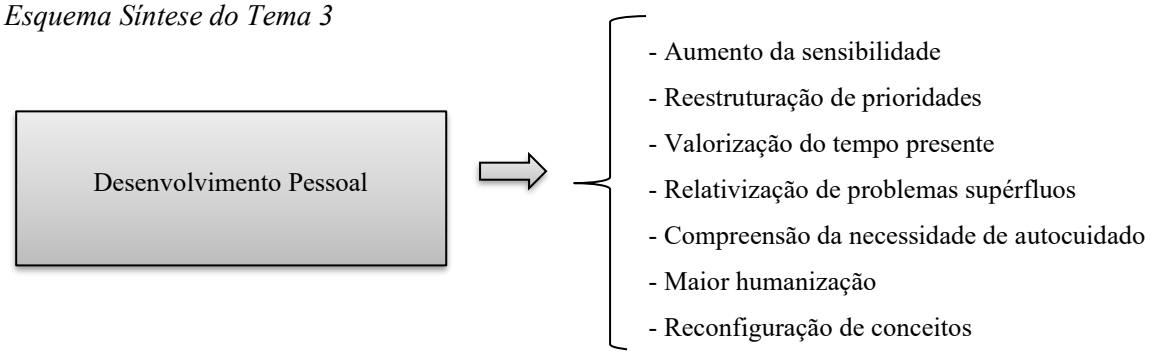
Em conclusão, estas estratégias não só favorecem o equilíbrio emocional e a preservação do bem-estar, como também asseguram uma maior eficácia e qualidade na intervenção psicológica. Ao combinar recursos internos e externos, bem como práticas pessoais e profissionais, revelam a importância de uma autorregulação consciente como fator protetor contra o desgaste emocional.

Tema 3: Desenvolvimento Pessoal

O **desenvolvimento pessoal** do(a) psicólogo(a) surge como resultado das experiências e desafios vivenciados no contexto oncológico. A análise das entrevistas revelou que este processo contribui para mudanças significativas, promovendo crescimento e adaptação às exigências do contexto. Nesta secção serão apresentadas as principais transformações pessoais destacadas pelos(as) nove psicólogos(as) do presente estudo (cf. Figura 4).

Figura 4

Esquema Síntese do Tema 3



O contacto contínuo com a fragilidade deste contexto pode desencadear mudanças significativas no(a) psicólogo(a). Durante as entrevistas, foi possível observar que esta área, para além de desafiante promove um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal muito relevante. Este processo surge assim em consequência da aproximação ao doente, à família e ao contexto, permitindo uma perspetiva diferente sobre o mundo, que merece ser devidamente destacada. Foram identificadas sete principais transformações, que serão descritas e analisadas separadamente: aumento da sensibilidade, reestruturação de prioridades, valorização do tempo presente, relativização de problemas supérfluos, compreensão da necessidade de autocuidado, maior humanização, reconfiguração de conceitos.

Em primeiro lugar destacamos o **aumento da sensibilidade** *(código 24)*, uma característica fundamental em momentos de intervenção uma vez que permite uma maior empatia e proximidade terapêutica, sem comprometer o devido distanciamento:

Ainda que sinta que estou a tornar-me cada vez mais prática também sinto que estou cada vez mais sensível… sensível com a devida distância emocional que é necessária para conseguir ajudar o outro, porque se há área em que as pessoas precisam mesmo do nosso cuidado e da nossa proximidade, eu sinto que é esta. (J)

Esta sensibilidade não deve ser interpretada como um sinal de fragilidade, mas sim como uma competência clínica fundamental para a construção de uma relação terapêutica segura e com confiança mútua. Esta maior empatia e proximidade emocional permite ao(a) profissional compreender de forma mais detalhada as necessidades do(a) doente, promovendo assim uma comunicação espontânea e consequentemente uma intervenção mais eficaz. Por conseguinte, Epstein e Street (2011), reforçaram que esta abordagem facilita a expressão de emoções, medos e angústias, o que contribui para a criação de um ambiente terapêutico cada vez mais acolhedor. Tal como destacado pela participante *J.* a oncologia é uma área particularmente sensível, onde o impacto psicológico provocado pelo diagnóstico e posterior tratamento pode ser realmente significativo.

Os estudos em Psico-Oncologia sublinham que o estabelecimento deste vínculo afetivo, assente na escuta ativa, validação emocional e compreensão profunda, está associado à diminuição de sintomas negativos, favorecendo a adaptação às diferentes fases da doença e a adesão ao processo terapêutico (Bultz e Carlson, 2006; Faller et al. 2013; Kissane et al. 2012). Desta forma, a sensibilidade do(a) profissional, desde que integrada com o devido rigor técnico, é fundamental para um cuidado atento e abrangente, que responde simultaneamente a todas as necessidades, sejam elas físicas, emocionais ou sociais.

Por outro lado, este contacto diário com realidades tão difíceis e com a finitude da vida pode contribuir para a **reestruturação de prioridades** *(código 25)*, e consequentemente, para a **relativização de problemas supérfluos** *(código 26)*, outros dois aspetos fundamentais a destacar. Estes podem repensar as suas crenças, valores e objetivos, atribuindo a devida relevância a aspetos realmente fundamentais, relativizando preocupações secundárias:

Isto veio desmistificar muitas crenças que tinha da vida e fez-me olhar a vida de outra forma… reestruturei algumas prioridades e dei mais valor à vida, à vida no geral. (M)

Passei a relativizar, a dar importância a assuntos que fazem realmente a diferença, a não adiar nem esperar porque nós nunca sabemos o que pode acontecer. (J)

Por vezes, dedica-se tempo e energia a questões que, em última análise, não têm impacto significativo na qualidade de vida e que podem ser relativizadas. Através desse confronto, torna-se possível atribuir valor ao que realmente importa, estabelecendo prioridades de forma mais consciente e favorecendo o bem-estar, a satisfação e a realização pessoal. Esta mudança de perspetiva representa não apenas uma reorganização prática, mas também um

processo de crescimento pessoal, associado à consciência da finitude do tempo e da incerteza da vida, o que leva a escolhas mais acertadas e a um maior investimento nas relações interpessoais (Tedeschi e Calhoun, 2004). Além disso, relativizar problemas menores pode ter um efeito protetor contra o desgaste emocional, permitindo direcionar a energia para aspetos verdadeiramente importantes (Mealer et al. 2012).

Aliado a estas duas características surge a **valorização do tempo presente** *(código 27)*. O confronto com a fragilidade e a imprevisibilidade da vida não só leva os(as) psicólogos(as) a reconsiderar o que realmente importa, mas também contribui para que ajam de forma consciente e intencional no aqui e agora, evitando adiar ações, momentos ou expressões significativas:

Esta questão faz-me perceber que o tempo é limitado e um dia qualquer um de nós de um dia para o outro pode ficar sem nada… e podemo-nos arrepender muito daquilo que não fizemos e que não aproveitamos. (L)

Uma das coisas que eu aprendi é não adiar ou seja tento sempre dizer o que quero dizer, fazer o que quero fazer no presente, nunca deixar para depois ao longo do futuro. (R)

Esta perspetiva reforça a importância de estar plenamente atento(a), de aproveitar o momento e de investir em relações significativas. Face à imprevisibilidade, o(a) profissional adquire maior consciência da incerteza do futuro e da necessidade de viver o tempo de forma autêntica. Em contexto clínico, esta atitude traduz-se numa maior disponibilidade para com o(a) paciente, através de uma escuta ativa e empática, promovendo um ambiente seguro e fortalecendo a relação terapêutica (Geller e Greenberg, 2012; Rogers, 1957).

Esta visão permite ainda ao(a) psicólogo(a) uma **maior humanização** *(código 28)*, que surge em consequência das experiências impactantes que são vivenciadas e que exigem o desenvolvimento de uma maior compaixão e de um olhar mais empático:

E que me tornou uma pessoa muito mais humana, muito mais paciente, muito mais tolerante, muito mais empática. (M)

Eu acho que me tornei mais humana no sentido de me expor mais. (C)

Esta humanização contribui para que o processo terapêutico não seja apenas um processo técnico, permitindo um cuidado atento onde se reconhece a singularidade e a

dignidade de cada paciente (Morse, 2010). Uma presença empática favorece a construção de uma relação de confiança, onde são partilhadas emoções e necessidades mais profundas (Rogers, 1961; Watson, 2008). Contudo, mais uma vez o(a) profissional deve ter em conta os seus limites, assegurando um equilíbrio entre a proximidade humana e a objetividade clínica, de modo a preservar o seu próprio bem-estar (Zur, 2007).

Por conseguinte, e tendo em conta os aspetos anteriormente descritos, tornou-se fundamental a compreensão da necessidade de **autocuidado** *(código 29)* entre os(as) psicólogos(as). Ao contactar com as diversas fragilidades o(a) profissional torna-se mais consciente dos limites emocionais, o que pode contribuir para a adoção de comportamentos protetores como o estabelecimento de limites, a procura de apoio emocional e o investimento em atividades de relaxamento e de promoção de bem-estar:

E o autocuidado é mesmo muito importante, porque senão chega uma altura em que nós não conseguimos dar mais ao outro porque já não temos nada para dar… já demos tudo. (L)

O autocuidado é amplamente reconhecido como um pilar fundamental para a preservação da saúde mental e da eficácia profissional, assegurando não só o bem-estar do(a) psicólogo(a), mas também a qualidade dos serviços prestados (Rupert e Dorociak, 2019; Skovholt e Trotter-Mathison, 2016). Por outro lado, se o(a) psicólogo(a) adotar antecipadamente estas estratégias apresenta uma maior resiliência e satisfação profissional, promovendo um desempenho clínico muito mais eficiente (Figley, 2002; Rupert e Dorociak, 2019). É fundamental que o(a) profissional cuide de si, seja qual for a área em que se encontra a intervir, mas em oncologia torna-se ainda mais importante tendo em conta as exigências emocionais, cognitivas e éticas associadas ao acompanhamento de doentes em fase terminal.

Por último, e tendo em conta todas as transformações anteriormente descritas importa destacar a **reconfiguração de conceitos** *(código 30)*, muito associada ao conceito de *morte* e à nova visão que os(as) psicólogos(as) adquirem sobre o mesmo*:*

Para mim o maior impacto é a forma de lidar com a morte. Antigamente, eu tinha um conceito de morte muito diferente, no sentido de que é o fim, não há nada mais. E depois de trabalhar aqui, percebo que não, que a morte é uma parte da vida, é o processo final, mas que a pessoa mesmo assim ainda vive e tem uma vida. E depois também percebi que a morte não é só o fim da pessoa, é o fim da relação. (M)

Esta reconfiguração do conceito de morte vai de encontro às abordagens da psicologia existencial que defendem que o confronto com a finitude pode provocar alterações profundas na forma como o indivíduo perceciona o fim da vida (Yalom, 1980). A literatura referente à área de cuidados paliativos comprova mais uma vez esta ideia ao reforçar que nestes casos a morte deve ser encarada como uma etapa natural do ciclo da vida (Saunders, 2000; *World Health Organization*, 2020). Assim, as exposições diárias a estas situações permitem aos(as) psicólogos(as) reformular as suas perceções, passando a encarar a morte como algo inevitável e natural no percurso humano.

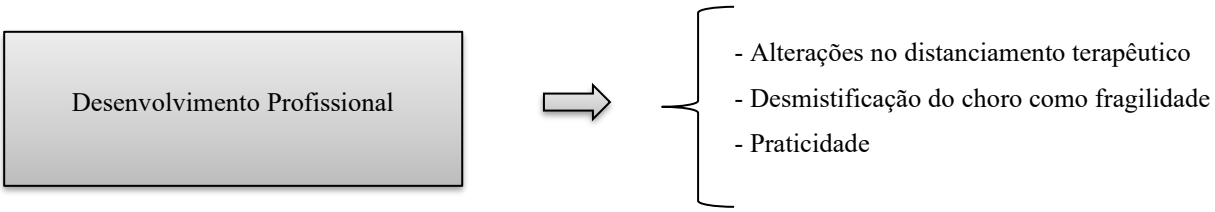
Em síntese, o desenvolvimento pessoal descrito pelos(as) participantes evidencia-se como um processo multifacetado e intrinsecamente ligado à prática clínica em oncologia. Todas as características anteriormente descritas funcionam simultaneamente como recurso e consequência da experiência profissional, sendo fundamentais para uma maior preparação física e emocional. Este crescimento pessoal fortalece a capacidade de resposta perante as adversidades e permite o desenvolvimento de práticas mais autênticas, conscientes e resilientes.

Tema 4: Desenvolvimento Profissional

O **desenvolvimento profissional** destaca as competências técnicas desenvolvidas e aprimoradas pelos(as) psicólogos(as) ao longo dos anos de experiência. O(a) profissional ao deparar-se com tantas exigências necessita de desenvolver a sua identidade profissional para que a sua intervenção seja cada vez mais eficiente. Seguidamente, iremos destacar e detalhar essas competências, evidenciando os seus impactos (cf. Figura 5).

Figura 5

Esquema Síntese do Tema 4



O desenvolvimento profissional surge, no presente estudo, como aspeto central na experiência dos(as) psicólogos(as) clínicos(as). Através da prática, da supervisão e da formação contínua os participantes vão adquirindo e desenvolvendo competências técnicas e relacionais que permitem consolidar a sua identidade profissional. Por ser um processo dinâmico o percurso profissional é marcado por uma aprendizagem contínua e pela integração de conhecimentos teóricos e práticos (Orlinsky e Rønnestad, 2005). Assim, ao analisar as presentes entrevistas, foi possível identificar três aspetos fundamentais: alteração do distanciamento terapêutico, desmistificação do choro como fragilidade e praticidade.

A **alteração do distanciamento terapêutico** *(código 31)* surge em consequência de uma flexibilização do modelo tradicional que defende uma postura neutra e distante. Embora a neutralidade tenha sido identificada como uma forma de preservar a objetividade clínica, cada vez mais se reforça a importância da autenticidade e da empatia como dimensões fundamentais para uma relação terapêutica forte e segura (Norcross e Wampold, 2011; Rogers, 1957). Assim, os(as) participantes evidenciaram esta mudança de visão, realçando a sua postura mais sensível e empática como um fator fundamental para a prática clínica:

Ainda que sinta que estou a tornar-me cada vez mais prática também sinto que estou cada vez mais sensível… sensível com a devida distância emocional que é necessária para conseguir ajudar o outro, porque se há área em que as pessoas precisam mesmo do nosso cuidado e da nossa proximidade, eu sinto que é esta. (J)

E essa parte de conseguir permitir-me estar tão próxima das pessoas e ao mesmo tempo ter o devido distanciamento para que a minha intervenção fosse eficaz. Acho que foi um grande impacto. (J)

Por sua vez, Skovholt e Trotter-Mathison (2016) defenderam que quando o(a) psicólogo(a) aprende a equilibrar o seu envolvimento emocional com os limites profissionais torna-se mais empático(a) e deixa de se preocupar excessivamente com o distanciamento terapêutico. Em oncologia é importante que o(a) profissional se mantenha próximo(a) e compreensivo(a) para com o(a) doente, garantindo uma relação próxima e acolhedora nesta fase tão difícil. Esta postura, para além de contribuir para o bem-estar do(a) paciente, protege também o(a) psicólogo(a) de possíveis desgastes, uma vez que permite a expressão de emoções de forma livre e espontânea. Assim, este equilíbrio permite em simultâneo um cuidado responsável e seguro e uma maior humanização do processo terapêutico.

Por outro lado, os(as) participantes destacaram que a experiência profissional permitiu que houvesse uma **desmistificação do choro como sinal de fragilidade** *(código 32)*. Por norma, a expressão emocional por parte do(a) psicólogo(a) era incompatível com a objetividade natural da prática clínica. Contudo, cada vez mais a investigação tem vindo a demonstrar que a expressão e validação emocional é uma forte aliada no processo terapêutico (Hayes et al. 2011). Quando o(a) psicólogo(a) começa a reconhecer que a sua expressão emocional, seja ela o choro ou não, pode em determinadas situações ser crucial para que o(a) paciente se sinta compreendido(a) e validado(a) na sua vulnerabilidade, evidencia-se um momento significativo do seu crescimento profissional. No presente estudo, os(as) participantes realçaram essa mesma ideia:

E inclusive eu trabalho muito com os doentes e as famílias esta parte mais emocional, o permitir expressar emoções uns com os outros. Porque ainda há muito a crença de que não posso chorar à frente dele porque se eu choro ele também chora, portanto estou a fazer-lhe mal. (...) Se nós próprios ensinamos isso e psicoeducarmos nesse sentido então, porque não às vezes darmos esse exemplo. Não de uma forma mecânica, mas se acontecer também não me vou privar. (J)

Tal como indica a participante *J.* a expressão emocional do(a) psicólogo(a) pode contribuir para que o(a) paciente e a sua família compreendam que a sua vulnerabilidade faz parte da experiência humana e de todo o processo que estão a vivenciar e, por isso, não deve ser reprimida. Ao assumir as suas próprias emoções de forma genuína transmite a mensagem de que chorar ou partilhar sentimentos não é um sinal de fragilidade, mas sim uma forma de lidar com o impacto emocional que estão a sentir. Por conseguinte, Rogers (1961) defendeu exatamente a importância de psicoeducar sobre a expressão emocional como estratégia de autorregulação, permitindo fortalecer os vínculos afetivos. Assim, e quando integrada de forma adequada, pode reforçar as experiências do(a) paciente, aumentando a confiança na relação terapêutica e a eficácia da intervenção.

Por último, importa destacar a **praticidade** *(código 33)*, outro aspeto igualmente destacado pelos(as) participantes ao longo das entrevistas:

Ainda que sinta que estou a tornar-me cada vez mais prática (...) sinto que estou cada vez mais orientada para a solução porque tem de ser… não só pelo contexto em que é mas

também pelo ritmo de hospital que não para… nós temos que continuar e há muito essa exigência (J)

Esta orientação para a prática e para a solução evidencia uma competência essencial do(a) psicólogo(a) em contextos de elevada pressão, como a oncologia, onde as decisões tomadas podem influenciar significativamente o bem-estar do(a) paciente e o funcionamento da equipa e por isso devem ser conscientes, rápidas e eficazes. A experiência contínua a situações de elevada exigência favorece o desenvolvimento de estratégias pragmáticas e adaptativas, permitindo ao(a) profissional manter a sua elevada competência. De forma a comprovar esta ideia, a literatura realça que a capacidade de agir de forma prática e focada na solução permite uma maior resiliência e um melhor desempenho em contextos complexos (Epstein e Krasner, 2013; Mealer et al. 2012). Assim, a praticidade, e a consequente orientação para a solução, não só reflete o crescimento profissional, mas também contribui para garantir a prestação de cuidados com qualidade.

Estas três características destacam a forma como o desenvolvimento profissional se manifesta em mudanças concretas na identidade do(a) psicólogo(a), influenciando a sua prática clínica ao promover uma atuação mais empática e humanizada. Deste modo, o(a) psicólogo(a) tem em conta a especificidade de cada paciente ao mesmo tempo que preserva o seu bem-estar e os seus próprios limites éticos.

3.2. Síntese integrativa dos resultados em função dos objetivos

De forma a estabelecer uma relação entre os resultados obtidos e os objetivos do presente estudo, apresenta-se, de seguida, uma síntese dos resultados em função de cada objetivo:

Objetivo 1 - *Destacar os principais desafios de acompanhar doentes oncológicos.*

Relativamente aos desafios da prática clínica, emergiram dois eixos centrais: os desafios emocionais e os desafios técnicos, ambos com impacto significativo no bem-estar dos(as) psicólogos(as) e na qualidade da sua intervenção.

Na vertente mais emocional, os(as) psicólogos(as) identificaram ser particularmente exigente: lidar com o sofrimento e vulnerabilidade do doente, a vivência progressiva de perdas, os sentimentos de impotência e frustração, o confronto com a morte e a gestão de expectativas

irrealistas. E numa vertente mais técnica: a escassez de recursos humanos e materiais, a falta de informação clínica e a desinformação do doente.

A vivência progressiva de perdas foi destacada como o desafio emocional mais marcante. Para alguns(mas) participantes este acontecimento era experienciado como profundamente doloroso, especialmente pela perda da relação terapêutica: *não se perde só a pessoa, perde-se a relação… e perder uma relação, principalmente para um psicólogo é um processo muito doloroso (M).* A relação terapêutica é algo fundamental na ligação doente-psicólogo(a) e por isso esta quebra torna-se verdadeiramente impactante. Para outros(as), a perda era encarada como expectável podendo, inclusive, ser percecionada como uma oportunidade de crescimento*: para mim a perda é algo que eu sei que vai acontecer (…) não me é difícil lidar com as perdas na intervenção, sinto-as um bocadinho como um ganho pessoal. (C).* Este contraste de perspetivas demonstra que não existe uma forma única de vivenciar a prática clínica em oncologia, esta é influenciada por múltiplos fatores pessoais, profissionais e existenciais. Para além disso, reforça a ideia de que o impacto da perda é influenciado pela intensidade da relação terapêutica estabelecida e pelo significado individual que o(a) psicólogo(a) atribui ao conceito de morte. Se, à semelhança da participante *(J)*, os(as) profissionais encararem a morte como um processo natural e expectável, a sua vivência tende a ser menos dolorosa e mais integrada na prática clínica.

De igual modo, a gestão de expectativas do doente revelou-se como um dos aspetos mais exigentes. Os(as) participantes destacaram que a principal dificuldade centra-se em desconstruir as expectativas irrealistas: *a principal dificuldade tem a ver exatamente com isso, perceber se efetivamente há umas expectativas desajustadas (…) (C).* Contudo, houve quem salientasse que esta complexidade decorre sobretudo da falta de informação clínica, e da consequente desinformação por parte do doente, sublinhando a importância de melhorar a comunicação entre a equipa médica e o doente: *muitas vezes vêm com uma informação romantizada daquilo que está a acontecer (…) (C).* Esta perspetiva evidencia, portanto, a existência em simultâneo de dois níveis de desafios: um de natureza emocional (*gerir as expectativas do doente*) e dois de carácter técnico (*falta de informação clínica e a desinformação do doente*). Em conjunto, estes dados reforçam que os desafios enfrentados não são vivenciados apenas por questões individuais, mas também por aspetos estruturais e institucionais.

Deste modo, os resultados obtidos evidenciam que os(as) psicólogos(as) em oncologia enfrentam um conjunto amplo de desafios emocionais e técnicos, que se interligam e que impactam significativamente o seu bem-estar e a sua prática clínica.

Objetivo 2 – *Compreender os impactos emocionais e pessoais de acompanhar doentes oncológicos.*

Os impactos da prática clínica em oncologia revelaram-se particularmente significativos, tanto a nível pessoal como profissional. Pessoalmente, os(as) psicólogos(as) destacaram aumento da sensibilidade, maior humanização, reestruturação de prioridades, relativização de problemas supérfluos, valorização do tempo presente, compreensão da necessidade de autocuidado e a reconfiguração de conceitos. Profissionalmente, destacaram-se alterações no distanciamento terapêutico, a desmitificação do choro como fragilidade e a valorização da praticidade na intervenção.

Neste ponto, foi possível observar mais uma vez as diferenças entre as perspetivas de cada psicólogo(a). Alguns(mas) participantes referiram sobretudo um aumento da sensibilidade e humanização na sua prática clínica, que permite uma proximidade adequada e fundamental, sem comprometer o distanciamento profissional. Outros(as) destacaram a relativização de problemas supérfluos, que conduz a uma maior valorização do tempo presente e, consequentemente, a uma reestruturação de prioridades. O(a) psicólogo(a) ao confrontar-se com a finitude da vida reconhece o seu verdadeiro valor e aprende a valorizar cada momento de forma mais consciente e significativa. Para além disso, reconhece a importância de cuidar de si e do seu bem-estar, desenvolvendo uma maior compreensão da necessidade de autocuidado. Por último, realçaram que esta nova perceção sobre a vida permite ainda reconfigurar diversos conceitos, nomeadamente o da morte. Este contacto frequente com a finitude permite que a morte seja entendida como parte integrante do ciclo vital, contribuindo para uma maior serenidade e aceitação perante situações de perda.

A nível profissional, a alteração do distanciamento terapêutico permite ao(a) psicólogo(a) estabelecer um equilíbrio entre a proximidade emocional e a frieza técnica. O(a) psicólogo(a) pode manter uma relação próxima com o doente sem comprometer os seus limites profissionais. A aceitação do choro como uma manifestação legítima e espontânea de emoções permite validar o sofrimento do(a) doente e fortalecer a relação terapêutica. Se o(a) profissional não reprimir as suas emoções transmite uma maior confiança e compreensão ao(a) doente. Por

último, realçaram ainda a importância de uma postura mais prática durante a intervenção, essencial em contextos de elevada imprevisibilidade, como a oncologia. Assim, o(a) psicólogo(a) apresenta uma postura mais objetiva, prática e funcional, respondendo mais rapidamente às necessidades do doente e da família.

Nesse sentido, e de acordo com as experiências descritas, a prática em oncologia provoca no(a) psicólogo(a) profundas transformações a nível pessoal e profissional. Por ser um contexto particularmente exigente coloca o(a) profissional constantemente à prova, favorecendo um processo contínuo de crescimento e desenvolvimento.

Objetivo 3 - *Identificar as estratégias de autorregulação utilizadas pelos(as) psicólogos(as) para lidar com as exigências emocionais.*

Perante os desafios e impactos identificados, os(as) psicólogos(as) necessitaram de desenvolver um conjunto de estratégias de autorregulação que lhes permitissem lidar com as exigências da prática clínica. Assim, estas agruparam-se em quatro dimensões: pessoais, cognitivas, interpessoais e profissionais. Entre as pessoais destacaram-se o autocuidado, o humor, a música, a separação entre a vida pessoal e profissional e a permissão para mostrar vulnerabilidade. Nas cognitivas, a racionalização da morte, a escrita reflexiva e a aceitação dos limites da intervenção. Nas interpessoais, o suporte da equipa multidisciplinar, da família/amigos e a supervisão e intervisão. E por último, nas profissionais, a formação contínua, a gestão da agenda semanal e a filtragem da informação clínica.

A análise dos dados comprova que estas estratégias não podem ser compreendidas isoladamente, mas como resposta direta aos desafios *(objetivo 1)* e aos impactos *(objetivo 2)* identificados. O confronto com a vulnerabilidade do doente, por exemplo, potencia o aparecimento de sentimentos de impotência e frustração, mas conduz também à valorização do autocuidado. Por outro lado, a vivência progressiva de perdas, pode levar os(as) psicólogos(as) a procurar supervisão ou suporte emocional na equipa multidisciplinar ou na família. Assim, observa-se um ciclo na medida em que os desafios provocam os impactos, os quais por sua vez exigem o desenvolvimento de estratégias de autorregulação.

Em síntese, estas estratégias assumem-se como mecanismos protetores contra o contacto diário com a dor, a perda e a finitude da vida, permitindo assegurar o bem-estar do(a) psicólogo(a) e a qualidade da sua intervenção. Para além disso, reforçam a ideia de que a autorregulação não deve ser compreendida apenas como responsabilidade individual, mas

também como uma necessidade institucional. Cabe, assim, às instituições garantir práticas e recursos que favoreçam o equilíbrio emocional dos(as) psicólogos(as) em oncologia.

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo compreender os principais desafios da prática clínica em oncologia, os impactos emocionais e pessoais que surgem em consequência e as estratégias de autorregulação que os(as) psicólogos(as) sentem necessidade de desenvolver. Apesar da enorme relevância da Psico-Oncologia, a investigação sobre esta vivência subjetiva continua a ser um assunto pouco abordado. Nesse sentido, esta investigação reforçou a importância de um olhar mais atento sobre a saúde mental dos(as) psicólogos(as).

Os resultados obtidos evidenciaram que, em oncologia o(a) psicólogo(a) enfrenta um conjunto de exigências emocionais e técnicas que geram impactos profundos a nível pessoal e profissional, exigindo um processo contínuo de crescimento e adaptação. Em consequência, recorrem a diversas estratégias de autorregulação que funcionam como mecanismos protetores, assegurando o equilíbrio emocional adequado para preservar o seu bem-estar e a qualidade da intervenção. Adicionalmente, confirmaram ainda o que tem sido evidenciado pela literatura, relativamente ao desgaste e à sobrecarga emocional dos(as) profissionais de saúde, acrescentando outros aspetos que merecem destaque, como a desmistificação do choro como sinal de fragilidade ou a valorização da praticidade como recurso essencial em contextos de maior imprevisibilidade. Assim, ao trazer estas experiências e perceções mais pessoais, o estudo permitiu ampliar o conhecimento sobre a realidade vivida pelos(as) psicólogos(as) em oncologia, dando-lhes voz e valorizando o seu papel na prática.

No que diz respeito a implicações práticas, sobressaem três pontos centrais. Em primeiro lugar, a necessidade de reforçar os recursos humanos e materiais, assegurando um número adequado de psicólogos(as) especializados em oncologia face ao número crescente de doentes. Em segundo lugar, a importância de investir no suporte emocional dos(as) profissionais, através de supervisão, políticas institucionais que valorizem o bem-estar e formação contínua que lhes permita estar devidamente preparados(as) para os diversos desafios emocionais que possam surgir. Por último, destaca-se a necessidade de uma maior sensibilização para a saúde mental dos(as) profissionais de saúde, ainda frequentemente pouco valorizada. O foco recai, muita das vezes, apenas sobre o doente, esquecendo que o(a) profissional também vivência cada fase da doença, também sofre, e muitas vezes em silêncio.

Do ponto de vista qualitativo, esta investigação possibilitou ainda através das entrevistas e das narrativas dos(as) participantes, destacar que a abordagem metodológica

utilizada foi bastante relevante para uma compreensão mais holística e integrativa, uma vez que possibilitou incorporar de forma mais aprofundada os significados individuais de cada participante, o que não seria possível através de uma abordagem quantitativa.

Contudo, durante o desenvolvimento desta investigação surgiram algumas dificuldades significativas, nomeadamente, na recolha de amostra. Obter a disponibilidade por parte dos psicólogos(as) não foi um processo fácil, não só pela falta de contactos, mas também pela indisponibilidade laboral. A amostra final contou com nove participantes que, embora adequada para o objetivo do estudo, apresentou um desequilíbrio em termos de género, oito mulheres e apenas um homem, o que restringiu a diversidade de perspetivas. Assim, em estudos futuros seria importante diversificar a amostra em termos de género, idade, anos de experiência e contexto profissional. Importa ainda salientar que a interpretação dos resultados teve como base a perceção subjetiva da investigadora principal, o que pode também ter influenciado a forma como os significados foram construídos.

Em suma, este estudo permitiu concluir que a prática em oncologia confronta o(a) psicólogo(a) com múltiplos desafios emocionais e técnicos que colocam à prova continuamente as suas competências, mas que também favorecem o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Os resultados obtidos contribuíram assim para destacar uma realidade frequentemente pouco visível, sublinhando a necessidade de cuidar de quem cuida.

Referências Bibliográficas

Andery, M. C. R., dos Anjos Bittencourt, S. C., Comaru, C. M., Liberato, R. M. P., Maldonado, T. D. C. P., Moreira, W., & Franco, M. H. P. (2020). A vivência do luto de psicólogos dentro das instituições. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 23*(1), 25–34. https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.23.97

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct.* American Psychological Association.

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research, 1*(3), 385–405. https://doi.org/10.1177/146879410100100307

Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management, 38*(1), 9–44. https://doi.org/10.1177/0149206311410606

Bastos, B. R., da Fonseca, A. C. G., da Silva Pereira, A. K., & de Souza, L. D. C. (2016). Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia, 62*(3), 263-266. https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.342

Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, 11*(3), 23-38.

Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, *1*(2), 18-23. https://doi.org/10.25752/psi.6071

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto Editora.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bromberg, M. H. (1996). *O impacto da morte na identidade dos profissionais de saúde*. Casa do Psicólogo.

Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Editorial Psy II.

Brown, K. L. (2017). Eye contact and gaze: Nonverbal signals of attention and interest. *Journal of Social Psychology and Communication*, *30*(1), 10-25.

Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: reflexão e crítica*, *16*, 279-291. https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200008

Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign in cancer care. *Psycho-Oncology, 15*(2), 93-95. https://doi.org/10.1002/pon.1022

Cardoso, D. C. M., & Cardoso, C. M. (2013). Comunicação em Oncologia: Como comunicar más notícias? *Onco.news,* (22), 35–39. https://doi.org/10.31877/on.2013.22.05

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2017). Burnout em psicólogos hospitalares: Um estudo com profissionais brasileiros. *Psicologia: Teoria e Prática*, *19*(3), 133–147.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry, 37*, 145-151. https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001

Croy, L. (2010). Psycho-oncology: A brief overview. *Cancer Nursing Practice, 9*(4), 32–36.

D'Alton, B., O'Loughlin, S., Murphy, M., & Murphy, M. C. (2021). The role of the psychologist in the palliative care team: A systematic review. *Palliative Medicine, 35*(5), 899–912.

de Carvalho, M. M. P., & de Oliveira, E. B. (2010). A atuação do psicólogo em oncologia: Uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*(3), 447–456.

de Carvalho Freitas, A. F. S., & de Oliveira, S. A. (2010). Os impactos emocionais sofridos pelo profissional de psicologia frente à morte em contexto hospitalar. *Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR, 18*(4), 263-273.

Delafontaine, A. C., Anders, R., Mathieu, B., Salathé, C. R., & Putois, B. (2024). Impact of confrontation to patient suffering and death on wellbeing and burnout in professionals: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care, 23*(1), Article 74.

de Melo, M. R., & Raupp, L. M. (2020). O autocuidado da saúde mental de psicólogos: uma revisão bibliográfica. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde, 5*(1), 62-71.

de Oliveira, D. M., Ribeiro, J., & Martins, C. (2023). A importância da revisão da literatura na investigação. *Cadernos de Estudos e Pesquisa em Psicologia, 14*(2), 125–138

dos Santos Pio, E. S., & de Mello Andrade, M. C. (2020). Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. *Revista Mosaico, 11*(1), 93-99. https://doi.org/10.21727/rm.v11i1.2259

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine, 9*(2), 100–103. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology, 31*(6), 782–793. https://doi.org/10.1200/jco.2011.40.8922

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433–1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090

Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research.* Sage Publications.

Franco, M. H. P. (2023). Luto do profissional de saúde pela perda do paciente. In M. H. P. Franco (Org.), *Perdas e luto no cotidiano: da clínica à vida* (pp. 137-152). Summus Editorial.

Freitas, M. J., Remondes-Costa, S., Veiga, E., Macedo, G., Teixeira, R. J., & Leite, M. (2024). Life beyond Loss: A Retrospective Analysis of the Impact of Meaning of Life Therapy on the Grieving Process of Cancer Patients' Family Caregivers. *Healthcare, 12*(4), 471. https://doi.org/10.3390/healthcare12040471

Geetika Rai, Alistair Ross (2024) When Cancer Enters the Therapy Room: The Lived Experience of Psychodynamic Therapists Working with Clients with a Recent Diagnosis of Cancer British. *Journal of Psychotherapy* https://doi.org/10.1111/bjp.12913

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy.* American Psychological Association. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/13485-000

Geovanni, A., & Braz, E. (2013). A conspiração do silêncio: Desafios éticos na prática clínica em oncologia. *Revista Bioética, 21*(3), 478–485.

Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social.* Atlas.

Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa.* Atlas.

Grassi, L. (2019). Psychosocial aspects of cancer care: A brief history of psycho-oncology. *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective* (pp. 1–10). Wiley-Blackwell.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36*, 41-54. https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 51*(3), 350–357. https://doi.org/10.1037/a0037336

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.

Guazi, R. (2021). *A ética na pesquisa qualitativa: Um guia prático.* Editora Cortez.

Haugh, S., & Paul, S. (2008). *The therapeutic relationship: Perspectives and themes.* PCCSBooks.

Hlubocky, F. J., Daugherty, C. K., & Daugherty, L. C. (2017). Burnout and compassion fatigue in oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology, 35*(28), 3169–3175.

Holland, J. C., & Breitbart, W. S. (Eds.). (2010). *Psycho-Oncology* (2nd ed.). Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med/9780195367430.001.0001

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 48*(1), 9-16. https://doi.org/10.1037/a0022186

Kayalar, A., & Hiçdurmaz, D. (2024). Effects of metacognitions, self-compassion, and difficulties in emotion regulation on psychological resilience in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, *70*, 102568. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102568

Kissane, D. W., Patel, S. G., Baser, R. E., Bell, R., Farberov, M., & Ostroff, J. S. (2012). Preliminary evaluation of the reliability and validity of the Shame and Stigma Scale in head and neck cancer. *Head & Neck, 35*(2), 172–183. https://doi.org/10.1002/hed.22943

Lyu, X. C., Jiang, H. J., Lee, L. H., Yang, C. I., & Sun, X. Y. (2024). Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC nursing*, *23*(1), 58. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01718-1

MacKinnon, R. A., Michels, R., & Michels, D. S. (2013). *The psychiatric interview in clinical practice* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.

MacKinnon, C. J., Milman, E., Smith, N. G., Henry, M., Berish, M., Copeland, L. S., Körner, A., Chochinov, H. M., & Cohen, S. R. (2013). Means to meaning in cancer-related bereavement: Identifying clinical implications for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist, 41*(2), 216–239. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0011000012459969

Magalhães, M. V., & Melo de Assunção, S. C. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em Debate, 1*(1), 65-77.

Martinez-Calderon, J., Infante-Cano, M., Casuso-Holgado, M. J., & García-Muñoz, C. (2024). The prevalence of burnout in oncology professionals: an overview of systematic reviews with meta-analyses including more than 90 distinct studies. *Supportive Care in Cancer*, *32*(3), 196. https://doi.org/10.1007/s00520-024-08400-x

Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *Manual de cuidados paliativos ANCP, 2*(2), 23-24.

McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and causes of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 9,* 1897. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897

Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety, 26*(12), 1118–1126. https://doi.org/10.1002/da.20631

Morse, J. M. (2010*). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* Springer Publishing Company.

Neumann, M., Wirtz, M. A., & Baur, H. (2018). The impact of work environment on the well-being of oncology professionals. *European Journal of Cancer Care, 27*(5), e12920.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Journal of Clinical Psychology, 67*(8), 882–889. https://doi.org/10.1037/a0022161

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). Guilford Press.

Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical child psychology and psychiatry, 25*(3), 672-686. https://doi.org/10.1177/1359104520937378

Pinto, A.M.; Figueiredo, C.; Geenen, R.; Castilho, P.; da Silva, José A. P.; EASEL-3 research group (2025) Introducing the Emotions-Affect Systems Elicitation (EASEL-3) Index: A New Tool for Measuring Affect Regulation Systems' Activation. Clinical Psychology & AMP; *Psychotherapy.* https://doi.org/10.1002/cpp.70126

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95–103. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0045357

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

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://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000251

Salazar, H. (2017). *Intervenção psicológica em cuidados paliativos.* Pactor–Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Salehi, M., Ghasemian, A., Najar, A. V., Nazari, H., & Hooshmand, E. (2025). From compassion to burnout: emotional labor in oncology nursing—a qualitative study. *BMC nursing*, *24*(1), 272. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02928-x

Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling, 41*(1), 7–13. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5

Shuman, A. G., Montas, S. M., Barnosky, A. R., Smith, L. B., Fins, J. J., & McCabe, M. S. (2013). Clinical ethics consultation in oncology. *Journal of Oncology Practice, 9*(5), 240-245. https://doi.org/10.1200/JOP.2013.000901

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professional*s (3rd ed.). Routledge.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327965pli1501_01

Teo, I., Krishnan, A., Lee, G. L., Cheng, G., & Malhotra, R. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology, 28*(7), 1394–1407. https://doi.org/10.1002/pon.5103

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised edition). University Press of Colorado.

Worden, J. W. (1998). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). Springer Publishing.

World Health Organization. (2020). *Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: A WHO guide.* World Health Organization.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy.* Basic Books.

Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: Ethical and clinical explorations.* American Psychological Association. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11563-000

ANEXOS

Anexo A. *Consentimento Informado*

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Termo de Consentimento Informado

Pede-se a sua colaboração no Projeto de Investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de Évora.

O estudo tem como título "A Vivência de Psicólogos(as) em Oncologia: Impactos e Desafios na Intervenção Clínica" tendo como objetivos destacar os principais desafios de acompanhar doentes oncológicos, compreender os impactos emocionais e pessoais e identificar que estratégias de autorregulação foram necessárias desenvolver para lidar com as exigências da prática clínica. O estudo centra-se na análise de respostas e posterior fundamentação teórica.

A sua participação neste estudo consistirá em uma entrevista semiestruturada, onde o áudio será gravado para posterior transcrição e análise, sendo única e exclusivamente utilizadas para fins académicos A sua participação será confidencial. Nenhuma informação identificável será utilizada nos resultados do estudo.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Se está de acordo e aceita colaborar, por favor assine em baixo.
Eu, _____declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, procedimentos e confidencialidade do estudo descrito acima. Entendo que minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento. Por conseguinte, concordo em participar no presente estudo.

Assinatura do Participante: _____
Data: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo B. *Guião da Entrevista Semiestruturada*

Guião da Entrevista Semiestruturada

1. "Quais os principais desafios que o seu trabalho com doentes oncológicos lhe tem colocado?"
2. "Que estratégias utiliza para lidar com esses desafios?"
3. "Como descreveria o impacto emocional de trabalhar diariamente com doentes oncológicos?"
4. "De que forma o trabalho com doentes oncológicos o impacta a nível pessoal?"

Anexo C. *Tabela de Análise de Dados*

Tema	Subtema	Código	Excerto das Entrevistas
Desafios no trabalho com doentes oncológicos	Desafios emocionais	O sofrimento do doente	"há sempre o desafio de gerir a ansiedade com a doença…" (J)
		A vulnerabilidade do outro	"o impacto de ver a vulnerabilidade do outro... perda de habilidades físicas e mentais" (M)
		Vivência progressiva de perdas	"Mas eu lembro-me que quando isto aconteceu tive muita necessidade de escrever e falava muito disso porque não se perde só a pessoa, perde-se a relação… e perder uma relação, principalmente para um psicólogo é um processo muito doloroso… estamos a perder o que construímos com essa pessoa." (M)
		Sentimento de impotência/frustração	"percebermos que não vamos conseguir ajudar todos os doentes oncológicos..." (C)
		Lidar com a morte	"não sabia lidar com a questão da possibilidade de morte e a morte em si." (E)
		Gestão de expectativas do doente	"a principal dificuldade tem a ver exatamente com isso, perceber se efetivamente há umas expectativas desajustadas…" (C)
	Desafios técnicos	Falta de informação técnica	"nem sempre me sinto informada o suficiente ou muitas vezes acaba por não ser uma decisão minha…" (J)
		Falta de recursos	"um tipo de intervenção que infelizmente temo que nem sempre conseguimos responder pelos recursos que temos." (J)
		Desinformação do doente	"muitas vezes vêm com uma informação romantizada daquilo que está a acontecer…" (C)
Estratégias de autorregulação	Estratégias pessoais de controlo emocional	Autocuidado	"cuidar de mim" (L), "apostar no meu autocuidado" (C) "ter compaixão e autocuidado" (M) "ter o meu descanso, a minha autorregulação, a minha reparação" (J)
		Separação vida pessoal e profissional	"ter espaço para trabalhar e outro espaço que é a nossa vida pessoal" (M) "tirar a bata", "desligar" (C) "não trago o meu trabalho para casa" (J)
		Música como forma de regulação	"a música permite desligar um pouco o botão", "continuar a nossa vida" (D) "E quando fazia domicílio e a visita era extremamente desafiante a nível emocional o caminho de volta para o hospital era sempre com música alta porque eu vinha sempre… é um impacto emocional muito grande." (L)
		Humor como alívio emocional	"o humor ajuda aqui a dar uma leveza", "utilizo a estratégia de humor se não o que seria…" (D)
		Permissão do psicólogo para mostrar vulnerabilidade	"E já chorei em algumas intervenções e isso não dificultou o processo, muito pelo contrário, a pessoa ainda se sentiu mais validada e reforçada de que aquilo era tão difícil, que até a mim me tocava, e por isso ela podia emocionar-se à vontade" (J)
	Estratégias cognitivas	Racionalização da morte	"racionalização e depois enfrentamento", "a morte é uma parte natural da vida como outra qualquer" (E)

	Estratégias cognitivas	Escrita como forma de reflexão	"Eu gosto muito de escrever e então utilizo muito a escrita como uma forma de explicar o que estou a sentir com a vulnerabilidade do outro e também para exteriorizar muitas vezes todo o impacto emocional que tem dentro de mim (…)" (M)
		Reestruturação interna (definição de limites)	"desprender-me destas soluções mágicas"/ "aceitar que eu não ia conseguir mudar o mundo" (L)
	Suporte interpessoal	Suporte da equipa multidisciplinar	"tem sido muito bom contar com a equipa" (J) "apoio entre equipa multidisciplinar" (L) "a equipa tem um papel fundamental de suporte" (R) "a equipa serve como conforto, como colo" (M)
		Supervisão e intervisão	"à procura de uma certa supervisão" (J) "supervisão didática", "muito importantes os momentos de supervisão" (M) "acredito que o facto de ter supervisão também é aqui outro suporte" (R)
		Suporte familiar e social	"estar com a família e com os amigos" (D) "suporte familiar forte e compreensivo" (R) "importante ter este suporte em casa" (J)
	Estratégias profissionais	Formação contínua	"preocupo-me muito em manter-me cada vez mais informada", "estudar" (J) "questionar e estar devidamente informado" (C)
		Gestão da agenda semanal	"estratégias de planeamento", "estruturar a consulta de outra forma", "consultas difíceis, ter um intervalo maior" (M)
		Gerir adequadamente o excesso de informação	"(…) o facto de trabalharmos aqui, permite e às vezes dificulta um pouco quando temos pessoas do nosso lado, dos nossos, doentes, porque temos muita informação… "(D)
Desenvolvimento pessoal	-	Aumento da sensibilidade	"Ainda que sinta que estou a tornar-me cada vez mais prática também sinto que estou cada vez mais sensível… sensível com a devida distância emocional que é necessária para conseguir ajudar o outro, porque se há área em que as pessoas precisam mesmo do nosso cuidado e da nossa proximidade, eu sinto que é esta." (J)
		Reestruturação de prioridades	"Isto veio desmistificar muitas crenças que tinha da vida e fez-me olhar a vida de outra forma… restruturei algumas prioridades e dei mais valor à vida, à vida no geral." (M) "Passei a relativizar, a dar importância a assuntos que fazem realmente a diferença, a não adiar nem esperar porque nós nunca sabemos o que pode acontecer." (J)
		Valorização do tempo presente	"Esta questão faz-me perceber que o tempo é limitado e um dia qualquer um de nós de um dia para o outro pode ficar sem nada… e podemo-nos arrepender muito daquilo que não fizemos e que não aproveitamos." (L) "Uma das coisas que eu aprendi é não adiar ou seja tento sempre dizer o que quero dizer, fazer o que quero fazer no presente, nunca deixar para depois ao longo do futuro." (R)

		Relativização de problemas supérfluos	“Passei a relativizar, a dar importância a assuntos que fazem realmente a diferença, a não adiar nem esperar porque nós nunca sabemos o que pode acontecer." (J)
		Compreensão da necessidade de autocuidado	"E o autocuidado é mesmo muito importante, porque senão chega uma altura em que nós não conseguimos dar mais ao outro porque já não temos nada para dar… já demos tudo." (L)
		Maior humanização	"E que me tornou uma pessoa muito mais humana, muito mais paciente, muito mais tolerante, muito mais empática." (M) "Eu acho que me tornei mais humana no sentido de me expor mais." (C)
		Reconfiguração de conceitos	“Para mim o maior impacto é a forma de lidar com a morte. Antigamente, eu tinha um conceito de morte muito diferente, no sentido de que é o fim, não há nada mais. E depois de trabalhar aqui, percebo que não, que a morte é uma parte da vida, é o processo final, mas que a pessoa mesmo assim ainda vive e tem uma vida. E depois também percebi que a morte não é só o fim da pessoa, é o fim da relação." (M)
Desenvolvimento profissional	-	Alterações no distanciamento terapêutico	"Ainda que sinta que estou a tornar-me cada vez mais prática também sinto que estou cada vez mais sensível… sensível com a devida distância emocional que é necessária para conseguir ajudar o outro, porque se há área em que as pessoas precisam mesmo do nosso cuidado e da nossa proximidade, eu sinto que é esta." (J) "E essa parte de conseguir permitir-me estar tão próxima das pessoas e ao mesmo tempo ter o devido distanciamento para que a minha intervenção fosse eficaz. Acho que foi um grande impacto." (J)
		Desmistificação do choro como fragilidade	"E inclusive eu trabalho muito com os doentes e as famílias esta parte mais emocional, o permitir expressar emoções uns com os outros. Porque ainda há muito a crença de que não posso chorar à frente dele porque se eu choro ele também chora, portanto estou a fazer-lhe mal. (…) Se nós próprios ensinamos isso e psico-educamos nesse sentido então porque não às vezes darmos esse exemplo. Não de uma forma mecânica, mas se acontecer também não me vou privar." (J)
		Praticidade	"Passei a relativizar, a dar importância a assuntos que fazem realmente a diferença, a não adiar nem esperar porque nós nunca sabemos o que pode acontecer." (J)