

Instituto Universitário da Maia - ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Burnout em Psicólogos: O Papel da Autocompaixão e do *Mindfulness* Enquanto Estratégias de Autocuidado

Vânia Mendes Ferreira, nº 31493

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Joana Carreiro

Julho de 2021



Agradecimentos

O meu maior obrigada...

A todos os/as psicólogos/as deste estudo por, tão amavelmente, se disponibilizaram para participar no mesmo, e por, a cada mensagem, me fazerem sentir acolhida enquanto futura colega de profissão.

À Professora Doutora Joana Carreiro, pela dedicação com que me acompanhou em todo este percurso, pela compreensão com que acolheu cada dúvida e preocupação e por me incentivar, a cada pequeno passo, a procurar a excelência.

À Helena e à Sandra, pela proximidade com que me acompanharam neste ano e nos anteriores. Que continuemos a acompanhar, de perto, os desafios e conquistas umas das outras!

Ao Lucas, o amigo que o estágio me deu, pela paciência, pelas horas de explicações e por todas as palavras de apoio.

Aos meus amigos, aqueles que saberão para quem falo, por compreenderem a grandiosidade deste ano, por estarem presentes e aceitarem a ausência, e por me mostrarem, vezes e vezes sem conta, que soube escolher a minha segunda família.

Aos meus pais, pelo amor que nunca me faltou, por me fazerem acreditar que sou capaz, por me impulsionarem na perseguição e conquista dos meus objetivos, e por tornarem este sonho realidade!

E, finalmente, ao meu namorado, que me ensinou a sonhar e me acompanhou na conquista do sonho! Por ser o meu maior apoio, o meu braço direito em todos desafios, por me mostrar a força nos fracassos, por celebrar todas as minhas conquistas e por tornar esta viagem tão bonita, um especial obrigada!

Resumo

Dado o reconhecimento da profissão de psicólogo enquanto uma das práticas na qual os profissionais são, mais regularmente, expostos a situações que os colocam vulneráveis à síndrome de *burnout*, e da, subconsequente, necessidade acrescida de adotar práticas que os protejam das características do exercício da profissão, o objetivo primordial desta investigação passou pelo estudo do papel da autocompaixão e do *mindfulness* enquanto práticas de autocuidado potencialmente eficazes na prevenção de *burnout* em psicólogos. Procurou-se caracterizar os níveis de autocompaixão, *mindfulness* e *burnout* numa amostra de 254 psicólogos portugueses, e perceber qual a relação que se estabelece entre as três variáveis, assim como o valor preditivo da autocompaixão e do *mindfulness*, em relação ao *burnout*. Para tal, foram aplicados a MBSM, o FFMQ e a SCS, cujos resultados foram relacionados também com as variáveis sociodemográficas. Adicionalmente, foram exploradas, através de uma análise temática, as práticas de autocuidado que os psicólogos adotam, ao longo da sua carreira profissional, no esforço de manterem o equilíbrio e o bem-estar. Os resultados sugerem que a autocompaixão e o *mindfulness* se relacionam, negativa e significativamente, com o *burnout* e explicam, nessa ordem, 24% e 23% da sua variância. Ainda, foi notado que a maioria dos participantes (94.1%) praticaram autocuidado ao longo da sua carreira profissional e que os níveis de autocompaixão e *mindfulness* eram mais elevados em praticantes de autocuidado e em psicólogos com mais de 9 anos de experiência profissional. Já os níveis de *burnout* revelaram-se mais elevados nos participantes com maiores habilitações literárias. Por fim, os dados qualitativos revelaram a diversidade de práticas de autocuidado adotadas por este grupo profissional e que o *mindfulness* e o exercício físico se apresentam como as práticas de autocuidado mais regulares nos psicólogos desta amostra.

Palavras-chave: Psicólogos, Autocompaixão, *Mindfulness*, *Burnout* e Autocuidado

Abstract

Given the recognition of the psychologist profession as one of the practices in which professionals are more regularly exposed to situations that make them vulnerable to burnout, and the, subsequent, need to adopt practices that protect them from the characteristics of the profession, the primary goal of this investigation was to study the role of self-compassion and mindfulness as potentially effective self-care practices in preventing burnout syndrome in psychologists. We tried to characterize the levels of self-compassion, mindfulness and burnout in a sample of 254 portuguese psychologists, and to understand the relationship that is established between the three variables, as well as the predictive value of self-compassion and mindfulness, in relation to burnout. To this end, MBSM, FFMQ and SCS were applied, whose results were also correlated with sociodemographic variables. Additionally, the self-care practices that the psychologists have adopted throughout their professional careers in an effort to maintain balance and well-being were explored through a thematic analysis. The results suggest that self-compassion and mindfulness are negatively and significantly related to burnout and explain, in that order, 24% and 23% of its variance. Furthermore, it was noted that the majority of participants (94.1%) practiced self-care throughout their professional career and that the levels of self-compassion and mindfulness were higher in self-care practitioners. Finally, qualitative data revealed the diversity of self-care practices adopted by this professional group and that mindfulness and physical exercise are the most regular self-care practices in psychologists in this sample.

Key words: Psychologists, Self-Compassion, Mindfulness, Burnout and Self-Care.

Índice

1.	Introdução.....	1
1.	Enquadramento Teórico	2
1.1.	O Psicólogo e a sua prática profissional.....	2
1.2.	<i>Burnout</i> : Quando se atinge o limite	6
1.2.1.	<i>Burnout</i> : Fatores de risco e fatores de proteção	9
1.2.2.	Consequências da síndrome de <i>Burnout</i>	12
1.3.	Autocuidado em Psicólogos: Um aliado na profissão e na vida	14
1.4.	Autocompaixão e <i>Mindfulness</i> enquanto estratégias de autocuidado	19
1.4.1.	O papel da autocompaixão	19
1.4.2.	O papel do <i>mindfulness</i>	22
2.	Método	25
2.1.	Objetivos	25
2.2.	Participantes	26
2.3.	Instrumentos	27
2.3.1.	Questionário Sociodemográfico	27
2.3.2.	Escala de Autocompaixão (SCS)	27
2.3.3.	Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i> (FFMQ)	28
2.3.4.	Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed (MBSM)	29
2.4.	Procedimentos	30
2.4.1.	Procedimentos de recolha de dados	30
2.4.2.	Procedimentos de análise de dados	31
2.5.	Resultados	32
2.5.1.	Análise Descritiva	32
2.5.1.1.	Caracterização da autocompaixão em psicólogos	32
2.5.1.2.	Caracterização do <i>mindfulness</i> em psicólogos	34
2.5.1.3.	Caracterização do <i>burnout</i> em psicólogos.....	36
2.5.2.	Análise Correlacional	37
2.5.2.1.	Correlações entre autocompaixão e <i>burnout</i>	37
2.5.2.2.	Correlações entre <i>mindfulness</i> e <i>burnout</i>	39
2.5.3.	Análises de Regressão	40
2.5.4.	Análise Temática.....	40
2.6.	Discussão.....	45
2.7.	Conclusões e Orientações Futuras.....	50
3.	Referências Bibliográficas	52
4.	Anexos.....	70

Lista de Abreviaturas

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

APA – *American Psychological Association*

INE – Instituto Nacional de Estatística

AC – Autocuidado

MBSM – Medida de Burnout de Shirom-Melamed

FFMQ – *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

SCS – *Self Compassion Scale*

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Médias e desvios-padrão da autocompaixão e suas subescalas para a amostra total

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão do *mindfulness* e suas facetas para a amostra total

Tabela 3 – Médias e desvios-padrão do *burnout* e suas dimensões para a amostra total

Tabela 4 – Correlações entre a autocompaixão e o *burnout*

Tabela 5 – Correlações entre o *mindfulness* e o *burnout*

Tabela 6 - Práticas de autocuidado ao longo do percurso profissional: Temas e subtemas

Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico representativo da Análise Temática

Lista de Anexos

Anexo 1 – Questionário Online

Anexo 2 – Pedidos e autorizações dos autores para utilização dos instrumentos de avaliação

Anexo 3 – Exemplo de publicação para partilha do questionário

1. Introdução

Cada vez mais, os psicólogos assumem um papel preponderante na saúde psicológica dos indivíduos e sua adaptação ao meio (OPP, 2020). Contudo, este acrescido reconhecimento vem também alertar para as exigências emocionais desta prática profissional. Estudos revelam que a persistente exposição a clientes vulneráveis, com difíceis vivências e/ou complexas perturbações psicológicas, auxiliada pela responsabilidade de uma profissão em que a gestão emocional do psicólogo é fundamental para uma intervenção objetiva e de sucesso, colocam o psicólogo em risco de desenvolver sentimentos de elevada responsabilidade, exaustão emocional, fadiga por compaixão, *stress* traumático secundário e *burnout* (Figley, 2002; Laverdière et al., 2018; Rabu et al., 2015; Rokach & Boulazreg, 2020; Ventouris et al., 2020).

Neste sentido, e tendo em consideração estudos sobre a eficácia das práticas de autocuidado (AC) na gestão emocional e proteção face ao *stress* e suas consequências (Gentry, 2002; Myers, et al., 2012; OPP, 2021), torna-se elementar o estudo de práticas com o potencial de auxiliar os psicólogos no enfrentamento dos desafios impostos pela sua prática profissional. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo central compreender o papel da autocompaixão e do *mindfulness*, enquanto estratégias de AC, na gestão do *burnout* em psicólogos. Adicionalmente, intenciona-se caracterizar as variáveis autocompaixão, *mindfulness* e *burnout* em psicólogos portugueses e compreender a relação que se estabelece entre elas. Ainda, procura-se perceber de que forma estas variáveis se relacionam com as variáveis sociodemográficas e, adicionalmente, conhecer as práticas de AC utilizadas pelos psicólogos portugueses, ao longo da sua carreira profissional. Assim sendo, o presente estudo organiza-se nas seguintes partes fundamentais: i) enquadramento teórico, onde se realiza uma revisão literária acerca do tema em estudo, ii) a metodologia, onde se apresentam as diferentes fases empíricas da investigação, iii) a discussão, onde se reflete acerca dos diferentes resultados obtidos e, finalmente, iv) a conclusão e orientações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. O Psicólogo e a sua prática profissional

O psicólogo¹ é um profissional de saúde, especialista no comportamento e no funcionamento dos processos mentais humanos. A sua atuação tem como objetivo a promoção do bem-estar e saúde psicológica dos indivíduos, através da melhoria do seu funcionamento diário (pensamentos, sentimentos e comportamentos), do seu desenvolvimento físico, social e psicológico e da sua adaptação ao meio que o rodeia (OPP, 2020).

No exercício da sua profissão, algumas das competências do psicólogo passam pela avaliação psicológica e aconselhamento e/ou acompanhamento terapêutico a indivíduos ou grupos, pelo estudo de fatores psicológicos no diagnóstico, tratamento e prevenção de doença de foro mental, emocional e/ou outras psicopatologias, bem como pela compreensão da influência de fatores hereditários, sociais, profissionais ou outros na análise dos comportamentos dos indivíduos. Estas competências podem agrupar-se em diferentes especialidades da psicologia, nomeadamente, a de psicólogo clínico, da saúde, comunitário, educacional, organizacional, psicoterapêutico, desportivo ou outros (INE, 2011; OPP, 2020). Deste modo, a intervenção dos psicólogos é abrangente a diversos contextos e populações, podendo integrar contextos sociais, da saúde, da educação, entre outros, intervindo nas mais diversas problemáticas e faixas etárias (OPP, 2020).

Independentemente da sua especialidade ou contexto ocupacional, existem características comuns que se associam ao trabalho de um psicólogo, designadamente, a necessidade comum de exercerem a sua profissão de acordo com o código deontológico (APA, 2017). De acordo com as normas que regulam a atividade profissional, faz parte o sigilo profissional, que se assume enquanto dever de manter confidencial tudo o que diga respeito a

¹ Ao longo da redação da presente dissertação, a designação de “psicólogo” irá aparecer no determinante artigo masculino, porém, defende-se a importância de uma linguagem inclusiva e promotora de igualdade. Assim sendo, onde se lê “psicólogo”, deverá subentender-se “psicólogo/a”.

informações reveladas pelos clientes, no âmbito da atividade profissional (Decreto-Lei n.º 241/94 do Ministério de Saúde, 1994). Também, a realidade do contacto próximo com indivíduos que, normalmente, se encontram em sofrimento físico, psicológico e/ou emocional, é transversal, dado que a psicologia se apresenta como uma profissão de ajuda (Santos et al., 2012; Silva et al., 2015). A psicologia apresenta-se também como uma prática individual, na medida em que exige uma privacidade absoluta para a exploração das diferentes problemáticas apresentadas pelos clientes (Rokach & Boulazreg, 2020).

Concomitantemente, o exercício da Psicologia parece originar, nos psicólogos, uma maior abertura, crescimento, tolerância e criatividade (Rabu et al., 2015). Estudos reportam uma sensação de privilégio e valorização pelo cargo de psicólogo, aprendizagens pessoais positivas, promotoras de mais autoconfiança, autoconsciência, assertividade e resiliência (Farber, 2015; Rabu et al., 2015), uma sensação de orgulho e respeito enquanto profissionais competentes (Farber & Heifetz, 1981), elevados níveis de satisfação ocupacional e baixos níveis de ideação de abandonar a profissão (Stevanovic & Rupert, 2004).

Contudo, apesar das evidências positivas, a natureza da ocupação do psicólogo caracteriza-se enquanto uma das mais stressantes, pelo que consiste na constante e persistente assistência a clientes com as mais complexas perturbações psicológicas e/ou expostos a experiências tóxicas, difíceis e, em alguns casos, traumáticas. Perante estes clientes, os psicólogos devem demonstrar empatia, de modo a corresponder às expectativas da profissão (Dattilio, 2015; Gallavan, & Newman, 2013). Assim, a profissão do psicólogo acarreta também o risco de o profissional ficar sobrecarregado com sentimentos de elevada responsabilidade, inadequação e falta de confiança em si mesmo, podendo levar a sentimentos de isolamento e desespero (Rabu et al., 2015; Ventouris et al., 2020).

Outro dos desafios profissionais refere-se à qualidade das interações com os clientes, que exige uma atenção exclusiva nas suas dificuldades, bem como uma capacidade de o

psicólogo conter as próprias experiências emocionais e preocupações, de modo a garantir uma intervenção objetiva e de sucesso (Rokach & Boulazreg, 2020). Nesta lógica, perante clientes difíceis, com tendências de desvalorização do psicólogo, comportamentos suicidas, agressivos e/ou diálogos com potencial para provocar desalento, humilhação e/ou rejeição, o psicólogo deve ter a competência para conter e gerir as suas reações emocionais (Rokach & Boulazreg, 2020; Sherman & Thelen, 1998). Ao encontro desta ideia, estudos como o de Sherman e Thelen (1998) realizados com uma amostra de 522 psicólogos em prática clínica, e o de Farber e Heifetz (1981), com uma amostra de profissionais de saúde mental, reportam o “trabalho com clientes difíceis” (suicidas, *borderline*, entre outros) como um dos fatores de *stress* laboral mais comuns. No primeiro, verificou-se também uma correlação forte entre os fatores laborais mencionados, e os níveis de sofrimento psicológico e dificuldades no desempenho profissional. Também, outros estudos demonstraram que este tipo de comportamentos negativos por parte dos clientes aumentava os níveis de exaustão emocional dos psicólogos (Rupert & Morgan, 2005) e que, um esforço acrescido, por parte dos psicólogos, para se regularem emocionalmente, leva a uma menor autenticidade inerente à prática e, por consequência, a menor satisfação profissional (Rodriguez & Carlotto, 2017). Contudo, também o oposto é observado, no sentido em que, apesar desta obrigatoriedade de afastamento emocional aliada à posição dos psicólogos, estes podem chegar ao final do tratamento com uma sensação de genuína valorização pelo cliente (Norcross et al., 2017; Rokach & Boulazreg, 2020). Assim sendo, o final da terapia pode representar repetidas perdas e potenciais processos de luto no profissional, podendo resultar numa resistência para se conectar com os clientes (Norcross et al., 2017; Rokach & Boulazreg, 2020).

A acrescentar a estas preocupações, o dever da confidencialidade inerente à profissão, pode criar, no psicólogo, uma tensão resultante da necessidade de separar estas experiências emocionais da sua vida pessoal (Freudenberger, 1990, as cited in. Rokach & Boulazreg, 2020).

Neste seguimento, compreende-se que a prática ocupacional dos psicólogos pode manifestar efeitos na vida pessoal dos mesmos. Farber (1983), num dos estudos pioneiros realizados nesta área, percebeu que as principais consequências negativas, reportadas pelos profissionais, se revelavam nas suas relações pessoais e por fazer emergir problemas pessoais. Foi notado, neste e outro estudo (Rabu et al., 2015), que a tendência para ser demasiado consciente de si e dos outros, apesar de positiva em algumas circunstâncias, dificultava a naturalidade e genuinidade das interações sociais, e que o desgaste provocado pelo trabalho, explicava a escassez de afeto que dispunham em casa (Farber, 1983; Rabu et al., 2015).

Desta forma, percebe-se como fator de maior risco as elevadas exigências emocionais associadas à prática profissional. Para além da exaustão emocional (Laverdière et al., 2018), o psicólogo pode desenvolver fadiga por compaixão perante a incapacidade de suportar o sofrimento do cliente, resultante de um esforço prolongado de resolver a sua dor (Figley, 2002). Por sua vez, esta pode levar o psicólogo a ficar demasiado envolvido nas experiências do cliente, podendo experienciar pensamentos intrusivos relacionados com o mesmo, deixando o profissional em risco de desenvolver *stress* traumático secundário (Gallavan, & Newman, 2013). O *stress* traumático secundário consiste na experiência de sentimentos e sintomas semelhantes aos que são sentidos pelos seus clientes, e pode desencadear ou intensificar os efeitos de *burnout* (Gallavan, & Newman, 2013; Ventouris et al., 2020). Estudos indicam que o *stress* traumático secundário e a fadiga por compaixão se apresentam como os sintomas mais desgastantes nos psicólogos, chegando a afetar as suas práticas (Amir et al., 2015; Ventouris et al., 2020). Adicionalmente, faz sentido compreender a contratransferência como um fenómeno que pode ocorrer no campo de ação do *stress* traumático secundário, sendo esta compreendida como uma reação pessoal do terapeuta às transferências do cliente. É importante notar que as contratransferências devem ser evitadas e eliminadas, tendo a si associados efeitos negativos para o sucesso terapêutico (Figley, 1995, as cited in. Collins & Long, 2003).

Em reconhecimento do supracitado, Freudenberger (1974) e Maslach (1976), advogam que existe vulnerabilidade para a síndrome de *burnout*, por parte dos profissionais em contacto direto com outras pessoas e cujo foco ocupacional é o cuidado, como é o caso dos psicólogos (Gómez-Gascón et al., 2013; Rodriguez & Carlotto, 2017; Silva et al., 2015).

1.2. *Burnout*: Quando se atinge o limite

O conceito de “*burnout*” tem sido utilizado para definir a experiência negativa do profissional, em resposta a fontes de *stress* às quais, prolongadamente, é exposto no local de trabalho (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli & Greenglass, 2001). Desta forma, faz sentido compreender o *stress* ocupacional para melhor compreender o *burnout*.

O *stress* ocupacional tende a ser compreendido com base no *Modelo do Stress Baseado na Resposta* (Hespanhol, 2005). Este modelo entende o *stress* como resposta a um estímulo perturbador e compreende três fases de resposta/adaptação ao *stress*, nomeadamente: i) a *fase da reação de alarme*, sendo esta a primeira resposta psicofisiológica, que prepara o organismo para responder ao estímulo perturbador, ii) a *fase de resistência*, que surge em resposta a uma fonte de *stress* contínua, numa tentativa de adaptação à mesma e, por fim, iii) a *fase da exaustão*, que se caracteriza pela incapacidade do organismo se adaptar ao estímulo stressante, dado o esgotamento da energia necessária para lidar com este. É esta última fase que se associa ao desenvolvimento de *burnout* (Pereira, 2002; Hespanhol, 2005). Desta forma, o “*burnout*” foi definido para englobar os efeitos físicos, psicológicos e comportamentais adversos associados a uma exposição contínua e persistente ao *stress* ocupacional (Mcintvre, 1994).

Assim, o termo “*burnout*” descreve, na língua inglesa, o fenómeno de combustão total e é utilizado para definir algo que deixou de funcionar, por falta de energia (Pereira, 2002). Nessa lógica, Freudenberger (1974) compreendeu o conceito como o esgotamento do profissional de serviços humanos, desencadeado pela requisição excessiva dos seus recursos

energéticos. Associou, ao fenómeno, sinais e sintomas físicos, psicológicos e comportamentais e defendeu que estes tendem a aparecer cerca de um ano depois do início da atividade profissional (Freudenberger, 1974; 1975).

Desde então, as investigações acerca do conceito aumentaram em prol da crescente identificação dos profissionais das mais diversas áreas (Maslach & Schaufeli, 1993; Maslach & Leiter, 2017), admitindo-se uma vulnerabilidade das profissões de ajuda, por se tratarem, normalmente, de serviços a pessoas vulneráveis, a necessitar de cuidados extremos e por um tempo prolongado (Pereira, 2002; Capelo & Pocinho, 2016).

Das diversas investigações na área, resultaram temas comuns, que ajudaram a clarificar o fenómeno. No seguimento das investigações, Maslach e Jackson (1981) desenvolveram a definição de *burnout* que é hoje mais utilizada e consolidada, em todas as áreas profissionais. Esta conceptualiza o *burnout* como a resposta a um *stress* crónico avassalador, oriundo de exigências ocupacionais, e compreendido no âmbito dos três domínios básicos que o caracterizam, designadamente: i) *exaustão emocional*, ii) *despersonalização/cinismo* e, iii) *realização pessoal diminuída/ineficácia* (Maslach & Jackson, 1981). Segundo os autores, a *exaustão emocional* qualifica-se enquanto uma sensação de cansaço, desgaste e debilidade e espelha a incapacidade destes profissionais de se conectarem, à medida que os seus recursos emocionais vão sendo esgotados pelas requisições do contexto ocupacional. A *despersonalização/cinismo* enfatiza as atitudes negativas e despreocupadas para com as relações interpessoais, bem como a irritabilidade e perda de idealismo. Finalmente, um autoconceito reduzido e, consequentes, tendências para avaliações negativas, essencialmente, em relação à sua capacidade de desempenho profissional, estão aliadas a uma *realização pessoal diminuída* (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2017).

Uma vez compreendido o fenómeno, o desafio, ao longo dos anos, passou a ser identificar diferentes teorias e conceitos que pudessem auxiliar a sua explicação, para além dos contributos sociais e clínicos (Maslach & Leiter, 2017).

No âmbito da Psicologia Organizacional, uma das teorias mais citadas aquando se abordam os comportamentos no mundo do trabalho é a Teoria de Conservação de Recursos (COR) de Hobfoll (1988). Esta teoria tem, como princípio básico a ideia de que os indivíduos são motivados para a proteção e conservação dos seus recursos, bem como para a aquisição de novos (Halbesleben et al., 2014; Shirom, 2011). Estes recursos e valor a eles atribuídos são idiossincráticos, logo, podem adotar diferentes formas, como objetivos, estados, condições e outras coisas (Hobfoll, 1988, as cited in. Halbesleben, et al., 2014). Exemplos desses recursos são, nomeadamente, a segurança no trabalho, recompensas/reforços, autonomia, participação na tomada de decisões (Halbesleben, et al., 2014). De acordo com a teoria COR, o *stress* ocupacional ocorre perante a ameaça, a perda ou incapacidade de recuperar estes recursos (Shirom, 2011), pressupondo-se assim que o *burnout* ocorre após uma exposição do indivíduo a um ciclo de perdas de recursos, que se entendeu ao longo do tempo (Shirom, 2011).

Shirom e Maleded, inspirados pela conceptualização de *burnout* de Maslach e colaboradores e baseados na Teoria de Conversação de Recursos (COR) de Hobfoll (1988), conceptualizaram o *burnout* como um estado afetivo caracterizado por *exaustão emocional*, *fadiga física e fadiga cognitiva* (Gomes, 2012; Shirom, 2011). Os autores defendem que a exposição contínua a fontes de *stress* ocupacional e, subsequente, diminuição persistente e progressiva dos recursos energéticos de *coping* do profissional, caracterizam o fenómeno de *burnout* (Gomes, 2012; Maleded, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006; Shirom, 2011).

1.2.1. *Burnout*: Fatores de risco e fatores de proteção

Na literatura, encontram-se várias investigações focadas em diversos fatores que se apresentam como riscos para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Lim et al., 2010; O’connor, Neff, & Pitman, 2018; Rodriguez & Carlotto, 2017; Vredenburg et al. 1999), sendo possível dividi-los em *fatores individuais* (que se referem a características demográficas e de personalidade) e *situacionais* (que contemplam as características organizacionais) (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014). Estes fatores apresentam-se em seguida, detalhadamente.

No que concerne aos **fatores de risco individuais**, estes incluem variáveis demográficas, tais como a idade, sexo, habilitações literárias, anos de experiência profissional, bem como características da personalidade e atitudes em relação ao trabalho (Halbesleben et al., 2014; Maslach et al., 2001).

Desta forma, a *idade* revela-se uma das variáveis mais relacionadas com o *burnout*, demonstrando que profissionais mais jovens, inclusive psicólogos, são mais suscetíveis a experienciar esta síndrome (Lim et al., 2010; Maslach et al., 2001; Rosenberg & Pace, 2006; Rupert, Miller, & Dorociak, 2015; Simionato & Simpson, 2017; Vredenburg et al., 1999).

De igual forma, o *sexo* tem vindo a ser estudado, tendo-se observado que ser mulher se associa a maiores níveis de *exaustão emocional*, embora os homens tendam a revelar valores mais elevados na dimensão da *despersonalização/cinismo* (Maslach et al., 2001; Rosenberg & Pace, 2006). Ainda, Rodriguez e Carlotto (2017) notaram maiores níveis de fadiga psicológica nos homens, o que denota alguma inconsistência dos resultados relativos a este domínio.

Relativamente ao *estado civil*, embora haja pouca informação inclusiva desta variável, pessoas solteiras parecem formar o grupo mais vulnerável ao *burnout*, mesmo quando comparadas com pessoas divorciadas (Maslach et al., 2001).

Por fim, Maslach e colaboradores (2001) notam que níveis superiores de *habilitações literárias* correspondem a menores níveis de *burnout*, contudo, Lim e colaboradores (2010)

notaram o oposto, na medida em que maiores níveis de habilitações literárias se correlacionaram com maiores níveis de *exaustão emocional*. Os autores explicaram que estes dados podem estar associados a maiores expectativas ou ao contacto com casos mais complexos, por parte de psicólogos com maiores habilitações (Lim et al., 2010). Outros estudos corroboram os resultados de Lim e colaboradores (2010), notando que menores níveis educacionais se relacionam com menores níveis de *burnout* (Acker, 2011; Rosenberg e Pace, 2006)

Relativamente aos *anos de experiência profissional*, é sugerido que a acumulação de experiência ajuda na manutenção da saúde mental (Laverdière et al., 2018). Benedetto e Swadling (2013) corroboram estes resultados, dado que psicólogos com maior experiência profissional, apresentavam menores níveis de *burnout*.

Em termos de *personalidade*, sabe-se que maiores níveis de rigidez, um *locus* de controlo externo, estratégias de *coping* de evitamento, uma baixa autoestima e uma predisposição para o neuroticismo, se relacionam com valores de *burnout* mais elevados (Halbesleben et al., 2014; Maslach et. al, 2001). Rodriguez e Carlotto (2017) corroboram algumas destas conclusões, na medida em que reportaram que uma sensação de competência no trabalho e o uso de estratégias focadas no problema aumentavam os níveis de realização pessoal em psicólogos. Ainda, Benedetto e Swadling (2013) demonstraram que psicólogos que se descreviam como autoconscientes, com um sentido de responsabilidade em relação ao seu trabalho, com sentido de humor e com um bom equilíbrio entre a vida pessoal e ocupacional eram também os que se descreviam como mais satisfeitos com a vida.

Por fim, uma *atitude caracterizada por elevadas expectativas em relação ao trabalho* parece colocar o profissional numa posição em que este se prepara para exceder as suas capacidades, de modo a corresponder com as metas que determinou. Consequentemente, este comportamento predispõe uma vulnerabilidade face ao *burnout* (Benedetto & Swadling, 2013; Maslach et al., 2001).

No que concerne aos **fatores de risco situacionais**, Maslach e Leiter reuniram seis principais domínios pelos quais estes fatores se distribuem, tais como: i) carga de trabalho, ii) controlo, iii) recompensa, iv) comunidade, v) justiça e vi) valores (Maslach & Leiter, 1999, as cited in. Maslach & Leiter, 2001).

Desta forma, a *carga de trabalho* quando atinge quantidades exageradas, excede os recursos que o profissional percebe ter para enfrentar a mesma, bem como o tempo que lhe é atribuído para o fazer, criando desequilíbrio (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach, 2006). Estudos reportam que a carga de trabalho e horas de serviço se apresentam como os principais preditores de *burnout* nas suas várias dimensões, em psicólogos (Hammond, Crowther, & Drummond, 2018; Rodriguez & Carlotto, 2017). No entanto, Laverdière e colaboradores (2018), demonstraram, na sua investigação, que os efeitos da carga de trabalho podem variar, dependendo dos outros domínios.

O domínio relativo ao *controlo* refere-se a uma percepção de baixa autonomia e falta de propriedade nas decisões que influenciam o próprio trabalho (Karasek and Theorell, 1990, as cited in. Maslach & Leiter, 2001; Halbesleben, et al., 2014). Neste seguimento, psicólogos em prática privada tendem a reportar menores níveis de *burnout*, quando comparados com psicólogos empregados em contextos públicos, o que aparenta estar associado a uma maior autonomia no ambiente de trabalho, bem como a menos problemas administrativos e a uma percepção de controlo na seleção dos próprios clientes (Laverdière et al., 2018; Lim et al., 2010; Rupert & Morgan, 2005; Vredenburg, Carlozzi, & Stein, 2007).

As *recompensas*, independentemente do seu carácter, quando não correspondem com as expectativas do profissional, podem torná-lo mais vulnerável à síndrome de *burnout*. São disso exemplos, a falta de reconhecimento, por parte dos colegas e/ou das entidades patronais e até por parte dos clientes, que tendem a refletir-se em sentimentos de incompetência devido à ausência de gratificação (Cordes & Dougherty, 1993; Halbesleben, et al., 2014; Maslach &

Leiter, 2008). Estudos com psicólogos, reportam que a satisfação com os salários, os elogios por parte de clientes e as oportunidades para progredir na carreira eram preditores de maior satisfação com o trabalho e que a insatisfação com os salários se apresentava como uma das principais fontes de *stress* (Martin e Schinke, 1998; Stevanovic & Rupert, 2004)

No que concerne ao domínio *comunidade*, este diz respeito à qualidade das relações interpessoais que o profissional estabelece no local de trabalho e a capacidade de estas funcionarem enquanto seu suporte social (Cordes & Dougherty, 1993; Halbesleben et al., 2014; Maslach & Leiter, 2001). Estudos demonstram que a coesão entre colegas de trabalho e supervisores e um ambiente de qualidade neste espaço, se correlacionam, positivamente, com altos níveis de realização pessoal, e negativamente com níveis de exaustão emocional e despersonalização nos psicólogos (Kruger, Botman, Goodenow, 1991; Rupert et al., 2015; Shoptaw et al., 2020).

Por sua vez, o domínio *justiça* refere-se à forma como o indivíduo percebe as decisões que o envolvem enquanto justas e equitativas, uma vez que o contrário origina sentimentos de alienação da comunidade supracitada (Maslach & Leiter, 2001). A par desta ideia estão estudos como o de Farber e Heifetz (1981) que demonstraram que ambientes de trabalho problemáticos estão entre os fatores de *stress* mais mencionados por profissionais de saúde mental.

Finalmente, os *valores* representam a ligação inicial entre o profissional e o local de trabalho, em forma de expectativas que o levaram a eleger aquele local em particular. Conflitos de valores refletem-se em desencontros entre os ideais e motivações do profissional e aquilo que este realmente faz no local de trabalho (Maslach & Leiter, 2001).

1.2.2. Consequências da síndrome de *Burnout*

A literatura tem vindo a demonstrar os diversos sintomas e consequências associadas à síndrome de *burnout* (Gómez-Gascón et al., 2013; Hammond, Crowther & Drummond, 2018;

Lee et al., 2011; Paris & Hoge, 2009; Maslach & Leiter, 2008; McIntyre, 1994; Morse et al., 2012; Salyers et al., 2015).

Tal como supracitado, os psicólogos enfrentam desafios, na sua prática ocupacional, que os podem levar a experienciar *exaustão emocional*, quer devido à exigência emocional dos serviços prestados, à responsabilidade a eles associada, ao contacto próximo com pessoas em sofrimento, às cargas excessivas de trabalho e horas de serviço ou à dificuldade em equilibrar as vidas pessoais com as profissionais (Amir et al., 2015; Laverdière et al., 2018; Rabu et al., 2015; Rodriguez & Carlotto, 2017; Ventouris et al., 2020).

Esta exaustão associa-se, por conseguinte, a um desempenho profissional diminuído que se transpõe em menos paciência, menos energia, competências de comunicação e escuta empobrecidas, atitudes desadequadas para com os clientes, risco acrescido de contratransferência, menor produtividade e motivação e incapacidade de gerir a carga de trabalho, por parte dos psicólogos (Acker, 2011; Amir et al., 2015; Hammond, Crowther, & Drummond, 2018; Salyers et al., 2015). Adicionalmente, a insatisfação com o trabalho, o baixo empenho, o absentismo, a ideiação de abandonar o trabalho e o, posterior, impacto negativo destas atitudes e comportamentos nas relações com os colegas de trabalho e no atendimento e satisfação dos clientes, clarificam outros dos efeitos comportamentais do fenómeno no desempenho profissional dos psicólogos (Kahill, 1988; Maslach & Leiter, 2017; Morse et al., 2012).

Ainda, o *burnout* tem vindo a impactar os psicólogos com outros sintomas físicos, psíquicos e, comportamentais (Pereira, 2002). Dos *sintomas físicos*, fazem parte o cansaço constante e progressivo, dores musculares, insónias, cefaleias/enxaquecas, distúrbios gastrointestinais, imunodeficiência, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, problemas cardiovasculares (Hammond et al., 2018; Kahill, 1988; Landsbergis et al., 2002; Maslach & Leiter, 2017; Morse et al., 2012; Pereira, 2002).

No que concerne aos *sintomas psíquicos*, o *burnout* manifesta-se enquanto preditor de depressão, bem como de outros sintomas emocionais como exaustão emocional, ansiedade, irritabilidade, sentimentos de culpa e de desespero (Kahill, 1988). Para além disso, contempla sintomas como dificuldades de atenção e concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão e impotência, impaciência, humor negativo, entre outros (Hammond et al., 2018; Morse et al., 2012; Maslach & Leiter, 2017; Pereira, 2002).

Os *efeitos comportamentais* associados a este tipo de *stress* profissional incluem a irritabilidade, agressividade, incapacidade para relaxar, diminuição da tomada de iniciativa e o aumento de comportamentos de risco. Os efeitos defensivos englobam alguns dos aspetos que estão na origem da diminuição do desempenho profissional, já mencionados acima e outras como a tendência para o isolamento e, em último caso, as ideias suicidas (Kahill, 1988; Maslach & Leiter, 2017; Morse et al., 2012; Pereira, 2002).

Nesta conjuntura, percebe-se uma necessidade acentuada de se adotarem práticas de autocuidado que auxiliem a diminuição destes sintomas.

1.3. Autocuidado em Psicólogos: Um aliado na profissão e na vida

O autocuidado (AC) é a escolha, por parte do indivíduo, de se envolver, com regularidade, em atividades, com o intuito de manter ou melhorar o seu bem-estar e saúde (OPP, 2020). Estas atividades variam de acordo com as idiosincrasias e necessidades de cada um, bem como de acordo com os diferentes momentos da vida, contudo, podem envolver fatores psicossociais, tais como o sono, exercício físico, suporte social, prática de relaxamento e *mindfulness* (Gentry, 2002; Myers et al., 2012; OPP, 2021; Williams et al., 2010).

Desta forma, o AC tem vindo a ser conceptualizado como uma posição ativa do indivíduo para reduzir resultados negativos, através da proteção e/ou enfrentamento do *stress* e suas consequências, e em promover resultados positivos, através da elevação do seu bem-estar

físico e emocional (Butler et al., 2019). Assim sendo, o AC deve ser compreendido como uma necessidade, ao qual os indivíduos devem recorrer, não só, mas essencialmente, quando se sentem mais preocupados, stressados ou sobrecarregados (Gentry, 2002; Myers, et al., 2012; OPP, 2021).

Nesta ordem de ideias, são várias as investigações que se focam nos diferentes componentes que constituem as práticas de AC. Tendo em consideração algumas dessas investigações, estes componentes tendem a organizar-se, de uma forma geral, em práticas de AC relacionadas com domínios *físico, profissional, relacional, psicológico e espiritual* (Butler et al. 2019; Posluns & Gall, 2020; Myers et al., 2012; Richards et al., 2010; Rokach & Boulazreg, 2020).

O *domínio físico* do AC garante o funcionamento ótimo do corpo e contempla o sono, a nutrição e o exercício físico regular, práticas de AC que se revelam benéficas para a prevenção de doenças, maximização de capacidades cognitivas e promoção de um bem-estar geral (Mahoney, 1997; Richards, Campenni, & Muse-Burke, 2010; Rokach & Boulazreg, 2020). Estudos empíricos sublinham, predominantemente, os benefícios do exercício físico para a saúde física e psicológica dos psicólogos, concluindo que este se associa a menores níveis de exaustão e maior eficácia profissional (Wolf e Rosenstock, 2017), assim como se relaciona positivamente com menores níveis de *burnout* (Gerber et al., 2013; Moraes, Calais, Verardi, 2019) e com uma melhor capacidade para lidar com o *stress* (Gerber et al., 2013; Sanzovo & Coelho, 2007; Myers et al., 2012).

O *domínio profissional* do AC tem como foco a prevenção e/ou gestão do *stress* proveniente da atividade profissional. Esta promoção/gestão do *stress* tem em vista o evitamento do desenvolvimento de fadiga por compaixão, *stress* traumático secundário, e síndrome de *burnout* (Butler et al., 2019), promovendo um equilíbrio/conciliação entre a vida pessoal e a profissional (Stevanovic & Rupert, 2004). Estudos têm vindo a demonstrar como a

manutenção deste equilíbrio se apresenta como uma das estratégias mais adotadas entre os psicólogos (Dattilio, 2015; Wise, Hersh, & Gibson, 2012), assim como se relaciona com menores níveis de *burnout* e maior satisfação profissional (Rupert et al., 2012; Rupert & Kent, 2007; Tudury, 2020).

O *domínio relacional* do AC realça a importância das relações sociais e da manutenção de uma rede de suporte a quem recorrer, podendo esta constituir-se por relações familiares, amorosas, de amizade, com colegas de trabalho e/ou supervisores, entre outros (Norcross, 2000; Butler et al., 2019). Estudos apoiam a ideia de que o suporte das relações é um fator importante para promover um bom ambiente no trabalho (Baruch-Feldman, Brondolo, Bem-Dayana, & Schwartz, 2002; Kruger, Botman, Goodenow, 1991), assim como para promover o equilíbrio e a conciliação entre a vida profissional e pessoal dos psicólogos (Barnett et al., 2007; Myers et al., 2012).

O AC no *domínio psicológico* engloba o cuidado da mente e da experiência do *self*, através de práticas que satisfazem necessidades intelectuais e/ou práticas que consistem num esforço intencional de compreender e atender às necessidades do organismo. São exemplos, o envolvimento em atividades agradáveis, de domínio e prazer, tais como ouvir música, realizar práticas artísticas e ler (Butler et al., 2019). O AC no *domínio emocional* integra o domínio o psicológico, pelo que muitos dos benefícios do autocuidado psicológico se refletem na regulação emocional. Assim, o AC no domínio emocional requer uma capacidade de autoconsciência para identificar estratégias de *coping* desadaptativas e substituí-las por alternativas adaptativas, obtendo, por consequência, a diminuição das experiências emocionais negativas e aumento do bem-estar e felicidade. A literatura demonstra como a adoção de estratégias cognitivas como, por exemplo, de reestruturação cognitiva positiva, de estratégias de desenvolvimento pessoal como o investimento em formações, a autocompaixão, a automonitorização e autoconsciência, através de técnicas como a manutenção de um diário ou

a prática de *mindfulness*, e o envolvimento em terapia pessoal se apresentam como as estratégias mais adotadas neste domínio, bem como eficazes na regulação emocional e prevenção do *burnout* entre psicólogos e profissionais de saúde mental (Posluns & Gall, 2020; Rupert et al., 2012; Rupert & Kent, 2007).

Já o *domínio espiritual* do AC implica a criação de um espaço de reflexão mais global e profunda, acerca das necessidades pessoais/individuais, bem como do papel/missão a desempenhar num contexto mundial e universal, em prol de um bem-estar existencial (Butler et al., 2019; Hardiman & Simmonds, 2013). São disso exemplos, a prática religiosa, de gratidão, do silêncio, o contacto com a natureza e até a meditação (Butler et al., 2019; Collins, 2005). Sabendo que o *mindfulness* pode, também, enquadrar-se como uma prática espiritual, são várias as investigações que demonstram a sua eficácia na promoção de bem-estar e redução dos níveis de *burnout* e *stress* traumático secundário nos psicólogos (Christopher & Maris, 2010; Keane, 2014; Yip, Mak, Chio, e Law, 2017).

A importância das práticas de AC nos psicólogos está também implícita nos códigos deontológicos da OPP (2016), nos princípios gerais B (Competência) e C (Responsabilidade), e da APA (2017) no princípio geral A (Beneficência e Não maleficência) e B (Fidelidade e Responsabilidade), que relembram a necessidade destes profissionais se manterem autoconscientes da sua capacidade de desempenho de um trabalho competente, mantendo em consideração as suas necessidades pessoais e como estas podem interferir no mesmo, quando não saciadas (APA, 2017).

Desta forma, diversas investigações sobre a eficácia de práticas de AC em psicólogos permitiram postular alguns princípios e estratégias a adotar para a promoção do AC nestes profissionais. De seguida, apresentam-se as suas mais relevantes conclusões:

Uma das principais intervenções para o AC envolve um *Modelo Baseado em Princípios* de Norcross e VandenBos (2018), desenhado exclusivamente para psicólogos. Este modelo

envolve 13 princípios amplos e flexíveis, de modo a dar resposta à diversidade de preferências individuais de AC e recursos disponíveis a cada profissional (Norcross & VandenBos, 2018; Wise et al., 2012). Adotam-se princípios para contrariar o uso de técnicas demasiado específicas e limitadoras. Assim, cada princípio contempla uma panóplia de técnicas, que o psicólogo pode seleccionar consoante a circunstância em que realiza o AC ou de acordo com a sua preferência individual. Estes princípios são, nomeadamente, (1) valorizar a pessoa do psicoterapeuta; (2) concentrar-se nas recompensas; (3) reconhecer os perigos; (4) cuidar do corpo; (5) cultivar/nutrir relacionamentos; (6) definir limites; (7) reestruturar cognições; (8) sustentar fugas saudáveis; (9) manter a atenção plena; (10) criar um ambiente próspero; (11) beneficiar de terapia pessoal; (12) cultivar espiritualidade e missão; e (13) promover a criatividade e o crescimento (Norcross & VandenBos, 2018).

Paralelamente, existem ainda outras abordagens baseadas em princípios/estratégias comprovadas eficazes neste grupo de profissionais, como é o caso das *Therapeutic Life Changes* (TLC). As TLC apresentam-se como um modelo baseado em domínios de AC como o exercício físico, nutrição, suplementos, contacto com a natureza, espiritualidade, *mindfulness*, entre outros, mais focado na redução da psicopatologia e promoção da saúde e bem-estar (Dattilio, 2015; Walsh, 2011).

Ainda, Wise, Hersh e Gibson (2012) criaram o *Modelo dos Princípios e Práticas Positivas baseadas no Mindfulness* (MPP's) que enfatiza 4 componentes essenciais, pelos quais os psicólogos se podem guiar na sua prática de AC, nomeadamente, i) *florescer*, ao invés de apenas sobreviver, que consiste na adoção de uma atitude positiva geral, que contraste com uma posição em que simplesmente se previne resultados negativos, ii) a *intencionalidade*, que realça a importância de conscientemente escolher e refletir sobre o AC, ao longo do tempo, iii) a *reciprocidade*, que se refere a uma dinâmica de troca de atitudes e práticas benéficas entre psicólogo e o cliente e, finalmente, iv) a *prática diária*, que relembra a necessidade de integrar

estas estratégias, de forma funcional, na vida dos psicólogos, evitando o acrescer de preocupações e tarefas (Dattilio, 2015; Norcross & VandenBos, 2018; Wise et al., 2012).

Assim, assume-se que existe um conjunto de práticas e técnicas de AC passíveis de ser adotadas pelos psicólogos, enquadráveis nestes princípios. São exemplos dessas técnicas, a prática da autocompaixão e do *mindfulness*, que, de seguida, se apresentam.

1.4. Autocompaixão e *Mindfulness* enquanto estratégias de autocuidado

Sabe-se que o *mindfulness* e a autocompaixão se encontram positivamente associados e que se potenciam mutuamente (Bourgault & Dionne, 2019; Yip, Mak, Chio, & Law, 2017). Nos psicólogos, especificamente, a autocompaixão e o *mindfulness* têm a capacidade de os proteger dos efeitos do *stress* ocupacional, na medida em que, estando negativamente associados à autocrítica, supressão de pensamentos, perfeccionismo, ansiedade, depressão e ruminação, reduzem o *stress* percebido e diminuem a probabilidade de desenvolvimento de fadiga por compaixão e *burnout* (Beaumont, Durkin, Martins, & Carson, 2015; Nelson, Hall, Anderson, Birtles, & Hemming, 2018; Patsiopoulou & Buchanan, 2011; Richardson, Trusty & George, 2020). Sabe-se também que o *mindfulness* reduz os efeitos do *burnout* e *stress* traumático secundário, reduzindo a intensidade das componentes negativas da autocompaixão, como a sobre identificação, isolamento e autocrítica (Yip, Mak, Chio, & Law, 2017).

Nesta lógica, é possível concluir que benefícios provocados por uma das variáveis, tendem a sofrer alguma influência, por parte da outra. No entanto, exploraremos, de seguida, os benefícios de cada uma delas.

1.4.1. O papel da autocompaixão

Muito enraizada na filosofia budista, a autocompaixão tem sido definida como a capacidade individual de adotar uma atitude mais compreensiva e bondosa para consigo

próprio, principalmente quando se é desafiado por situações stressantes, permitindo manter as emoções e sentimentos presentes, com uma aceitação incondicional (Allen & Leary, 2010; Neff, 2003a; 2003b).

Parte substancial da literatura acerca do conceito, tem adotado a definição de autocompaixão sugerida por Neff (2003a), sendo que esta inclui três componentes básicas que se reforçam mutuamente, cada uma contrastante com o seu polo oposto: i) *calor/compreensão* ao invés de *auto criticismo*, ii) *humanidade partilhada* em substituição de *isolamento* e iii) *mindfulness* em alternativa a *sobre identificação* (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a). A primeira componente da autocompaixão - *calor/compreensão* - caracteriza-se pelo assumir de uma posição mais carinhosa, acolhedora e compreensiva do próprio para consigo mesmo, diminuindo a raiva e crítica autodirigida em todos os momentos e, essencialmente, em momentos em que o próprio falhou ou errou (Neff, 2003a; 2003b). Relativamente à segunda componente - a *humanidade partilhada* – esta consiste no reconhecimento de que as experiências do próprio, por mais assoberbantes que pareçam, estão incluídas numa experiência global da condição humana. Consiste em saber que todos os seres humanos erram e experienciam situações difíceis, permitindo ao próprio o reconhecimento de si como parte integrante de algo maior, eliminando pensamentos de si enquanto isolado (Allen & Leary, 2010; Neff, 2003b; Sirois, 2020). No que concerne à terceira componente da autocompaixão - *mindfulness* - constituiu-se como um estado de consciência que permite a adoção de uma perspetiva mais ampla de todas as situações, anulando o impulso de seguir uma perspetiva assoberbada por emoções e sentimentos negativos. Esta perspetiva mais ampla permite a compreensão e observação mais clara da situação, sem julgamentos, desapegada de qualquer posição opiniosa (Allen & Leary; Neff, 2003b).

Na prática, a autocompaixão apresenta-se enquanto uma estratégia de autocuidado eficaz, considerados os seus benefícios nos diversos campos.

O principal efeito da autocompaixão, percebe-se na capacidade de os indivíduos serem compreensivos consigo mesmos, essencialmente, perante o fracasso. Este resultado espelha-se, posteriormente, na anulação da perpetuação de emoções negativas através da autoaceitação (Sirois, 2020), prevenindo, por consequência, a intensificação do sofrimento. Nesta lógica, pressupõe-se que indivíduos autocompassivos usufruam de menores níveis de *stress* e níveis de bem-estar psicológico acrescidos (Neff, 2003b; Sirois, 2020).

Ainda no que remete para o *stress*, ressalta-se a forte relação que a autocompaixão estabelece com a autorregulação do mesmo. Allen e Leary (2010) nomeiam a autocompaixão como uma estratégia de *coping* de reestruturação cognitiva positiva. Este tipo de estratégia consiste numa reinterpretação da situação stressante, de modo a concebê-la de uma forma mais positiva (Allen & Leary, 2010). Neff (2003b), esclarece a autorregulação como resultado do potenciamento de autoconsciência. A autora explica como, através da aceitação das suas emoções, o indivíduo pode chegar a conhecer melhor as suas próprias limitações, pelo que, na ausência de autocritica, não se observa a necessidade de as negar para consigo mesmo. Como resultado, através de uma visão mais clara de si, este pode, mais eficazmente, autorregular-se (Neff, 2003b).

No entanto, os benefícios da autocompaixão não devem ser apenas associados a circunstâncias adversas. Parte substancial do seu papel enquanto estratégia de AC observa-se na adoção de práticas preventivas, como alimentação saudável, exercício físico ou até a capacidade de reconhecer quando é necessário parar de trabalhar, com vista à manutenção ou promoção do bem-estar próprio (Neff, 2003b; Terry & Leary, 2011).

Concomitantemente, outras investigações afirmam que indivíduos autocompassivos são mais resilientes, mais motivados, mais satisfeitos com a vida e mais felizes, bem como apresentam melhor saúde física e psicológica (Neff, 2003b; Neff & Germer, 2019).

Desta forma, realça-se a importância da integração desta prática de AC na vida dos profissionais de ajuda, nomeadamente, dos psicólogos, tendo em vista a autorregulação face aos stressores provenientes do seu exercício profissional (Newsome, Waldo, & Gruszka, 2012; Barratt, 2017), possibilitando, nomeadamente, que reconheçam quando devem parar de trabalhar ou reduzir a sobrecarga, antes de atingem o seu limite e, conseqüentemente, impedirem o prejuízo da qualidade dos serviços que prestam (Barratt, 2017). Adicionalmente, a autocompaixão é também capaz de potenciar a compaixão pelos outros e a empatia, características fundamentais no exercício da psicologia (Raab, 2014). Foi notado em vários estudos que uma atitude compassiva para com o próprio é essencial para desenvolver uma atitude compassiva para com os clientes (Nelson et al., 2018; Raab, 2014; Yip, Mak, Chio, & Law, 2017).

1.4.2. O papel do *mindfulness*

O termo *mindfulness* advém da palavra “*Sati*” e remete para o valor da atenção plena, da consciência, do recordar e da intencionalidade (Bishop et al., & Devins, 2004; Gregório & Gouveia, 2011; Germer, 2016).

Langer foi uma das primeiras autoras a conceptualizar o conceito e descreveu-o como um constructo metacognitivo e multidimensional, em que o indivíduo se encontra ativamente envolvido no presente, através de um estado mental flexível que permite uma sensibilidade aos fenómenos ocorrentes no contexto (Fletcher, & Hayes, 2006; Gregório & Gouveia, 2011). Este estado mental flexível consistia na ação do indivíduo de criar novas distinções naquilo que observava, tornando-o, por consequência, mais consciente daquilo que o rodeia e das suas ações (Langer & Moldoveanu, 2000).

Contudo, a conceptualização do *mindfulness* foi recebendo novas contribuições.

Atualmente, a definição de *mindfulness* mais reconhecida é a apresentada por John Kabat-Zinn (2003), professor Emérito de Medicina e diretor fundador da Clínica de Redução do *Stress* e do Centro de Atenção Plena em Medicina, na Escola Médica da Universidade de Massachusetts, que passou a integrar os seus conhecimentos budistas e prática de ioga na ciência médica ocidental. Este compreende o *mindfulness* como sendo a consciência que resulta da intencionalidade aplicada à atenção no momento presente, de forma aceitante, sem julgamentos (Kabat-Zinn, 2003). Assim, a aplicação terapêutica deste construto conceptualiza-se como a tomada de consciência do conhecimento que surge quando se presta atenção, intencionalmente, ao momento presente, sem adotar qualquer posição opiniosa em relação à própria experiência (Gregório & Gouveia, 2011). De forma semelhante, Baer (2003), entende o *mindfulness* como uma observação, sem julgamento, das experiências internas e externas (percepções, cognições, sensações, emoções, etc) do momento presente, à medida que estas surgem.

Por sua vez, Bishop e colaboradores (2004), propõe uma definição bidimensional do constructo, que inclui uma atitude de curiosidade em relação ao momento que se experiencia, e uma autorregulação da atenção que, quando mantida e sustentada, permite o reconhecimento de processos mentais que ocorrem no momento presente (Bishop et al., 2004).

Desta forma, o *mindfulness* pode ser interpretado como uma habilidade ou estado que permite uma evolução psicológica na qual o indivíduo aprende a relacionar-se com as suas experiências, libertando-se da habitual e automática forma de reagir aos pensamentos, emoções ou sensações que, muitas vezes, está na origem de dificuldades emocionais e de sofrimento psicológico. Assim sendo, praticando *mindfulness* regularmente, possibilita-se o aumento da atividade nas áreas associadas à atenção e concentração e a diminuição da atividade em áreas associadas à tendência da mente para vaguear e ruminar, treinando o cérebro para ter um funcionamento de base mais positivo, integrativo e saudável. Nesta lógica, também as

experiências de *stress* serão menores, assim como outras que afetariam o sistema imunológico (Germer, 2016; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004).

É com base no reconhecimento científico da eficácia do *mindfulness* na regulação do *stress*, que surgiram novas formas de terapia. A título de exemplo, o programa de promoção de saúde e prevenção de doença - *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), a Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness*, e a Terapia da Aceitação e Compromisso, que têm em vista a autogestão do *stress*, autorregulação emocional e mental (Baer, 2003; Brantley, 2005; Dattilio, 2015).

Nos psicólogos, o *mindfulness* tem se constituído como uma das principais ferramentas de AC. Isto justifica-se pelo facto de que o *mindfulness*, integrado numa posição autocompassiva ou adotado isoladamente, apresenta-se capaz de promover a autoconsciência nos psicólogos, o que pode auxiliar na consciência dos seus próprios sinais e sintomas de sofrimento, prevenindo o *burnout* (Coaston, 2017). Ainda, a promoção desta autoconsciência, momento a momento, permite, aos indivíduos um conhecimento das suas emoções e um entendimento acerca de como as regular. Desta forma, o *mindfulness* apresenta-se associado a uma maior inteligência emocional e bem-estar (Testa & Sangganjanavanich, 2016). Adicionalmente, apresenta eficácia no aumento de aspetos cognitivos da empatia nos psicólogos, o que lhes permite criar uma conectividade com os clientes e melhorar a relação terapêutica, mantendo o distanciamento necessário para se protegerem, emocionalmente (Leppma & Young, 2016). Neste seguimento, também a autoeficácia e desempenho profissional é elevada através da promoção das competências associadas ao trabalho do psicólogo (empatia, presença terapêutica, escuta ativa, etc) (Buser et al., 2012; Greason & Cashwell, 2009), bem como de uma maior tolerância de emoções difíceis, associadas aos processos terapêuticos (Christopher & Maris, 2010). Um outro estudo revelou também que os clientes de psicólogos que praticam *mindfulness*, podem beneficiar diretamente desse estado

intencional do psicólogo de estar presente, aceitante e não julgativo (Grepmaier et al., 2007). Desta forma, é perceptível que, promovendo todas as competências/características supramencionadas, o *mindfulness* cria, nos psicólogos, uma resiliência face ao *burnout* (Coaston, 2017).

Assim, a autocompaixão e o *mindfulness* parecem estimular a prática de AC, permitindo restaurar o equilíbrio e autoaceitação, capaz de reverter os efeitos do *burnout*, caso estes se manifestem (Nelson et al., 2018; Newsome, Christopher, Dahlen, & Christopher, 2006; Richards et al., 2010), assumindo-se como estratégias de AC eficazes na gestão de *burnout* em psicólogos, por meio da redução de experiências emocionais negativas e promoção do bem-estar pessoal e profissional.

2. Método

De seguida serão apresentadas, detalhadamente, as diferentes etapas metodológicas deste estudo, designadamente os objetivos e as questões de investigação, os instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados, os resultados e a sua discussão.

2.1. Objetivos

Após análise do estado da arte e revisão de literatura realizada sobre o tema em estudo, compreende-se a vulnerabilidade dos psicólogos para o desenvolvimento de síndrome de *burnout* decorrente da sua atividade profissional (Dattilio, 2015; Gallavan, & Newman, 2013). Por conseguinte, compreende-se também o risco que se associa a esta realidade, não só para a saúde física e psicológica destes/as profissionais como para a qualidade da prestação de serviços (Figley, 1995, as cited in. Collins & Long, 2003). Nesta lógica, o AC apresenta-se enquanto prática necessária e fundamental, a adotar pelos psicólogos, pelo que a sua negligência se pode refletir na incapacidade de prestar cuidados de qualidade aos outros (Wise, Hersh, & Gibson,

2012). Assim, a prática de *mindfulness* e de autocompaixão, pelas suas potencialidades na redução do *stress* e promoção do bem-estar, assumem-se como alternativas viáveis na prevenção de *burnout* nos psicólogos (Beaumont, Durkin, Martins, & Carson, 2015; Nelson, Hall, Anderson, Birtles, & Hemming, 2018; Patsiopoulou & Buchanan, 2011). Importa, ainda, referir que a análise do estado da arte e revisão literária, permitiram verificar a escassez de investigações, versando sobre o papel da autocompaixão e do *mindfulness* enquanto práticas de AC e gestão do *burnout*, o que ressalta a pertinência do presente estudo.

Assim sendo, este estudo tem como principal objetivo compreender o papel da autocompaixão e do *mindfulness*, enquanto estratégias de autocuidado, na gestão do *burnout* em psicólogos/as.

Adicionalmente, pretende-se caracterizar a autocompaixão, o *mindfulness* e o *burnout* em psicólogos portugueses, bem como compreender a relação que se estabelece entre estas variáveis. Pretende-se ainda compreender a associação entre variáveis sociodemográficas, *burnout* e as estratégias de AC – *mindfulness* e autocompaixão – e, por fim, conhecer as práticas de AC que os psicólogos utilizam para manterem o seu bem-estar.

Atentando aos objetivos selecionados, foram sugeridas as seguintes questões de investigação:

1. Que relação existe entre a autocompaixão e *burnout* nos psicólogos?
2. Que relação existe entre *mindfulness* e *burnout* nos psicólogos?
3. Quais as práticas de autocuidado, usadas pelos psicólogos, ao longo da sua carreira profissional?

2.2. Participantes

Os participantes deste estudo foram psicólogos portugueses que, voluntariamente, aceitaram participar na presente investigação. Participaram um total de 254 psicólogos, com

idades compreendidas entre os 23 e os 64 anos ($M=33.98$; $DP= 8.9$), maioritariamente do sexo feminino ($n=210$; 82.7%). A maioria dos participantes era solteiro ($n= 139$; 54.7%).

Relativamente ao percurso profissional dos participantes, em termos de habilitações literárias, a maioria tinha o mestrado ($n= 195$; 76.8%), e a maior parte dos participantes apresentava mais de 9 anos de experiência ($n= 101$; 39.8%).

No que refere às práticas de autocuidado, a maioria dos participantes referem ter adotado práticas de autocuidado, ao longo do seu percurso profissional ($n= 239$; 94.1%).

2.3. Instrumentos

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

Com o intuito de realizar a recolha de dados sociodemográficos como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e experiência profissional foi elaborado um questionário sociodemográfico. Também neste, foram recolhidas informações relativas às práticas de autocuidado adotadas pelos profissionais de psicologia, ao longo da carreira profissional.

2.3.2. Escala de Autocompaixão (SCS)

A Escala de Autocompaixão (Castilho & Gouveia, 2011) é constituída por 26 itens, divididos pelas 6 subescalas representativas dos domínios da autocompaixão: Calor/Compreensão (ex: “*Tento ser carinhoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer emocionalmente.*”), Humanidade Comum (ex: “*Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.*”), Mindfulness (ex: “*Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).*”), Autocrítica (ex: “*Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.*”), Isolamento (ex: “*Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado(a) e desligado(a) do resto do mundo.*”) e Sobre

identificação (ex: “*Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado.*”). Trata-se de uma escala de autoavaliação de tipo Likert, na qual cada item é pontuado numa escala de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), tendo em consideração a frequência com que as afirmações expressas nas frases são verdade para o sujeito. A cotação total das subescalas da autocompaixão é realizada através da soma do valor dos itens, sendo que as subescalas negativas da compaixão são cotadas de forma invertida no cálculo da escala total. Desta forma, valores mais elevados, serão indicativos de maiores níveis de autocompaixão.

A consistência interna foi avaliada através do alpha de Cronbach, tendo-se verificado valores de uma boa consistência interna para a escala total (.89), bem como para as suas subescalas: Calor/Compreensão (.84), Autocrítica (.82), Condição Humana (.77), Isolamento (.75), *Mindfulness* (.73) e Sobre identificação (.78) (Castilho & Gouveia, 2011). Neste estudo, obteve-se uma consistência interna de .55 para a escala total, contudo, foram obtidos bons resultados de consistência interna para as suas subescalas: Calor/Compreensão (.88), Autocrítica (.82), Condição Humana (.75), Isolamento (.79), *Mindfulness* (.76) e Sobre identificação (.78).

2.3.3. Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ)

O Questionário de Cinco Facetas de *Mindfulness* (Gregório & Gouveia, 2011) avalia o *mindfulness* enquanto constructo multifacetado e é constituído por 39 itens que se distribuem por 5 subescalas: Observar (ex: “*Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.*”), Descrever (ex: “*Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.*”), Agir com Consciência (ex: “*Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.*”), Não Julgar (ex: “*Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.*”) e Não Reagir (ex: “*Apercebo-me dos meus*

sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.”). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de 1 (nunca ou muito raramente verdadeiro) a 5 (muito frequentemente ou sempre verdadeiro), considerando a frequência com que as afirmações expressas nas frases são verdade para o sujeito. A cotação total é adquirida através da soma das pontuações que o participante atribui a cada uma das questões relativas a cada uma das dimensões. Importa mencionar que, parte das itens são cotados de forma direta e outra parte é cotada de forma inversa (Descrever: 12, 16, 22; Agir com consciência: 5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38; Não julgar: 3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39). Assim sendo, valores mais elevados serão indicativos de maiores níveis de *mindfulness*.

Os resultados da consistência interna foram avaliados através do alpha de Cronbach. Estes mostraram valores semelhantes aos obtidos pelos autores originais (α Observar = .83; α Descrever = .91; α Agir com Consciência = .87; α Não Julgar = .87; α Não Reagir = .75), revelando uma correlação entre os itens em cada uma das cinco facetas e provando uma boa consistência interna desta escala, à exceção do factor “Não Reagir” que apresentou uma consistência interna pouco abaixo do valor esperado (.66). Adicionalmente, todas as correlações item-total se apresentaram acima de .30 (Gregório & Gouveia, 2011). Neste estudo, obteve-se uma boa consistência interna de escala total (.91), assim como para as suas facetas: Observar (.81), Descrever (.88), Agir com consciência (.91), Não Julgar (.88) e Não Reagir (.76).

2.3.4. Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM)

A Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (Gomes, 2012) é constituída por 14 itens, que se distribuem pelas três dimensões características do *burnout* enquanto estado afetivo: fadiga física (ex: “Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar”), fadiga cognitiva (ex: “Sinto lentidão na minha capacidade de pensar.”) e exaustão emocional (ex: “Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)”). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de 1 (nunca) a 7 (sempre), de acordo com a frequência

com que as afirmações expressas nas frases são verdade para o sujeito. A pontuação obtém-se através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se o resultado final pelo número de itens correspondentes. Valores elevados serão indicativos de maiores níveis de *burnout*. O valor de escala total obtém-se através da soma dos valores totais de cada subescala e posterior divisão por três (Gomes, 2012).

Em Portugal, utilizações deste instrumento têm vindo a demonstrar as suas boas propriedades psicométricas. As análises de consistência interna, avaliadas através do alpha de Cronbach, têm demonstrado bons resultados de consistência interna na escala total (0.96) e nas diferentes dimensões: 0.94 na dimensão de fadiga física, 0.97 na fadiga cognitiva e 0.87 na exaustão emocional (Baganha, Gomes, & Esteves, 2016; Gomes, 2012). Neste estudo, obteve-se também uma boa consistência interna de escala total (.93), assim como para as suas dimensões: fadiga física (.94), fadiga cognitiva (.95) e exaustão emocional (.85).

2.4. Procedimentos

2.4.1. Procedimentos de recolha de dados

Numa fase inicial, foi elaborado o questionário para a recolha de dados. Este incluiu os instrumentos acima mencionados, para os quais foram pedidas as autorizações de utilização aos respetivos autores (Anexo 1). No desenvolvimento do questionário, foi prestada especial atenção à realização do consentimento informado, onde se procurou deixar evidente a voluntariedade da participação e a confidencialidade que se garante no tratamento dos dados (Anexo 2).

O processo de recolha de dados foi realizado tendo em consideração o contexto pandémico em que nos encontramos atualmente. Desta forma, numa fase seguinte, o questionário foi elaborado na plataforma digital *GoogleForms* e, posteriormente, divulgado nas diversas redes sociais (*Whatsapp, Messenger, Linkedin, Facebook, Instagram*), com o cuidado

e atenção de colocar evidente que este se dirigia, unicamente, a psicólogos (Anexo 3). Recorreu-se, também, às redes de contactos de psicólogos conhecidos por meio da formação académica, do local de estágio e/ou outros, bem como às redes de contactos desses mesmos psicólogos – técnica de recolha de dados *snowball*. A partir do momento em se tornou perceptível a adesão ao questionário pelos participantes, foi sendo realizada uma verificação das respostas, de modo a minimizar a probabilidade de respostas ao acaso. Importa ressaltar que foram salvaguardadas todas as questões éticas que se preveem num estudo *online* (garantia da confidencialidade, obtenção de consentimento informado com base na compreensão dos objetivos do estudo, obtenção da autorização para utilização de instrumentos anteriormente validados, entre outras) (OPP, 2016; 2017).

A recolha dos dados ocorreu num período de, aproximadamente, 1 mês, tendo sido realizada no decorrer do mês de março de 2021.

2.4.2. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada com recurso a estatística quantitativa e qualitativa, pelo que se assume este como um estudo de metodologia mista. Desta forma, os dados quantitativos foram inseridos no *IBM SPSS Statistics* - versão 27, de modo a proceder à análise estatística dos mesmos. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva, que permitiu definir e descrever os nossos dados. Esta foi levada a cabo através de medidas de localização central (média), outras medidas de localização (máximo, mínimo, ect) e medidas de dispersão (desvio-padrão, variância).

De seguida, através do Teste T para amostras independentes, estabeleceram-se comparações entre as médias das variáveis da autocompaixão, do *mindfulness* e do *burnout*, em função de variáveis como o género e a prática de autocuidado. Através do teste ANOVA (*one-way*) estabeleceram-se comparações entre as médias das variáveis da autocompaixão, do

mindfulness e do *burnout*, em função de variáveis com mais de 2 vias, como é o exemplo da idade, estado civil, habilitações literárias e experiência profissional/anos de carreira. Para a realização destes testes, para além da dimensão da amostra, foi necessária a verificação de pressupostos como a normalidade e homogeneidade. Por se tratar de uma amostra clínica, o pressuposto da normalidade foi avaliado através da análise da assimetria (Sk , com $|Sk| < 2$) e curtose (Ku , com $|Ku| < 7$) (West, Finch & Curran, 1996, as cited in. Kim, 2013).

De seguida, através do coeficiente de Pearson foi realizada uma análise de correlação, na tentativa de identificar relações entre a variável dependente, o *burnout*, e cada uma das variáveis independentes, a autocompaixão e o *mindfulness*.

Ainda, com vista à identificação e quantificação de variáveis relevantes, procedeu-se a duas análises de regressão linear.

Por fim, foi realizada uma análise temática, de modo a codificar os dados qualitativos. Os dados foram analisados com base nos temas emergentes, com recurso a critérios inclusivos, na medida em que cada tema poderia ser incluído em mais do que uma categoria.

2.5. Resultados

De seguida, apresenta-se a descrição dos resultados, de acordo com as questões de investigação supramencionadas.

2.5.1. Análise Descritiva

2.5.1.1. Caracterização da autocompaixão em psicólogos

Com o objetivo de caracterizar a variável da autocompaixão, apresentam-se, de seguida, as médias e os desvios padrão do total da escala de autocompaixão e respetivas subescalas, para a amostra total. Os psicólogos deste estudo apresentam valores elevados de autocompaixão,

pelo que o valor médio total se apresenta acima de 3,5 na escala de Autocompaixão Total e nas subescalas Compreensão/Calor, Humanidade Comum e *Mindfulness* (Neff, 2003a) (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias e desvios-padrão da autocompaixão e suas subescalas para a amostra total

	N= 254	
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Autocompaixão Total	3,6827	,66260
Compreensão/Calor	3,6866	,78588
Autocrítica	2,4165	,83683
Humanidade Comum	3,8078	,72260
Isolamento	2,2598	,87646
<i>Mindfulness</i>	3,8127	,70696
Sobre identificação	2,5738	,87861

No que se refere aos valores da **autocompaixão** em função da **prática de autocuidado**, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na autocompaixão total ($p = .008$), na medida em que os participantes que praticaram autocuidado ao longo do seu percurso profissional, apresentam valores médios mais elevados ($M = 3,7091$; $DP = .67$), em comparação com os que não praticaram ($M = 3,2071$; $DP = .64$). Verificam-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas no que se refere às subescalas da compreensão/calor ($p = .005$), da humanidade comum ($p = .043$), do *mindfulness* ($p = .000$) e da sobre identificação ($p = .000$), apresentando os praticantes de autocuidado, em comparação com os não praticantes, valores médios superiores nas dimensões positivas da autocompaixão, nomeadamente, a compreensão/calor ($M = 3,7213$; $DP = .79$), a humanidade comum ($M = 3,8302$; $DP = .71$) e o *mindfulness* ($M = 3,8502$; $DP = .69$) e inferiores na dimensão negativa, a sobre identificação ($M = 2,5251$; $DP = .88$).

Quanto ao **sexo**, não existem diferenças estatisticamente significativas para a autocompaixão total ($p = .736$), ou para qualquer das suas dimensões, nomeadamente, a compreensão/calor ($p = .221$), a autocrítica ($p = .646$), humanidade comum ($p = .63$), isolamento ($p = .878$), *mindfulness* ($p = .863$) e sobre identificação ($p = .158$).

Em relação à **idade**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos valores da autocompaixão total ($p = .779$), nem em nenhuma das suas subescalas, sendo elas a compreensão/calor ($p = .200$), a autocrítica ($p = .949$), a humanidade comum ($p = .191$), o isolamento ($p = .874$), o *mindfulness* ($p = .302$) e sobre identificação ($p = .898$).

Quanto ao **estado civil**, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos valores da autocompaixão total ($p = .163$) ou respectivas subescalas, designadamente, a compreensão/calor ($p = .586$), a autocrítica ($p = .133$), a humanidade comum ($p = .185$), o isolamento ($p = .603$), o *mindfulness* ($p = .120$) e a sobre identificação ($p = .131$).

Quanto às **habilitações literárias**, os dados apontam para a ausência de diferenças estatisticamente significativas nos valores da autocompaixão total ($p = .697$), assim como nos valores das suas subescalas, como a compreensão/calor ($p = .223$), a autocrítica ($p = .778$), a humanidade comum ($p = .275$), o isolamento ($p = .486$), o *mindfulness* ($p = .125$) e a sobre identificação ($p = .978$).

No que diz respeito à **experiência profissional**, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão de compreensão/calor ($p = .045$), onde os profissionais com mais de 9 anos de experiência se destacam com valores médios mais elevados ($M = 3,8475$; $DP = .83058$) e na dimensão de *mindfulness* ($p = .013$), mantendo-se o destaque dos profissionais com mais de 9 anos de experiência ($M = 3,9901$; $DP = .69004$).

2.5.1.2. Caracterização do *mindfulness* em psicólogos

Com o objetivo de caracterizar a variável *mindfulness*, apresentam-se, de seguida, as médias e os desvios padrão das suas dimensões, para a amostra total. Os psicólogos deste estudo apresentam valores moderados a altos de *mindfulness* (Tabela 2).

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão do *mindfulness* e suas facetas para a amostra total

	N= 254	
	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Mindfulness</i>	3,7110	,03129
Não Julgar	3,8359	,05149
Observar	3,7144	,04510
Agir com consciência	3,5925	,05380
Descrever	4,0386	,04071
Não Reagir	3,3734	,04015

Relativamente aos valores de *mindfulness* em função da **prática de autocuidado**, existem diferenças estatisticamente significativas no total de *mindfulness* ($p=.008$), pelo que os participantes que praticam autocuidado apresentam valores médios mais elevados ($M= 3.7337$; $DP=.48197$), quando comparados com os não praticantes ($M= 3.3027$; $DP=.48447$). O mesmo se observa na maioria das facetas do *mindfulness*, nomeadamente na não julgar ($p= .008$), agir com consciência ($p= .007$), descrever ($p= .002$) e não reagir ($p= .001$), sendo que os praticantes apresentam valores médios mais elevados, em comparação com os não praticantes de autocuidado.

Quando ao **sexo**, os dados apontam para a ausência de diferenças estatisticamente significativas no *mindfulness* total ($p=.047$), assim como nas diferentes facetas, sendo elas a não julgar ($p= .854$), a observar ($p= .173$), a agir com consciência ($p= .948$), a descrever ($p= .268$) e a não reagir ($p= .856$).

Em relação à **idade**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no *mindfulness* total ($p=.392$) ou nas diferentes facetas, designadamente, não julgar ($p= .830$), a observar ($p= .291$), a agir com consciência ($p= .402$), a descrever ($p= .427$) e a não reagir ($p= .285$).

Quanto ao **estado civil**, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas apenas nos valores da faceta não reagir ($p= .037$). Nesta, os participantes casados destacam-se com valores médios mais elevados ($M= 3,5363$; $DP= .67896$).

Relativamente às **habilitações literárias**, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, quer para o total de *mindfulness* ($p=.627$), quer para as facetas não julgar ($p=.794$), a observar ($p=.580$), a agir com consciência ($p=.712$), a descrever ($p=.210$) e a não reagir ($p=.098$).

No que diz respeito à **experiência profissional**, existem diferenças estatisticamente significativas na faceta não reagir ($p= .007$). Os/as psicólogos/as com mais de 9 anos de experiência apresentam valores médios mais elevados ($M= 3,5191$; $DP= .67875$).

2.5.1.3. Caracterização do *burnout* em psicólogos

Com o objetivo de caracterizar a variável ***burnout***, apresentam-se, de seguida, as médias e os desvios padrão da escala total, bem como das suas dimensões, para a amostra total. Segundo estes resultados, considera-se que os/as psicólogos/as deste estudo apresentam valores baixos de *burnout*, encontrando-se abaixo do indicador de problemas neste domínio (valores iguais ou superiores a cinco da escala de “*Likert*”) (Gomes, 2012) (Tabela 3).

Tabela 3 – Médias e desvios-padrão do *burnout* e suas dimensões para a amostra total

	N= 254	
	M	DP
Burnout Total	2,6340	1,01268
Fadiga Física	3,5860	1,56008
Fadiga Cognitiva	2,8992	1,51376
Exaustão Emocional	1,4567	,57736

Relativamente aos valores de *burnout* em função da **prática de autocuidado**, não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de *burnout* total ($p= .604$), nem nas respetivas dimensões, nomeadamente, fadiga física ($p= .707$), fadiga cognitiva ($p= .212$) e exaustão emocional ($p= .544$).

No **sexo**, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos valores de *burnout* total ($p= .030$), assim como em duas das suas dimensões, sendo elas a fadiga física ($p=$

.007) e a fadiga cognitiva ($p = .032$). É verificado que as mulheres apresentam valores médios mais elevados, quer no *burnout* total ($M = 2,6962$; $DP = 1,01212$), quer na fadiga física ($M = 3,7063$; $DP = 1,56024$) e fadiga cognitiva ($M = 2,9924$; $DP = 1,53552$).

Em relação à **idade**, os resultados revelam a ausência de diferenças estatisticamente significativas, quer no total de *burnout* ($p = .281$), quer nas dimensões de fadiga física ($p = .225$), fadiga cognitiva ($p = .362$) e exaustão emocional ($p = .548$).

No que se refere ao **estado civil**, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para o valor total do *burnout* ($p = .857$), ou para as dimensões de fadiga física ($p = .491$), fadiga cognitiva ($p = .765$) e exaustão emocional ($p = .098$).

Relativamente às **habilitações literárias**, foram notadas diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão da exaustão emocional ($p = .011$), na qual se observa que os/as psicólogos/as com doutoramento apresentam valores médios mais elevados ($M = 1,9167$; $DP = .95535$), em comparação com os que possuem o mestrado ($M = 1,4064$; $DP = .52674$) ou a licenciatura (pré-bolonha) ($M = 1,5833$; $DP = .65414$).

No que diz respeito à **experiência profissional**, os dados revelam a ausência de diferenças estatisticamente significativas no valor total de *burnout* ($p = .597$), assim como nas dimensões de fadiga física ($p = .860$), fadiga cognitiva ($p = .165$) e exaustão emocional ($p = .131$).

2.5.2. Análise Correlacional

Com o objetivo de perceber a associação entre a autocompaixão, o *mindfulness* e o *burnout*, realizaram-se testes de Coeficiente de Correlação de Pearson.

2.5.2.1. Correlações entre autocompaixão e *burnout*

Analisando as correlações existentes entre a autocompaixão e o *burnout*, é possível verificar uma correlação negativa e significativa entre o total da escala de autocompaixão e o

total da escala de *burnout* ($r = -.496, p < .001$). Assim, conclui-se que quanto mais elevados os níveis de autocompaixão, menores serão os níveis de *burnout* e vice-versa (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlações entre a autocompaixão e o *burnout*

	Burnout Total	Fadiga Física	Fadiga Cognitiva	Exaustão Emocional
Autocompaixão Total	-.496**	-.403**	-.466**	-.315**
Compreensão/Calor	-.364**	-.266**	-.362**	-.235**
Autocrítica	.494**	.419**	.465**	.306**
Humanidade Comum	-.240**	-.176**	-.194**	-.227**
Isolamento	.494**	.406**	.461**	.328**
<i>Mindfulness</i>	-.315**	-.228**	-.281**	-.219**
Sobre identificação	.476**	.390**	.468**	.243**

** A correlação é significativa no nível 0,01

Da mesma forma, constata-se também que o total da escala de autocompaixão se correlaciona significativa e negativamente com todas as dimensões do *burnout*, nomeadamente, a fadiga física ($r = -.403, p < .001$), fadiga cognitiva ($r = -.466, p < .001$) e exaustão emocional ($r = -.315, p < .001$).

Verifica-se ainda que o total da escala de *burnout* se correlaciona negativa e significativamente com as dimensões positivas da autocompaixão, sendo elas a compreensão/calor ($r = -.364, p < .001$), a humanidade comum ($r = -.240, p < .001$) e o *mindfulness* ($r = -.315, p < .001$) e positiva e significativamente com as dimensões negativas, nomeadamente a autocrítica ($r = .494, p < .001$), o isolamento ($r = .494, p < .001$) e sobre identificação ($r = .476, p < .001$).

Relativamente às diferentes subescalas da autocompaixão, todas se correlacionam significativamente com todas as dimensões do *burnout*, sendo que as dimensões negativas da autocompaixão, nomeadamente, autocrítica, isolamento e sobre identificação apresentam correlações positivas com as dimensões do *burnout*, e as dimensões positivas de

compreensão/calor, humanidade comum e *mindfulness*, correlacionam-se negativamente com as dimensões do *burnout*.

2.5.2.2. Correlações entre *mindfulness* e *burnout*

Analisando as correlações existentes entre o *mindfulness* e o *burnout*, verifica-se uma correlação negativa e significativa entre o total de *mindfulness* e o total de *burnout* ($r = -.479$, $p < .001$), o que significa que quanto maiores os níveis de *mindfulness*, menores os níveis de *burnout* e vice-versa (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlações entre o *mindfulness* e o *burnout*

	Burnout Total	Fadiga Física	Fadiga Cognitiva	Exaustão Emocional
<i>Mindfulness</i> Total	-.479**	-.335**	-.520**	-.341**
Não Julgar	-.446**	-.373**	-.437**	-.265**
Observar	-.153*	-.054	-.198**	-.178**
Agir com Consciência	-.513**	-.360**	-.572**	-.284**
Descrever	-.248**	-.153**	-.281**	-.260**
Não Reagir	-.245**	-.151**	-.255**	-.168**

** A correlação é significativa no nível 0,01

* A correlação é significativa no nível 0,05

Ainda, verifica-se também que o total de *mindfulness* se correlaciona negativa e significativamente com as dimensões de fadiga física ($r = -.335$, $p < .001$), fadiga cognitiva ($r = -.520$, $p < .001$) e exaustão emocional ($r = -.341$, $p < .001$) do *burnout*.

É de notar, também, que o total de *burnout* se associa negativa e significativamente a todas as facetas do *mindfulness*, nomeadamente, não julgar ($r = -.446$, $p < .001$), observar ($r = -.153$, $p = .017$), agir com consciência ($r = -.513$, $p < .001$), descrever ($r = -.248$, $p < .001$) e não reagir ($r = -.245$, $p < .001$).

No que remete para as diferentes facetas do *mindfulness*, todas se correlacionam negativa e significativamente com as dimensões do *burnout*, com exceção da faceta observar

que apresenta uma associação não significativa com a dimensão fadiga física ($r = -0.54$, $p=.392$).

2.5.3. Análises de Regressão

Foram testados dois modelos de regressão linear simples, de forma a incluir as variáveis independentes separadamente, dada a existência de multicolineariedade entre elas. Neste sentido, constatou-se que os modelos são significativos, logo, assume-se que a variação do *burnout* é explicada pela autocompaixão e o *mindfulness*. Respetivamente, $Z(1,244)=79,326$, $p<.001$; $Z(1,241)=71,654$, $p<.001$. Assim, a autocompaixão demonstrou explicar 24% da variável dependente ($r^2=.24$ e r^2 ajustado=.24) e o *mindfulness*, 23% ($r^2=.23$ e r^2 ajustado=.22). Especificamente, constatou-se que a autocompaixão ($\beta=-.49$, $p<.001$) e o *mindfulness* ($\beta=-.47$, $p<.001$) são preditores significativos negativos do *burnout*.

2.5.4. Análise Temática

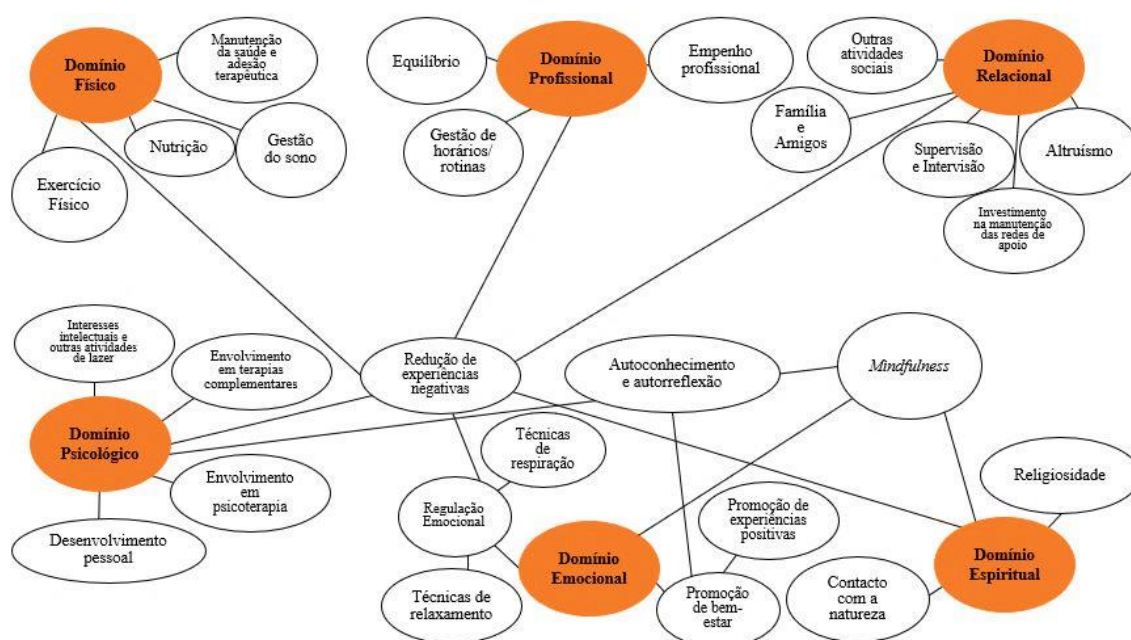
A análise das respostas à questão relativa às práticas de autocuidado, realizadas ao longo do percurso profissional, permitiu a identificação de **seis principais temas** que descrevem as práticas de autocuidado dos psicólogos ao longo de todo o percurso profissional e que versam os seguintes 6 domínios: 1) *Domínio Físico*; 2) *Domínio Profissional*; 3) *Domínio Relacional*; 4) *Domínio Psicológico*; 5) *Domínio Emocional*; 6) *Domínio Espiritual*. Algumas citações diretas, retiradas das respostas à questão, serão incluídos de modo a clarificar os aspetos de cada subtema apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Práticas de autocuidado ao longo do percurso profissional: Temas e subtemas

Temas e subtemas					
Domínio Físico	Domínio Profissional	Domínio Relacional	Domínio Psicológico	Domínio Emocional	Domínio Espiritual
(1) Exercício físico	(1) Equilíbrio	(1) Família e Amigos	(1) Envolvimento em psicoterapia	(1) Regulação Emocional	(1) <i>Mindfulness</i>
(2) Nutrição	1.1. Descanso	(2) Supervisão e Intervisão	(2) Envolvimento em terapias complementares	1.1. Técnicas de respiração;	(2) Religiosidade
(3) Gestão do sono	1.2. Férias	(3) Investimento na manutenção das redes de apoio	(3) Desenvolvimento pessoal	1.2. Técnicas de relaxamento;	(3) Contacto com a natureza
(4) Manutenção da saúde e adesão terapêutica	(2) Gestão de horários/rotinas	(4) Altruísmo	(4) Interesses intelectuais e outras atividades de lazer.	1.3. Redução de experiências negativas.	
	(3) Empenho profissional/	(5) Outras atividades sociais		(2) Promoção de bem-estar	
	Envolvimento no desenvolvimento de competências profissionais			2.1. Autoconsciência e autorreflexão;	
				2.2. Promoção de experiências positivas.	

Como observado na tabela, cada tema principal tem um número de temas subordinados, porém, de acordo com os critérios inclusivos adotados nesta análise temática, todos os temas podem integrar várias categorias distintas (Figura 1).

Figura 1 – Gráfico representativo da Análise Temática



Domínio Físico

A maioria dos participantes descreveu uma variedade de práticas de autocuidado relacionadas com o cuidado da saúde física. Deste tema, emergiram os seguintes subtemas: (a) Exercício físico; (b) Nutrição; (c) Gestão do sono; e (d) Manutenção da saúde e adesão terapêutica. No geral, a grande maioria dos psicólogos descreveram múltiplas práticas de exercício físico, tais como desportos variados, exercício físico na natureza e exercícios de flexibilidade (“Yoga, corrida, ginásio (...), trilhos na natureza”; “Pratiquei futebol durante 12 anos.”), a manutenção de alguns cuidados com a alimentação (“Comer de forma saudável”), com as suas rotinas de sono (“manutenção de rotinas de sono saudáveis”, “dormir 9h”) e cuidados com o corpo e acompanhamento médico (“cuidados com o corpo e rosto.”; “acompanhamento médico”).

Domínio Profissional

Alguns participantes descreveram uma variedade de práticas de autocuidado relacionadas com a diminuição do *stress* laboral. Deste tema, emergiram os seguintes subtemas: (a) Equilíbrio; (b) Gestão de horários/rotinas; e (c) Empenho profissional/ envolvimento no desenvolvimento de competências profissionais. No geral, os participantes descreveram duas formas de manter equilíbrio, nomeadamente, através de *férias* (“períodos de férias”, “retiros e escapadinhas de fim de semana.”) e/ou *descanso* (“procuro fazer pausas no trabalho”; “relaxar, “desligando” do trabalho”), um esforço para manter uma organização de horários e rotinas, de modo a garantir, impedindo a sobrecarga laboral e suas consequências (“Não trabalhar fora de horas”, “gestão do horário de acordo com o grau de *stress* percebido”) e mostraram empenhar-se nas atividades profissionais (“fazer o meu trabalho de forma exemplar”, “dedicar-me a cursos e workshops no âmbito da população que acompanho”).

Domínio Relacional

Muitos dos psicólogos deste estudo, afirmaram recorrer à sua rede de suporte. Deste tema, emergiram subtemas como: (a) Família e amigos; (b) Supervisão e intervenção; (c) Investimento na manutenção das redes de apoio; (d) Altruísmo e (e) Outras atividades sociais. De forma geral, os participantes demonstraram recorrer, essencialmente, aos familiares e amigos (“convívios familiares e entre amigos”, “jogar com amigos”) e/ou a supervisores e/ou colegas de profissão (“conversar com um supervisor”, “Supervisão externa e intervenção de casos”), assim como mostraram, a adoção de uma posição ativa na manutenção da rede de apoio (“estar presente para as pessoas importantes”, “...esforçar-me para manter as relações que me importam.”), uma disponibilidade para ajudar (“voluntariado”, “compaixão”) e o envolvimento numa variedade de atividades de integração e apoio social (“...participar ativamente nos escuteiros”, “grupos de autoajuda”).

Domínio Psicológico

A grande maioria dos participantes descreveu uma variedade de práticas de autocuidado relacionadas com o cuidado da saúde mental. Deste tema, emergiram os seguintes subtemas: (a) Envolvimento em processos terapêuticos; (b) Envolvimento em terapias complementares; (c) Desenvolvimento pessoal; e (d) Interesses intelectuais e outras atividades de lazer. No geral, os participantes mostraram participar em processos de psicoterapia pessoal (“Consultas de psicologia”, “Psicoterapia de Desenvolvimento Pessoal”, “Coaching”) ou em processos de terapia complementar, sendo notável a preferência pelo reiki (“Reiki”; “investimento em terapias integrativas como o reiki”), dedicar-se ao seu desenvolvimento pessoal (“Realizar atividades de desenvolvimento pessoal e autoconhecimento”, “Livros de desenvolvimento pessoal e autoajuda”) e envolver-se numa variedade de atividades de estimulação e divertimento da mente (“tocar um instrumento”, “pintar mandalas”, “conduzir a ouvir música”, “ler”).

Domínio Emocional

Grande parte dos participantes utiliza algum tipo de estratégia emocional, para se autorregular ou promover bem-estar pessoal. Assim sendo, deste tema surgiram dois subtemas: (a) Regulação emocional e (b) Promoção de bem-estar. Os participantes mostraram utilizar diferentes estratégias de autorregulação, nomeadamente, *técnicas de relaxamento* (“relaxamento progressivo de Jacobson”, “técnicas progressivo”, “relaxamento físico e mental”), *técnicas de respiração* (“respiração diafragmática”, “exercícios de respiração”) e *redução de experiências negativas* (“afastar coisas ou pessoas que sejam negativas”, “ser capaz de dizer “não””, “pousar o telemóvel umas horas”, “prática de consciencialização do problema (com base no conceito de resiliência e gestão emocional)”). Os participantes demonstraram ainda envolver-se atividades que elevam o bem-estar pessoal, como a *autoconsciência e autorreflexão* (“prática de *mindfulness*”, “prática da lei da gratidão”, “Reflexão acerca dos meus comportamentos, competências e pontos positivos e negativos”, “*journaling*”) e a *promoção de experiências positivas* (“instalei apps que promovem o bem estar através de desafios diários”, “procura de ambientes que proporcionem bem estar físico e mental”).

Domínio Espiritual

A grande maioria dos participantes mostrou envolver-se, regularmente, em práticas espirituais. Deste tema emergiram os seguintes subtemas: (a) *Mindfulness*; (b) Religiosidade; e (d) Contacto com a natureza. De forma geral, os psicólogos deste estudo afirmaram praticar *mindfulness*, através da prática formal ou de outras atividades informais. O *mindfulness* apresenta-se como subtema comum à maioria dos domínios apresentados, mostrando-se presente em grande parte das práticas mencionadas (“prática de hábitos de *mindfulness* (no meu caso leitura)”, “prática de *mindfulness*”, “meditação”). Os participantes mostraram também envolver-se em práticas religiosas (“Meditação (sou católica por isso vai um pouco de encontro

com o rezar’’, ‘‘fé’’) e estar em contacto com a natureza através do exercício físico, outras atividades ao ar livre e/ou através do contacto com os animais (‘‘birdwatching’’, ‘‘geocatching’’, ‘‘jardinagem’’, ‘‘adotei animais de estimação’’, ‘‘contacto com o mar’’).

2.6. Discussão

O presente estudo teve como objetivo central compreender o papel da autocompaixão e do *mindfulness*, enquanto estratégias de autocuidado, na gestão do *burnout* em psicólogos/as. Adicionalmente, procurou caracterizar as variáveis dependente (*burnout*) e independentes (autocompaixão e *mindfulness*) em psicólogos portugueses e compreender a relação que se estabelece entre elas. Procurou-se também perceber de que forma estas variáveis se relacionam com as variáveis sociodemográficas (prática de autocuidado, sexo, estado civil, idade, habilitações literárias e experiência profissional) e, ainda, conhecer as práticas de autocuidado utilizadas pelos psicólogos, ao longo da sua carreira profissional e em contexto pandémico.

Os resultados deste estudo sugerem que as variáveis autocompaixão e *mindfulness* estão negativamente relacionadas com o *burnout* e explicam, em certa medida, a variação do *burnout* em psicólogos. Assim, a autocompaixão e o *mindfulness* são preditores significativos negativos de *burnout*, sendo que quanto maiores os níveis de autocompaixão e *mindfulness*, menores os níveis de *burnout*. Estes resultados são espelhados na caracterização da amostra deste estudo, que apresentou médias totais moderadas a altas de autocompaixão ($M=3,6827$), assim como de *mindfulness* ($M= 3,7110$) e médias totais de *burnout* baixas ($M=2,6340$). Estes resultados vão ao encontro das conclusões de outros estudos que demonstram que o *mindfulness* e a autocompaixão se relacionam positivamente com maior bem-estar psicológico, e negativamente com o *burnout* em psicólogos (Benedetto & Swadling, 2013; Brown & Ryan, 2003; Richardson, Trusty & George, 2020).

Especificamente, no que respeita à autocompaixão, os resultados demonstraram relações negativas entre o *burnout* e as variáveis positivas da autocompaixão, nomeadamente, compreensão/calor, humanidade comum e *mindfulness*, e relações positivas com as variáveis negativas da autocompaixão, sendo elas a autocrítica, o isolamento e a sobre identificação. No que se refere ao *mindfulness*, todas as suas facetas se relacionaram negativamente com o *burnout*. Ainda, como já conhecido, as duas variáveis independentes – autocompaixão e *mindfulness* - encontram-se fortemente relacionadas. Também estes resultados são consistentes com os reportados na literatura, nomeadamente, por Yip e colaboradores (2017), Coleman e colaboradores (2016) e Bourgault e Dionne (2019), que também apoiaram o papel conjunto destas duas variáveis, na variação do *burnout*. Coleman e colaboradores concluíram que a autocompaixão é potenciada pela clareza da própria experiência, promovida pelo *mindfulness*. Assim, aumentando a autocompaixão e compreensão para com as suas próprias experiências, os psicólogos podem reduzir o impacto das mesmas no seu bem-estar. Nesta linha de ideias, segundo Yip e colaboradores (2017) é possível que o *mindfulness* reduza o *burnout*, diminuindo o efeito das dimensões negativas da autocompaixão e potenciando as positivas. Os autores notaram ainda que quanto maior a experiência de *mindfulness*, maior a autocompaixão, e vice-versa, e que quanto maiores estes primeiros, menor o *distress* psicológico (Bourgault & Dionne, 2019), e maior o bem-estar psicológico nos profissionais de Psicologia (Yip et al., 2017). Por outras palavras, a autocompaixão e o *mindfulness*, potenciam-se mutuamente.

Paralelamente, na análise do impacto das variáveis sociodemográficas sobre as diferentes variáveis dependente e independentes, destaca-se o impacto da prática de AC nos níveis de autocompaixão e *mindfulness*, na medida em que os praticantes de autocuidado apresentaram valores médios mais elevados nas dimensões positivas da autocompaixão (compreensão/calor, humanidade comum e *mindfulness*) e na maioria das facetas do *mindfulness* (à exceção da faceta observar), e valores inferiores na dimensão negativa – sobre

identificação da autocompaixão. No entanto, no que se refere ao *burnout* não foram registradas diferenças estatisticamente significativas na variável total nem nas suas dimensões. Estes resultados poderão indicar que autocompaixão e o *mindfulness*, por promoverem uma atitude compreensiva e atenta para com o próprio, podem prevenir os efeitos do *burnout*, por meio da prática de AC. Assim, como já refletido por Neff (2003b) e em estudos como o de Coleman (2016) e Bourgault e Dionne (2019), o *mindfulness* pode promover a autocompaixão por meio da consciência e aceitação do momento presente, e a autocompaixão pode potenciar o AC, por meio de uma atitude compreensiva para com o próprio. Neste sentido, embora a prática de AC não incite diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *burnout*, pode ver o seu papel representado no campo de ação da autocompaixão e do *mindfulness*. Investigações futuras poderão focar-se em estudos de mediação que reflitam sobre estas suposições.

No que respeita às restantes variáveis sociodemográficas, o *sexo*, o *estado civil*, as *habilitações literárias* e a *experiência profissional* apresentaram diferenças significativas na autocompaixão, *mindfulness* e *burnout*. Desta forma, relativamente ao *sexo*, os resultados demonstraram que as mulheres apresentam valores mais elevados, quer no total do *burnout*, quer nas suas dimensões. Embora na literatura exista alguma inconsistência relativamente à vulnerabilidade ao *burnout* mediante o *sexo*, estes dados vão de encontro a alguns estudos que demonstram uma vulnerabilidade das mulheres ao *burnout* (Maslach et al., 2001; Rosenberg & Pace, 2006). Contudo, pode ser relevante mencionar que as mulheres no presente estudo, representam 82,7% da amostra, logo, é arriscado assumir a sua vulnerabilidade, uma vez que o grupo masculino está pouco representado. Relativamente ao *estado civil*, percebeu-se que profissionais casados apresentaram valores mais elevados de *mindfulness*. Embora a literatura reflita pouco acerca da associação entre estado civil e *mindfulness*, pode supor-se que os profissionais casados apresentem níveis médios mais elevados de *mindfulness* por terem acesso a um suporte social estável, por parte do/da marido/mulher. Desta forma, estudos como o de

(Pereira, 2013) auxiliaram na conclusão de que o suporte social está associado a maiores níveis de *mindfulness*, justificando assim os resultados presentes. No que respeita à *experiência profissional*, foi notado que os profissionais com mais de 9 anos de experiência apresentavam níveis médios mais elevados nas dimensões de compreensão/calor e *mindfulness* da autocompaixão, e na faceta *não reagir* do *mindfulness*, não apresentando quaisquer efeitos sobre a variável *burnout*. Estes resultados vão ao encontro da literatura, sugerindo que a acumulação de experiência pode ser um fator protetor de saúde mental (Laverdière et al., 2018; Swadling, 2013). É conhecido que níveis elevados de autoestima se relacionam com níveis mais baixos de *burnout* (Halbesleben et al., 2014; Maslach et al., 2001), assim como uma sensação de competência no trabalho melhora o sentido de realização pessoal (Rodríguez & Carlotto, 2017), logo, este fator de proteção pode ser justificado por uma sensação de competência que se associa à prática e que, de certa forma, promove a autoestima e sensação de autoeficácia do profissional. Quanto às *habilitações literárias*, os resultados reportam apenas que psicólogos doutorados apresentam níveis de *burnout* mais elevados. Estes resultados vão também ao encontro de investigações como a de Lim e colaboradores (2010), podendo adotar-se a reflexão dos autores, que assume que os psicólogos com maiores habilitações literárias podem acolher casos mais complexos e/ou colocar expectativas mais elevadas no seu desempenho. Contudo, é importante ressaltar que, no presente estudo, a percentagem de doutorados é apenas de 3,5%, o que impede a generalização destes resultados.

Finalmente, no que remete para a identificação e exploração das práticas de AC adotadas pelos psicólogos deste estudo, percebeu-se que 94.1% dos participantes referiu praticar AC ao longo da sua carreira profissional. Desta forma, estes resultados podem ir ao encontro de estudos como o de Neff (2003b) e Terry e Leary (2011), na medida em que se pode hipotetizar uma relação entre os elevados níveis de autocompaixão nesta amostra e uma consciência dos

psicólogos deste estudo para a prevenção de resultados negativos e promoção da sua saúde e bem-estar, por meio da prática de AC.

Neste âmbito, foram encontradas seis categorias dentro das quais as práticas de AC se enquadraram, nomeadamente, o domínio físico, profissional, relacional, psicológico, emocional e espiritual. Desta forma, foi possível observar práticas de AC que se distribuem por domínios de autocuidado, semelhantes aos sugeridos por Butler e colaboradores (2019), numa consideração holística da pessoa, ou por estratégias como as sugeridas nos modelos baseados em princípios de Norcross e VandenBos (2018), Wise, Hersh e Gibson (2012) e Walsh, 2011.

Dentro dos domínios apresentados estão diversos subtemas, alguns dos quais, comuns a vários domínios, como foi o caso do “*mindfulness*”, que se mostrou integrado nos diferentes domínios. Segundo as respostas dos participantes, o *mindfulness* é aplicado como estratégia de regulação emocional (domínio emocional), de autoconhecimento e autorreflexão (domínio psicológico) ou no âmbito da criação de um espaço de reflexão mais global e profundo (domínio espiritual). Ainda, o *mindfulness* apresentou-se como uma das práticas mais utilizadas pelos participantes. Este facto, aliado às investigações já mencionadas (Bourgault & Dionne, 2019; Coleman, 2016; Yip et al., 2017), permite relacionar estas descobertas com os dados quantitativos desta investigação, na medida em que, se os níveis de autocompaixão e *mindfulness* são mais elevados em função da prática de autocuidado, se os elevados níveis de *mindfulness* se apresentam correlacionados com menores níveis de *burnout* nesta amostra, e se o *mindfulness* é uma das práticas mais adotadas por esta mesma amostra, então pode assumir-se que, de facto, a prática regular de *mindfulness* enquanto prática de AC, pode refletir-se em níveis mais elevados de *mindfulness* e autocompaixão e níveis mais baixos de *burnout*. Outro dos subtemas mais frequentes foi o “exercício físico”, sendo uma prática adotada pela grande maioria dos participantes do estudo. A literatura demonstra que o exercício físico se associa a menores níveis de *burnout* (Gerber et al., 2013; Moraes, Calais, Verardi, 2019), o que abre

espaço para refletir, mais uma vez, sobre a adoção desta prática e os baixos níveis de *burnout* reportados nesta amostra. Adicionalmente, foi notado que o domínio emocional se relacionava, de certa forma, com todos os outros domínios. Isto pode justificar-se na medida em que a prática de AC, seja ela qual for, é realizada com vista na redução das experiências emocionais negativas do dia-a-dia e promoção de experiências emocionais positivas (Gentry, 2002; Myers, et al., 2012; OPP, 2021). Desta forma, os benefícios/objetivos, que determinam a prática de AC, acabam por se refletir, essencialmente, em benefícios/objetivos emocionais.

Em suma, esclarecidos os dados deste estudo, podem assumir-se inúmeros benefícios provenientes das práticas de autocompaixão e *mindfulness*, para a saúde mental dos psicólogos, assim como se pode supor uma contribuição positiva das restantes práticas de AC exploradas, para os baixos níveis de *burnout*.

2.7. Conclusões e Orientações Futuras

O presente estudo vem preencher uma lacuna na literatura, pelo que são escassas as investigações, em Portugal, que direcionam a sua atenção para o estudo de fatores protetores face ao *burnout* em psicólogos, em particular. Assim sendo, esta investigação apresenta-se como uma oportunidade para enfatizar o potencial do autocuidado na proteção dos profissionais de psicologia, face às adversidades da sua atividade profissional, e para refletir acerca do papel da autocompaixão e do *mindfulness* como estratégias eficazes nessa proteção, sendo benéficas para a saúde mental e desempenho profissional dos psicólogos.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, torna-se evidente a necessidade de integração destas variáveis em programas de prevenção, intervenção e/ou ações de formação e de capacitação por parte das instituições, direcionadas tanto a psicólogos ativos profissionalmente, assim como a estudantes de psicologia. Estas teriam em vista a prevenção, por meio da consciencialização para os desafios da prática profissional em psicologia e inerente

necessidade de autocuidado, assim como a promoção de estratégias de autocuidado focadas na autocompaixão e no *mindfulness*, evitando, assim, consequências como a fadiga por compaixão, o *stress* traumático secundário ou, no pior dos cenários, o *burnout*.

Importa, no entanto, salientar que esta investigação apresenta como limitação o facto de a recolha de dados ter sido realizada no ciberespaço, *online*. Embora tenha possibilitado uma amostra heterogénea no que concerne à distribuição geográfica dos participantes, perdeu-se a oportunidade de recolha de dados presencial e das suas mais-valias, designadamente, o contacto com as pessoas, a entrevista face-a-face que, com certeza, teria constituído uma mais-valia para este estudo.

Neste seguimento, espera-se que este estudo motive futuras investigações na área. Em futuras investigações, pode ser pertinente desenvolver estudos de mediação que permitam compreender, objetivamente, qual o papel da prática de autocuidado na relação entre a autocompaixão, o *mindfulness* e o *burnout*. Tendo-se assumido que a autocompaixão explica 24% da variação do *burnout* e o *mindfulness* 23%, torna-se importante perceber que outras variáveis explicam esta variação. Pode, ainda, ser relevante compreender os níveis de autocompaixão, *mindfulness* e *burnout*, em função do tipo de prática profissional e condições de trabalho subjacentes, de modo que seja possível compreender quais os contextos onde intervenções focadas nos benefícios da autocompaixão e do *mindfulness*, seriam mais necessárias e profícuas.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a sensibilização e consciencialização da importância de práticas de AC e para estimular o desenvolvimento e implementação de programas de prevenção de *burnout* e promoção de saúde mental em psicólogos, que tenham em consideração o papel protetor da autocompaixão e do *mindfulness*, lembrando que, no exercício da psicologia, “(...) precisamos de colocar a máscara de oxigénio primeiro em nós, antes de ajudarmos os outros” (Neff & Germer, 2019, p. 134).

3. Referências Bibliográficas

- Acker, G. M. (2011). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/1468017310392418>
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Amir, K., Adina, J. O., Margret, D., Shikanga, M. E., & Amapesa, S. T. (2015). Therapists' Past Traumatic Experiences, Compassion Fatigue and the Consequent Work Performance: A Case of Professional Therapists in Eldoret, Kenya. *Internacional Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 20(1), 356-364.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baganha, C., Gomes, A.R., & Esteves, A. (2016). Stresse ocupacional, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento laboral na aviação civil. *Revista Psicologia: Saúde & Doenças*, 17(2), 164-179. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170212>.
- Bakker, A. B., Emmerik H. V., & Riet, P. V. (2008). How job demands, resources, and burnout predict objective performance: A constructive replication. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(3), 309-324.

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389-411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barratt, C. (2017). Exploring how mindfulness and self-compassion can enhance compassionate care. *Nursing Standard*, 31(21). <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10671>
- Baruch-Fedman, C., Brondolo, E., Ben-Dayana, D., & Schwartz, J. (2002). Sources of Social Support and Burnout, Job Satisfaction, and Productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 84-93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.1.84>
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2015). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15-23.
- Benedetto, M. D., & Swadling, M. (2013). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6), 705-715. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.861602>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Black, D. S. (2011). A brief definition of mindfulness. *Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109.

- Bourgault, M. & Dionne, F. (2019). Therapeutic Presence and Mindfulness: Mediating Role of Self-Compassion and Psychological Distress among Psychologists. *Mindfulness*, 10(4), 650-656. <http://doi.org/10.1007/s12671-018-1015-z>
- Brantley, J. (2005). Mindfulness-based stress reduction. Em Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 131-145). Springer.
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Society of Health-System Pharmacists*, 75(3), 147-152.
- Brooks, S., Webster, R. K., Smith, L. E., Wookdland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/50140-6736(20)30460-8).
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Buser, T. J., Buser, J. K., Peterson, C. H., & Seraydarian, D. G. (2012). Influence of mindfulness practice on counseling skills development. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 4(1), 2.
- Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, Stress, and Self-Care in Clinical Training: Predictors of Burnout, Decline in Health Status, Secondary Traumatic Stress Symptoms, and Compassion Satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416-424. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000187>
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the social environment*, 29(1), 107-124. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>

- Capelo, R., & Pocinho, M. (2016). Estratégias de coping: contributos para a diminuição do stress docente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 282-294.
- Castilho, P. & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.
- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 114-125. <https://doi.org/10.1080/14733141003750285>
- Coaston, S. C. (2017). Self-Care Through Self-Compassion: A Balm for Burnout. *The Professional Counselor*, 7(3), 285-297. <https://doi.org/10.15241/scc.7.3.285>
- Collins, S. & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 17-27.
- Collins, W. L. (2005). Embracing Spirituality As An Element Of Professional Self-Care. *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 32(3), 263-274.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and na Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Dattilio, F. M. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A review and Practitioner Guide. *Australian Psychologist*, 50, 393-399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>
- Decreto-Lei nº 241/94. *Diário da República*. 1994.
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., & Zahniser, E. (2017). Work Life, Well Being, and Self-Care Across the Professional Lifespan of Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(6), 429-437. <https://dx.doi.org/10.1037/pro0000160>

- Farber, B. A. (1983). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(2), 174–182.
<https://doi.org/10.1037/h0088488>
- Farber, B. A., & Heifetz L. J. (1981). The Satisfaction and Stresses of Psychotherapeutic Work: A Factor Analytic Study. *Professional Psychology*, 12(5), 621-630. DOI: 0033-0175/81/1205-0621\$06.75
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441.
- Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2006). Relational Frame Theory, Acceptance And Commitment Therapy, And A Functional Analytic Definition Of Mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336.
<https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 90(1), 159-165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706>
- Freudenberger, H. J. (1975). The Staff Burn-Out Syndrome In Alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12(1), 73-82.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0086411>
- Gallavan, D. B., & Newman, J. L. (2013) Predictors of Burnout Among Correctional Mental Health Professionals. *Psychological Services*, 10(1), 115-122.
- Gerber, M., Lindwall, M., Lindegard, A., Borjesson, M., & Jonsdottir, I. H. (2013). Cardiorespiratory fitness protects against stress-related symptoms of burnout and depression. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 146-152.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.021>
- Gentry, J. E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4), 37-61.

Germer, C. K. (2016). *Mindfulness e Psicoterapia* (2nd ed.) [E-book]. Artmed.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (2015). Phases of Progressive Burnout and Their Work Site Covariants: Critical Issues in OD Research and Praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461–481. <https://doi.org/10.1177/002188638301900408>

Gomes, A. R. (2012). Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM). Relatório técnico não publicado. Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Teoria, investigação e prática*, 2, 193-212.

Gomes, A. R. (2012). Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM).

Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. C. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 14, 173. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>

Greason, P. B., & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision*, 49(1), 2-19. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2009.tb00083.x>

Gregório, S. & Gouveia, J. P. (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338. <https://doi.org/10.1159/000107560>

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Halbesleben, J. R. B., Neveu, J. P., Paustian-Underdahl, S. C., & Westman, M. (2014). Getting to the “COR”: Understanding the Role of Resources in Conservation of Resources Theory. *Journal of Management*, 40(5), 1334-1364. <https://doi.org/10.1177/0149206314527130>
- Hammond, T. E., Crowther, A., & Drummond, S. (2018). A Thematic Inquiry into the Burnout Experience of Australian Solo-Practicing *Clinical Psychologists*. *Frontiers in Psychology*, 8, 1996.
- Hardiman, P. & Simmonds, J. G. (2013). Spiritual well-being, burnout and trauma in counsellors and psychotherapists. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(10), 1044-1055. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2012.732560>
- Harris, A. (2017, April 5). Slate’s Use of Your Data. Slate Magazine. https://slate.com/gdpr?redirect_uri=%2Farticles%2Farts%2Fculturebox%2F2017%2F04%2Fthe_history_of_self_care.html%3Fvia%3Dgdpr-consent&redirect_host=http%3A%2F%2Fwww.slate.com
- Hemingway, C. A., & MacLagan, P. W. (2004). Managers’ Personal Values as Drivers of Corporate Social Responsibility. *Journal of Business Ethics*, 50, 33-44.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress Ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. INE. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y

- Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102300. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102300>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156. DOI: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kahill, S. (1988). Symptoms of Professional Burnout: A Review of the Empirical Evidence. *Canadian Psychology*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>
- Keane, A. (2014). The influence of therapist mindfulness practice on psychotherapeutic work: A mixed-methods study. *Mindfulness*, 5(6), 689-703. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0223-9>.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52. <http://dx.doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Kruger, L. J., Botman, H. I., & Goodenow, C. (1991). An investigation of social support and burnout among residential counselors. *Child & Youth Care Forum*, 20, 335-352.
- Landsbergis P. A., Schnall, P. L., Belkic, K. L., Baker, D., Schwartz, J. E., & Pickering, T. G. (2002). The Workplace and Cardiovascular Disease: Relevance and Potential Role for Occupational Health Psychology. Em Quick, J. C. & Tetrick, L. E. (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (1sted., pp. 265-287). American Psychological Association.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of social issues*, 56(1), 1-9.

- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Morin, A. J. S. (2018). Psychological Health Profiles of Canadian Psychotherapists: A Wake up Call on Psychotherapists' Mental Health. *Canadian Psychology*, 59(4), 315-322. <https://dx.doi.org/10.1037/cap0000159>
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., Lee, S. M. (2011). Antecedents and Consequences of Three Dimensions of Burnout in Psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252-258. <https://dx.doi.org/10.1037/a0023319>
- Leppma, M., & Young, M. E. (2016). Loving-Kindness Meditation and Empathy: A Wellness Group Intervention for Counseling Students. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 297-305. <https://doi.org/10.1002/jcad.12086>
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S. M. (2010). Individual and work related factors influencing burnout of mental health professionals: a meta-analysis. *Journal of employment counseling*, 47, 86-96.
- Maia, B., & Dias, P. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' Personal Problems and Self-Care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16.
- Malamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths, and Promising Research Directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327–353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
- Martin, U., & Schinke, S. P. (1998). Organizational and Individual Factors Influencing Job Satisfaction and Burnout of Mental Health Workers. *Social Work in Health Care*, 28(2), 51-62.
- Maslach, C. (1976). Burned - out. *Human Behaviour*, 5, 16 - 22.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding Burnout. Em Cooper, C. L., & Quick, J. C. (Eds.), *The Handbook of Stress and Health – A guide to research and practice*, (1ªEd., pp. 36-56). Wiley Blackwell.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. Em Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., (2006). Understanding Job Burnout. Em Rossi, A. M., Perrewé, P. L., & Sauter, S. L. (Eds.), *Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health* (pp. 42-9). Information age publishing.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12, 193-200.
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-Care Practices and Perceived Stress Levels Among Psychology Graduate Students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>
- Moraes, M. G., Calais, S. L., & Verardi, C. E. L. (2019). The influence of physical fitness on the symptoms of Burnout. *Journal of Physical Education and Sport*, 19, 945-951. <https://doi.org/10.7752/jpes.2019.s3136>

- Moreira, A. S., & Lucca, S. R. (2020). Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à covid-19. *Enferm. Foco*, 11(1), 155-161.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-De Vita, M., Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352.
<https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. Doi: 10.1080/15298860309032
- Neff, K., & Germer, C. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo* (1ªed.). Artmed.
- Nelson, J. R., Hall, B. S., Anderson, J. L., Birtles, C., & Hemming, L. (2018). Self-Compassion as Self-Care: A Simple and Effective Tool for Counselor Educators and Counseling Students. *Journal of Creativity in Mental Health*, 13(1), 121-133.
<http://doi.org/10.1080/15401383.2017.1328292>
- Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness Group Work: Preventing Stress and Increasing Self-Compassion Among Helping Professionals in Training. *The Journal For Specialists In Group Work*, 37(4), 297-311.
<http://doi.org/10.1080/01933922.2012.69083>
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist Self-Care: Practitioner-Tested, Research-Informed Strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710-713.
- Norcross, J. C., & Phillips, C. M. (2020). Psychologists Self-Care During the Pandemic: Now More Than Ever. *Journal of Health Service Psychology*, 46, 59-63.
<http://doi.org/10.1007/s42843-020-00010-5>

- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the Office: A guide to Psychotherapist Self-Care* (2ªed). The Guilford Press.
- Norcross, J. C., Zimmerman, B. E., Greenberg, R. P., & Swift, J. K. (2017). Do All Therapists Do That When Saying Goodbye? A Study of Commonalities in Termination Behaviors. *Psychotherapy*, 54(1), 66-75.
- O’connor, K., Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Código Deontológico.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2017). Acedido a 15 de junho em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/parecer_55_sobre_a_utiliza_a_aao_de_inventaarios_em_investigaa_aoes_desenvolvidas_online_1.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Afirmar os Psicólogos nos MEDIA - 4 Anos a Promover a Psicologia*. Ordem Dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ebook_artigos_de_opinioao_final.pdf?fbclid=IwAR2bx1kEKXSCl6LN_L9lBNqf0wrfNDuB20ieXaWlJEiw8aWq6u-qXzyuSDA
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Acedido a 07 de abril em <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/covid19/faq>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Cuido de mim? Checklist sobre comportamentos de autocuidado. Acedido a 07 de abril em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/checklist_comportamentos_autocuidado.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Fact Sheet – Autocuidado e bem-estar. Acedido a 07 de abril em

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/factsheet_autocuidado_bem_estar.pdf

- Papathanasiou, I. V. (2015). Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers. *Acta Informatica Medica*, 23(1), 22.
- Paris, M., & Hoge, M. (2009). Burnout in the Mental Health Workforce: A Review. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(4), 519-528.
- Patsiopoulou, A. T., & Buchanan, M. J. (2011). The Practice of Self-Compassion in Counseling: A Narrative Inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301-307. <https://doi.org/10.1037/a0024482>
- Paulino, S., & Dumas-Diniz, R. (2020). Respostas Psicológicas: O Impacto da Pandemia na Saúde Mental. Em Paulino, S., & Dumas-Diniz, R. (Eds.), *A Psicologia da Pandemia: Compreender e Enfrentar a COVID-19* (pp. 45-55). Pactor.
- Pereira, A. M. T. B. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Casa do Psicólogo
- Pereira, C. M. B. M. (2013). *Auto-percepção do envelhecimento, mindfulness e apoio social* (Master's thesis).
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourself: a Literature Review on Self-Care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20. <http://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108. <http://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>
- Rabu, M., Moltu, C., Binder, P., & McLeod, J. (2015). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists'

- experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737-749.
<https://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136, 997-1007.
<http://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Richards, K. C., Campenni, C. E., & Muse-Burke, J. L. (2010). Self-Care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264.
- Richardson, C. M. E., Trusty, W. T., & George, K. A. (2020). Trainee wellness: self-critical perfectionism, self-compassion, depression and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 187-198.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1509839>
- Rodriguez, S. Y. S., & Carlotto, M. S. (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudos de psicologia*, 34(1), 141-150.
- Rokach, A. (2018). Clinicians' Stress and Loneliness: A review. *Abnormal Psychology and Clinical Psychiatry*, 1(1), 003.
- Rokach, A. & Boulazreg, S. (2020). The COVID-19 era: How therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Current Psychology*, 1-18.
- Roque, H., Veloso, A., Silva, I., & Costa, P. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3087-3097.
- Rosenberg, T., & Pace, M. (2006). Burnout Among Mental Health Professionals: Special Considerations for the Marriage and Family Therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(1), 87-99.

- Ruper, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88-96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>
- Rupert, P. A., Miller, A. O., Hartman, E. R. T., & Bryant, F. B. (2012). Predictors of Career Satisfaction Among Practicing Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 495-502. <https://doi.org/10.1037/a0029420>
- Rupert, P. A. & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>
- Salyers, M. P., Flanagan, M. E., Firmin, R., & Rollins, A. L. (2015). Clinicians' Perceptions of How Burnout Affects Their Work. *Psychiatric Services* 66(2), 204-207. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400138>
- Santos, N., Branco, S., Freitas, L., Gonçalves, L., Franco, G., & Beja, M. J. (2012). Burnout e o psicólogo educacional: o caso da RAM. *12º Colóquio de Psicologia e Educação*, 596-611.
- Sanzovo, C. E., & Coelho, M. E. C. (2007). Clinical psychologists' stress sources and coping strategies. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 227-238.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16(5), 501-510.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Shoptaw, S., Stein, J. A., & Rawson, R. A. (2000). Burnout in substance abuse counselors: Impact of environment, attitudes, and clients with HIV. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 117-126.

- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2017). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e Engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>
- Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8183-1>
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 79-85.
- Shirom, A. (2011). Job-Related Burnout: A Review. Em Quick, J. C. E., & Tetrick, L. E. (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-264). American Psychological Association.
- Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfaction, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301-309. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.301>
- Terry, M. L. & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352-362. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>
- Testa, D., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Contribution of Mindfulness and Emotional Intelligence to Burnout Among Counseling Interns. *Counselor Education & Supervision*, 55(2), 95-108. <https://doi.org/10.1002/ceas.12035>
- Tudury, C. K. (2020). Self-Care Regimens & Wellbeing of DBT Therapists.
- Usher, K., Bhullar, N., Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2756–2757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15290>

- Vredenburg, L. D., Carlozzi, A. F., & Stein, L. B. (2007). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinente demographics. *Counseling Psychology Quartely*, 12(3), 293-302. <https://doi.org/10.1080/09515079908254099>
- Ventouris, A., Comoretto, A., Panourgia, C., Agata, W., Yankouskaya, A., & Taylor, Z. (2020). COVID-19: Vicarious traumatisatation and resilience in Mental Health Psychology Practitioners. *New Vistas*, 6(2), 8-13.
- Vicente, M., & Gomes, E. J. (2020). COVID-19: Uma nova Pandemia, uma nova era?. Em Paulino, S., & Dumas-Diniz, R. (Eds.), *A Psicologia da Pandemia: Compreender e Enfrentar a COVID-19* (pp. 1-16). Pactor.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579-592. DOI: 10.1037/a0021769
- Williams, I. D., Richardson, T. A., Moore, D. D., Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). Perspectives on Self-Care. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(3), 320-338. <https://doi.org/10.1080/15401383.2010.507700>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Reenvisioning the Stress-Distress Continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-494. <https://doi.org/10.1037/a0029446>
- Wolf, M. R., & Rosenstock, J. B. (2017). Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Academic psychiatry*, 41(2), 174-179. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0526-y>

Yip, S. Y. C., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Law, R. W. (2017). The Mediating Role of Self-Compassion Between Mindfulness and Compassion Fatigue Among Therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, 8(2), 460-470. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0618-5>

4. Anexos

Anexo 1 – Pedidos e autorizações dos autores para utilização dos instrumentos de avaliação

A 2021-03-05 16:34, Vânia Mendes Ferreira escreveu:

Exmo. Professor Doutor José Pinto Gouveia,

O meu nome é Vânia Ferreira e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia. O presente ano letivo representa o último passo em direção à conclusão do meu mestrado, o qual será concluído com a participação em 250h diretas de estágio, bem como com a apresentação de uma dissertação. Esta dissertação, que me proponho a realizar, sob orientação da Professora Doutora Joana Carreiro, terá como tema "*Burnout* nos psicólogos: o papel da autocompaixão e do *mindfulness* enquanto fatores protetores" e tem como objetivo central compreender o papel da autocompaixão e do *mindfulness* na gestão do *burnout* nos psicólogos. Para tal, tenciona-se avaliar os níveis de *burnout*, *mindfulness* e autocompaixão nestes profissionais para, posteriormente, se realizar um estudo correlacional, no qual, se procurará perceber, entre outros objetivos específicos, a relação estabelecida entre as variáveis independentes, autocompaixão e *mindfulness*, e a variável dependente, *burnout*.

Neste seguimento, serve, o presente email, para lhe solicitar, encarecidamente, a Escala de Autocompaixão - Versão Portuguesa da *Self-Compassion Scale* e respetivos dados de cotação.

Extremamente grata pela atenção,
Vânia Ferreira.

Re: Permissão para utilização da Escala da Autocompaixão

Reencaminhou esta mensagem a sáb, 06/03/2021 13:41



José Gouveia <jpgouveia@fpce.uc.pt>

sáb, 06/03/2021 12:57

Para: Vânia Mendes Ferreira



Cotação da SELFCS.docx
13 KB



SELFCSFinal.doc
72 KB



2 anexos (86 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Maieutica

Cara Vânia

Junto envio a escala de auto-compaixão e a sua cotação. Há várias formas de utilizar a escala. Na minha equipa de investigação e em Inglaterra utilizamos dois factores o positivo e negativo, como os ingleses também fazem. O americanos e a Neff utilizam o total o que nos parece errado. Deve procurar alguns artigos acerca disto.

Felicidades para a sua investigação

JPG



Vania Ferreira
qua, 10/02/2021 15:39
Para: sm_gregorio@hotmail.com

↩ ↶ → ...

Exma. Professora Doutora Sónia Gregório,

O meu nome é Vânia Ferreira e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia. O presente ano letivo representa o último passo em direção à conclusão do meu mestrado, o qual será concluído com a participação em 250h diretas de estágio, bem como com a apresentação de uma dissertação. Esta dissertação, que me proponho a realizar, terá como tema "*Burnout* nos psicólogos: o papel da autocompaixão e do *mindfulness* enquanto fatores protetores" e tem como objetivo central compreender o papel da autocompaixão e do *mindfulness* na gestão do *burnout* nos psicólogos. Para tal, tenciona-se avaliar os níveis de *burnout*, *mindfulness* e autocompaixão nestes profissionais para, posteriormente, se realizar um estudo correlacional, no qual, se procurará perceber, entre outros objetivos específicos, a relação estabelecida entre as variáveis independentes, autocompaixão e *mindfulness*, e a variável dependente, *burnout*.

Neste seguimento, serve, o presente email, para lhe solicitar, encarecidamente, a versão portuguesa do *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) e respetivos dados de cotação.

Extremamente grata pela atenção,
Vânia Ferreira.



Sónia Martins Gregório <sonia.martins.gregorio@gmail.com>
sex, 12/02/2021 17:51
Para: Você

↩ ↶ → ...



2 anexos (300 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Estimada Vânia,

junto envio o questionário solicitado, bem como o respectivo artigo.

Votos de um bom trabalho,

Atenciosamente,
Sónia Martins Gregório

Ph.D., Clinical psychologist
Lecturer in Psychology, UEM
+34 622 273 438 / +351 966 913 438

This message and attachments are exclusively for its recipient. It may contain private and confidential information. Reproduction and distribution are not allowed without the express consent of the author. If you are not the intended recipient please delete this message and any attached documents, and notify the sender by email.

Exmo. Professor Doutor Rui Gomes,

O meu nome é Vânia Ferreira e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia. O presente ano letivo representa o último passo em direção à conclusão do meu mestrado, o qual será concluído com a participação em 250h diretas de estágio, bem como com a apresentação de uma dissertação. Esta dissertação, que me proponho a realizar, sob orientação da Professora Doutora Joana Carreiro, terá como tema "*Burnout* nos psicólogos: o papel da autocompaixão e do *mindfulness* enquanto fatores protetores" e tem como objetivo central compreender o papel da autocompaixão e do *mindfulness* na gestão do *burnout* nos psicólogos. Para tal, tenciona-se avaliar os níveis de *burnout*, *mindfulness* e autocompaixão nestes profissionais para, posteriormente, se realizar um estudo correlacional, no qual, se procurará perceber, entre outros objetivos específicos, a relação estabelecida entre as variáveis independentes, autocompaixão e *mindfulness*, e a variável dependente, *burnout*.

Neste seguimento, serve, o presente email, para lhe solicitar, encarecidamente, a versão portuguesa do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e respetivos dados de cotação.

Extremamente grata pela atenção,
Vânia Ferreira.



António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>

ter, 02/03/2021 17:14



Para: Vânia Mendes Ferreira

Cara Vânia,

Neste momento, não estamos a usar o instrumento nas nossas investigações. Estamos a usar a Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (esta posso fornecer).

Quanto à MBI, existe uma empresa que comercializa os seus direitos www.mindgarden.com OU <http://www.mindgarden.com/titles.htm>

Em tempos, esta empresa questionou-nos se não nos importariamos de fornecer aos autores portugueses a nossa versão traduzida do instrumento. Não nos opusemos a essa situação, por isso eles têm em seu poder essa tradução. Por isso, pode entrar em contacto com a empresa e pedir a versão portuguesa, ao comprar as licenças em causa. Repare que este pagamento é efetuado à empresa, nós não temos qualquer ganho ou relação com esta empresa, além de termos fornecido a nossa tradução.

Neste sentido, não tenho mais nenhum contacto com esta empresa nem com os autores do instrumento. Ou seja, terá de ser sempre a partir da empresa que deverá obter o instrumento em causa.

Entretanto, temos vindo a trabalhar numa outra versão de avaliação do "burnout" (Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed), que poderemos facultar sem este tipo de condicionantes (ver no nosso site abaixo). Mas este instrumento tem uma lógica diferente do anterior e não tem a difusão da MBI. Se quiser informações sobre a versão original pode consultar a página do próprio autor <http://www.shirom.org/arie/index.html> Da nossa parte, a tradução está pronta e estamos a usá-la nos nossos estudos, podendo ser consultada no nosso site, em instrumentos de avaliação (www.ardh.pt).

Bom trabalho.

Anexo 2 – Questionário Online



Burnout em psicólogos: o papel da autocompaixão e do mindfulness enquanto fatores protetores

O presente estudo tem como principal objetivo a compreensão do papel da autocompaixão e do mindfulness na gestão do burnout em psicólogos. O mesmo é desenvolvido pela aluna Vânia Ferreira, sob orientação da Professora Doutora Joana Carreiro e insere-se no âmbito de uma dissertação no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia (ISMAI).

O projeto que se propõe, vem aliado a uma intenção de enfatizar a relevância do autocuidado num mundo profissional em que se vive um paradoxo: a negligência no autocuidado, em prol do cuidado aos outros, apenas se reflete na incapacidade de cumprir com esse mesmo propósito. Assim sendo, é fundamental perceber quais as práticas de autocuidado que se têm revelado mais eficazes na proteção destes profissionais de saúde mental, face aos perigos associados à sua prática ocupacional.

Nesta ordem de ideias, procura-se a colaboração de profissionais de Psicologia, para o preenchimento de um questionário, com uma duração média de preenchimento, de aproximadamente 15 minutos. Relembra-se que não existem respostas certas ou erradas, sendo apenas solicitada a sua leitura atenta das instruções apresentadas, bem como a total sinceridade nas respostas fornecidas.

Acreditamos que a sua participação contribuirá para o aprimoramento do conhecimento científico da área e, conseqüente, desenvolvimento de ações, progressivamente, mais eficazes na prevenção de burnout, neste grupo de profissionais. No entanto, ressalta-se que a sua participação é voluntária, sendo livre de desistir a qualquer momento.

Caso opte pelo preenchimento, saiba que os seus dados serão recolhidos e tratados de forma anónima, garantindo a total confidencialidade dos mesmos, assim que nos forneça o seu consentimento informado.

Li, compreendi o propósito deste estudo e autorizo a minha participação no mesmo, reconhecendo que a informação é recolhida e tratada de forma anónima. *

- ☒ Sim, aceito participar neste estudo
- ☐ Não aceito participar neste estudo

Seguinte

Anexo 3 – Exemplo de publicação para partilha do questionário

