



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**Qualidade do sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e
psicoterapeutas portugueses, em contexto pandémico**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Aconselhamento

Autor: Marta Magalhães Pereira

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria das Dores Pires Gomes

Número do candidato: 30001057

Março de 2023
Lisboa

Dedicada à minha avó Silvina e ao meu Snoopy.
Sem eles não seria a pessoa que sou hoje.
Ainda vou ouço a cantar e a ladrar todos os dias,
E passarei a vida inteira a fazer com que se orgulhem de mim.
Onde quer que estejam, estarão para sempre no meu coração e continuarão a viver em mim.
(in memorium)

Agradecimentos

Os últimos três anos foram dos mais desafiantes, tanto a nível académico como a nível pessoal. Foram três anos recheados de duvida, incerteza, frustração e ansiedade. Mas a verdade é que foram anos recheados de adaptação, resiliência, superação e apoio emocional e psicológico incondicional daqueles que acompanharam este processo solitário desde o início.

Desta forma, utilizo este momento para agradecer à minha orientadora de dissertação, a Professora Doutora Ana Gomes, pela sua disponibilidade, atenção, apoio prestável e por todos os momentos de partilha. Sem ter consciência disso ajudou a apaziguar sentimentos de dúvida, incerteza e a diminuir os altos níveis de stress em que me encontrava. Obrigada por tudo. Das melhores escolhas que fiz foi escolhê-la como orientadora.

Quero agradecer às professoras Rute Brites pelo auxílio no início deste processo, pelas suas questões pertinentes e apoio constante. Quero também agradecer à professora doutora Iolanda Galinha pelas suas chamadas de atenção e discursos de motivação, pois mesmo em ocasiões de stress, frustração e estagnação, o seu incentivo obrigou-me a continuar. Agradeço ainda à professora Genta Kulari, que durante meses ouviu as minhas lamentações e inseguranças. Aproveito ainda para agradecer a todos os professores que me acompanharam, auxiliaram e contribuíram para a pessoa que sou hoje e profissional que um dia serei.

Não podia deixar de agradecer profundamente à minha família, que foi sem dúvida o meu suporte emocional e psicológico durante este processo. Obrigada por me fazerem companhia, por terem ouvido as minhas queixas, as minhas lamentações, as minhas dúvidas e inseguranças e obrigada por lidarem todos os dias com o meu stress e ansiedade constante. O meu eterno agradecimento por acreditarem em mim, quando nem eu mesmo acreditava.

Demonstro também o meu agradecimento à Andreia, que apesar de só estar presente no final deste processo, sem a sua ajuda e auxílio não teria conseguido completar este desafio.

Obrigada as minhas amigas Ana, Stephanie, Fabíola, Mariana e Rafaela por serem uma presença constante na minha vida e um porto de abrigo seguro. Obrigada por me deixarem ser eu própria, vulnerável, feliz, ansiosa e insegura.

Quero por fim, agradecer à Miriam, Beatriz, Sophia e Guilherme que sem terem consciência disso me ajudaram a sair do buraco negro emocional e psicológico em que me encontrava e a todos os colegas que me fizeram distrair, divertir, rir e a sair da minha bolha. Sem a vossa presença, este projeto ainda não estaria finalizado.

“E não há maneira de escapar à violência da tempestade (...). E quando a tempestade tiver passado, mal te lembrarás de ter conseguido atravessá-la, de ter conseguido sobreviver. Nem sequer terás a certeza de a tormenta ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido.”

(Haruki Murakami, *Kafta à Beira-Mar*, 2015, p.10)

Resumo

A presente investigação quantitativa e transversal pretende verificar as associações entre a qualidade de sono, o autocuidado e a autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Desta forma, este estudo incluiu uma amostra por conveniência de 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas, com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos.

Desta forma, neste tipo de população, os níveis baixos de qualidade de sono provoca consequências a nível psicológico, emocional e físico. Relativamente ao autocuidado, este é percecionado como uma responsabilidade ética, apesar de estes profissionais negligenciaram este tipo de estratégias e comportamentos. Por outro lado, nesta população, a autocompaixão atua como fator de proteção e prevenção contra o burnout e a fadiga por compaixão. Relativamente, à época atual vivenciada, é inquestionável a influência da pandemia Covid-19 nestes profissionais. Estes desenvolveram sintomas relacionados com o stress, depressão e ansiedade devido ao aumento do fluxo de clientes e da carga de trabalho.

Para cumprir os objetivos e averiguar as hipóteses pretendidas, foi elaborado um protocolo constituído por quatro questionários de autorresposta, sendo estes, o questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, a Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP) e a Escala de Autocompaixão na sua versão reduzida (SELFCS-CV).

A análise de dados demonstrou resultados e associações significativas entre a autocompaixão e a qualidade de sono, assim como entre a autocompaixão e quatro dimensões do autocuidado. Verificou-se ainda a existência de associações positivas entre diversas variáveis sociodemográficas.

Palavras-Chave: Qualidade de sono, Autocuidado, Autocompaixão, Psicólogos Clínicos, Psicoterapeutas

Abstract

This quantitative and cross-sectional research aimed to verify the associations between sleep quality, self-care and self-compassion in clinical psychologists and psychotherapists who are effective members of the Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Thus, this study included a convenience sample of 124 clinical psychologists and psychotherapists, aged between 24 and 64 years old.

Thus, in this type of population, low levels of sleep quality causes consequences at psychological, emotional and physical levels. Regarding self-care, this is perceived as an ethical responsibility, although these professionals neglected this type of strategies and behaviors. On the other hand, in this population, self-compassion acts as a protective and preventive factor against burnout and compassion fatigue. Regarding, the current era experienced, the influence of the Covid-19 pandemic on these professionals is unquestionable. They have developed symptoms related to stress, depression, and anxiety due to increased client flow and workload.

To meet the objectives and investigate the intended hypotheses, a protocol consisting of four self-report questionnaires was developed, namely, the sociodemographic questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Self-Care Assessment Scale for Psychologists (EAAP), and the Self-Compassion Scale in its reduced version (SELFCS-CV).

Data analysis demonstrated significant findings and associations between self-compassion and sleep quality, as well as between self-compassion and four dimensions of self-care. Positive associations were also found between several sociodemographic variables.

Keywords: Sleep Quality, Self-Care, Self-Compassion, Clinical Psychologists, Psychotherapists

Índice

Introdução	13
Parte I - Enquadramento Teórico	18
Capítulo 1- Qualidade do Sono.....	18
1.1 Sono	18
1.1.1 Estrutura e regulação do sono	19
1.1.2 Ciclo sono-vigília.....	21
1.2 Qualidade e Quantidade do sono	24
1.3 Fatores de risco	25
1.4 Perturbações do sono	26
1.4.1 Insónias	27
1.4.2 Hipersónias ou Hipersonolência	27
1.4.3 Perturbações respiratórias	29
1.4.4 Perturbações do ritmo circadiano.....	30
1.4.5 Perturbações do movimento.....	30
1.4.6 Parassónias	31
1.5 Perturbações psicológicas e consequências	33
1.6 Qualidade do sono nos psicólogos.....	33
Capítulo 2- Autocuidado.....	37
2.1 Contextualização e conceito de autocuidado	37
2.2.1 Dimensões do autocuidado	40
2.2 Teorias e perfis de autocuidado	42
2.3 Benefícios e consequências.....	46
2.4 O autocuidado em psicólogos clínicos e psicoterapeutas	48
Capítulo 3- Autocompaixão	56

3.1	Contextualização e definição de conceitos	56
3.2	Teorias da autocompaixão	59
3.2.1	Teoria da autocompaixão de Neff (2003)	59
3.2.3	Sistemas de autocompaixão e teoria da vinculação	62
3.3	Benefícios e consequências dos níveis de autocompaixão	63
3.6	A autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas	65
	Capítulo 4 - Influência da Covid-19	68
4.1	Qualidade do sono na pandemia Covid-19	68
4.2	Autocuidado na pandemia Covid-19	70
4.3	Autocompaixão na pandemia Covid-19.....	72
4.4	Impacto da Covid-19 na psicologia e nos psicólogos.....	74
	Capítulo 5- Relação entre as variáveis.....	80
5.1	Qualidade do sono e Autocuidado	80
5.2	Autocompaixão e qualidade do sono	81
5.3	Autocuidado e a autocompaixão.....	83
	Parte II – Metodologia	85
6.1	Problema	85
6.2	Delineamento do Estudo.....	86
6.3	Objetivos.....	87
6.3.1	Objetivos Gerais.....	87
6.3.2	Objetivos Específicos.....	87
6.4	Hipóteses de Estudo.....	87
6.5	Participantes.....	95
6.6	Instrumentos.....	95
6.6.1	Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	95

6.6.2 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP).....	96
6.6.3 Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)	97
6.6.4 Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV).....	97
6.7 Procedimentos.....	99
6.8 Procedimentos de Análise de Dados.....	100
Parte III- Resultados	101
7.1 Apresentação e Análise de Resultados	101
7.1.1 Caraterização da amostra	101
7.2 Estatística Descritiva.....	108
7.2.1 Estatística Descritiva do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP).....	109
7.2.2 Estatística Descritiva da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)	112
7.2.3 Estatística Descritiva da Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV)	113
7.3 Correlação entre variáveis.....	114
7.4. Regressões entre variáveis	127
Parte IV- Discussão de Resultados	131
Parte V- Conclusão, Limites e Indicações Futuras	147
8. Conclusão.....	147
9. Limites e indicações futuras.....	149
Referências.....	151
Anexos	188

Índice de Abreviações

AASM- American Academy of Sleep Medicine

APA- American Psychology Association

ISF- International Self-Care Foundation

NREM- Non Rapid Eye Movement

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

REM- Rapid Eye Movement

SCF- Self Care Forum

WHO- World Health Organization

Índice de Tabelas

Tabela 1- Frequências Descritivas Sociodemográficas	102
Tabela 2- Frequências Descritivas Sociodemográficas	104
Tabela 3- Frequências Descritivas Sociodemográficas	106
Tabela 4- Frequências Descritivas Sociodemográficas	107
Tabela 5- Consistência Interna.....	109
Tabela 6- Análise Descritiva do IQSP	111
Tabela 7- Média de horas de sono por noite	111
Tabela 8- Medicação para dormir	112
Tabela 9- Estatística Descritiva EAAP	113
Tabela 10- Estatística Descritiva SELFCS-SV	114
Tabela 11- Interpretação do coeficiente de correlação de Pearson e Spearman	114
Tabela 12- Frequências Descritivas do IQSP	116
Tabela 13- Frequências Descritivas do IQSP	117
Tabela 14- Frequências Descritivas do SELFCS-SV	118
Tabela 15- Estatística Descritiva EAAP	119
Tabela 16- Correlação entre o IQSP e a EAAP	120
Tabela 17- Correlação entre o IQSP e a SELFS-SV	121
Tabela 18- Correlação entre o IQSP e a SELFS-SV	123
Tabela 19- Correlação entre variáveis sociodemográficas	125
Tabela 20- Correlação entre variáveis sociodemográficas	126
Tabela 21- Correlação entre variáveis sociodemográficas	126
Tabela 22- Correlação entre variáveis sociodemográficas	126
Tabela 23- Regressão entre a EAAP e IQSP	128
Tabela 24- Regressão entre a SELFS-SV e o IQSP.....	129
Tabela 25- Regressão entre a SELFS-SV e a EAAP	130

Anexos

Anexo I- Acordo de Consentimento Informado.....	188
Anexo II- Email enviado às associações e sociedades de psicologia/psicoterapia e psicólogos e psicoterapeutas.....	191
Anexo III- Questionário Sociodemográfico	193
Anexo IV- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (ISQP).....	196
Anexo V- Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)	200
Anexo V- Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV).....	202

Introdução

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, a presente investigação pretende averiguar a qualidade do sono, o autocuidado e a autocompaixão, bem como a relação entre estas variáveis em psicólogos e psicoterapeutas portugueses, tendo em consideração o atual contexto pandémico. Assim, a amostra pretendida engloba psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, do sexo feminino e masculino, que possuam cédula profissional e que sejam membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Assim, para que esta investigação contribua de forma positiva para a literatura e investigação das variáveis abordadas, principalmente em Portugal, inseriu-se a mesma na iniciativa de Apoio à Investigação da OPP.

Sendo a qualidade do sono uma das variáveis e conceitos abordados nesta investigação, é necessário caracterizar e definir este processo. O processo de sono é percecionado como uma necessidade fundamental do organismo, estando envolvido em diversos processos do desenvolvimento cognitivo, psicológico e emocional dos indivíduos. As perturbações do ciclo do sono, a inexistência de uma quantidade e qualidade saudável de sono individualizada para cada indivíduo provoca o desenvolvimento ou aumento de perturbações psicológicas, físicas e emocionais (Hertenstein et al., 2019; Morin & Benca, 2012). Desta forma, o processo de sono engloba a quantidade e a qualidade do mesmo. Por sua vez, Kline (2013) afirma que a qualidade de sono é caracterizada por ser uma experiência e satisfação subjetiva em relação ao ciclo e ao processo de sono que cada indivíduo vivência durante o mesmo. Uma má qualidade de sono ou níveis baixos podem provocar inúmeras consequências prejudiciais ao organismo do indivíduo, como por exemplo, diminuição da concentração, aumento do cansaço físico e psicológico e da sintomatologia ansiosa e depressiva (Hertenstein et al., 2019; Morin & Benca, 2012).

No que diz respeito à qualidade de sono nos psicólogos e psicoterapeutas, diversas investigações afirmam baixos níveis de qualidade e quantidade aumentam os níveis de stress e de burnout e diminuem a eficácia profissional para com os seus clientes (Posluns & Gall, 2019; Söderström et al. 2012; Wolf & Rosenstock, 2017). Um dos principais problemas nestes profissionais são as insónias, relacionadas com a sua elevada carga de trabalho e horária, sendo que o ambiente do local de trabalho influencia a diminuição da qualidade do mesmo (Barnes & Watson, 2019). Assim, a diminuição da qualidade do sono afeta a qualidade e eficácia do seu trabalho e ainda a relação terapêutica que os profissionais desenvolvem com os seus clientes.

O conceito seguinte inserido na presente investigação é o autocuidado. Este conceito foi primeiramente utilizado por Orem (2001) em contexto de enfermagem e divulgado através da psicologia positiva. Este conceito pode ser definido como um o planeamento e implementação de um conjunto de diversas estratégias, métodos e comportamentos com o objetivo de manter e desenvolver o próprio bem-estar e funcionamento saudável psicológico, emocional e físico abrangendo dimensões como o autoconhecimento, a autoconsciência e autorreflexão relativamente à sua vida pessoal, social e profissional (Orem, 2001). Este conceito é um método personalizado e especializado para cada individuo, sendo adequado às suas necessidades e objetivos específicos. Diversas investigações demonstraram que níveis elevados de autocuidado e de comportamentos direcionados para o mesmo aumentam a autoestima, a sua autoconfiança, diminuem os sintomas de ansiedade, de depressão e stress, aumento do seu bem-estar físico, psicológico e emocional sendo estes apenas alguns dos benefícios. Por outro lado, a diminuição de estratégias de autocuidado provoca diminuição da autoestima, aumento dos níveis de stress e de ansiedade, diminuição do seu funcionamento cognitivo e psicológico (Butler et al., 2017; Mayorga et al. 2015; Santana & Fouad, 2017; Sharif Nia et al. 2017).

De acordo com Mathieu (2012), o autocuidado e o bem-estar fazem parte da responsabilidade ética dos psicólogos que estes devem desenvolver e assumir responsabilidade pelo mesmo, sendo uma questão importante de ser mencionada e abordada na sua formação académica e pessoal (Carona, 2017). O autocuidado contribui para que estes profissionais lidem melhor com o sofrimento dos seus clientes, com riscos e consequências da sua profissão, provocando impactos positivos como a manutenção e desenvolvimento do seu bem-estar e da sua qualidade de vida, aumentando a sua resiliência e contribuindo para o desenvolvimento do equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Baker, 2003; Barnett & Cooper, 2009; Dattilio, 2015; Norcross & VandenBos, 2018). Dorociak et al. (2017) afirma ainda que existem cinco domínios essenciais ao autocuidado dos psicólogos, sendo estes explorados no respetivo capítulo.

O último conceito inserido na presente investigação é a autocompaixão, derivada da linha budista e da linha ocidental da psicologia. Este conceito pode ser caracterizada como a capacidade de o individuo desenvolver uma atitude consciente e objetiva de autoaceitação, gentileza, bondade e compreensão perante a própria pessoa, os próprios comportamentos, sentimentos e pensamentos, fornecendo a si próprio e às vivências humanas difíceis, dolorosas e comuns a todos os seres humanos uma visão não crítica e de não julgamento (Neff, 2003a; 2016). Diversos autores afirmam

que a autocompaixão provoca efeitos positivos nos indivíduos, nomeadamente, como forma de estratégia de autorregulação e como um fator preditor de bem-estar e como fator protetor contra o desenvolvimento de perturbações psicológicas e emocionais (Cunha et al., 2013; Neff, 2015; Neff & McGehee, 2010; Phillips & Ferguson, 2012). Por outro lado, níveis menores de autocompaixão estão associados à autocrítica, ao egocentrismo, à ruminação de pensamentos e sentimentos e ao aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa (Krieger et al., 2016; MacBeth & Gumley, 2012).

Relativamente à autocompaixão nesta população, a autocompaixão atua como fator de proteção contra o burnout e a fadiga por compaixão, influenciando o desenvolvimento de estratégias de regulação adequadas no ato da sua profissão e experiência clínica, bem como na sua relação e processo terapêutico (Bibeau et al. 2016, 2020). Deste modo, a autocompaixão está associada à resiliência e bem-estar pessoal e profissional dos profissionais, bem como dos seus clientes, auxiliando-os na forma como estes lidam e gerem as suas dificuldades e desafios da sua prática clínica (Voon et al., 2022).

No que diz respeito à associação entre a autocompaixão e a qualidade do sono, estudos demonstram que comportamentos direcionados para o desenvolvimento da autocompaixão provocam maiores níveis de qualidade subjetiva do sono, provando que existe uma associação significativa entre a qualidade do sono e a autocompaixão, possuindo um papel protetor em reduzir os efeitos e consequências negativas do stress na qualidade do sono (Butz & Stahlberg, 2018; Kemper et al., 2015). Simultaneamente, níveis menores de quantidade de sono ou interferências no mesmo podem diminuir os níveis de autocuidado (Redeker, 2008; Riegel & Weaver, 2009). Assim, os psicólogos providenciam ao cliente compaixão, atividades e comportamentos de autocuidado, mas negligenciam eles próprios a própria saúde física mental, a sua autocompaixão e autocuidado, afetando a sua eficácia enquanto terapeutas (Bradley et al., 2013; Patsiopoulos & Buchanan, 2011). Beaumont et al. (2016) afirma que o desenvolvimento da autocompaixão é uma forma de autocuidado, e por essa razão, aumento dos comportamentos e níveis de autocuidado provoca o aumento dos níveis de autocompaixão (Boellinghaus et al., 2013; Mills et al., 2018; Neff, 2009). A autocompaixão é ainda considerada um fator preditor relativamente ao autocuidado profissional e pessoal, estando associados de forma positiva (Mills et al., 2018). Diversos estudos e investigações demonstram que a prática do autocuidado e de atividades relacionados diminui a fadiga por compaixão e que o aumento dos níveis de autocompaixão influencia a redução da fadiga por compaixão (Coleman et al., 2016; Negash & Sahin, 2011).

É impossível negar as consequências e o impacto que o desenvolvimento da ainda presente pandemia Covid-19, os diversos confinamentos e quarentenas provocaram a nível psicológico, emocional, social e profissional dos indivíduos e das diversas instituições mundiais.

A nível da qualidade do sono durante a pandemia Covid-19, investigações relatam que os processos de sono, a quantidade e qualidade do mesmo sofreram alterações, inclusive que a qualidade do mesmo diminuiu para níveis mais baixos comparativamente à pré-pandemia (Moreno et al., 2022), revelando que maior parte dos indivíduos demonstrou o desenvolvimento de insónias iniciais e intermedias, influenciando a sua satisfação com o mesmo (Banthiya et al., 2021; Moreno et al., 2022). Durante este período, os indivíduos apresentaram diminuição do horário de sono e qualidade do mesmo, aumento da frequência de sesta e da quantidade de sono, afirmando que estes novos horários contribuem para o atraso do horário do sono e da pressão do mesmo e para o aumento da sua latência, provocando consequências a nível do sistema homeostático e circadiano (Gupta et al., 2020a; Partinen et al., 2021).

Relativamente ao autocuidado durante este período, investigações afirmam que cuidados de higiene relacionadas com a Covid-19 como o distanciamento social, a higienização das mãos e a utilização de máscara são considerados comportamentos de autocuidado (Ayosanmi et al., 2022). Apesar das restrições implementadas no início da pandemia e devido ao confinamento e isolamento, alguns estudos relatam que as estratégias e comportamentos de autocuidado aumentaram, pois, os indivíduos tentaram encontrar e implementar métodos alternativos de autocuidado nomeadamente profissionais de saúde e de saúde mental (Fiske et al., 2021, Gupta et al., 2020b; Leese et al., 2021; Lewis et al., 2021). Neste aspeto, o autocuidado tem sido associado ao medo de contrair este vírus, à autocompaixão e à resiliência (Garcia et al., 2022; Mohammadpour et al., 2020).

Comparativamente, a autocompaixão durante a pandemia pode ser caracterizada pela sua associação significativa com a intolerância pela incerteza, com o bem-estar dos indivíduos e com o medo da Covid-19 (Deniz, 2021). A autocompaixão é ainda considerada um fator de proteção contra a angústia e sofrimento psicológico e emocional e exaustão, provocado pela pandemia, fornecendo benefícios no funcionamento geral do indivíduo atuando contra os efeitos da pandemia no indivíduo (Gutiérrez-Hernández et al., 2021; Hatun & Kurtça, 2022; Jansen et al., 2021; Li et al., 2021; Liang et al., 2022).

Simultaneamente, devido aos efeitos da pandemia, os psicólogos e terapeutas clínicos desenvolveram sintomas relacionados com o stress, depressão, ansiedade e abuso de substâncias, adaptando-se à procura de atendimentos online de maneira que o acompanhamento psicológico continuasse a acontecer. Estes profissionais são também confrontados com desafios e dificuldades e necessitam de suporte e apoio (Caurin et al., 2021).

Com o desenvolvimento e agravamento da pandemia, foram providenciados aos clientes medidas online como alternativa ao acompanhamento e intervenção presencial, realizando o seu acompanhamento de forma remota, de maneira a minimizar as consequências psicológicas e emocionais provenientes do começo da pandemia, adaptando-se ao horário e à rotina dos seus clientes (Caurin et al., 2021; Moraes et al., 2020). Devido às consequências na saúde mental e ao desenvolvimento de problemas como a ansiedade e depressão, houve um aumento da procura das consultas de psicologia e psicoterapia e um aumento da carga de trabalho, principalmente depois do primeiro confinamento e isolamento (Moraes et. al, 2021). As diversas instituições, associações e órgãos de psicologia tanto portugueses como internacionais publicaram diversas diretrizes e guias orientadoras que auxiliaram estes profissionais na sua prática clínica online e na transição para este tipo de forma de intervenção (OPP, 2020), ainda que alguns destes profissionais se tenham sentido reticentes e apreensivos relativamente à eficácia e diminuição da relação terapêutica entre os profissionais e os clientes (Békes et al., 2021; Hantsoo et al., 2017; Humer et al., 2020; Poletti et al., 2020; Stefan et al., 2021).

De forma a analisar as variáveis e conceitos mencionados anteriormente, procedeu-se à utilização de instrumentos psicológicos que avaliam cada uma destas variáveis e são utilizados para caraterizar a relação entre as variáveis em estudo, nomeadamente, o questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), a Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP) e por fim, a Escala de Autocompaixão na sua versão reduzida (SELFCS-SV). A presente investigação divide-se em cinco partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, na qual são abordados as variáveis e conceitos em estudo. A segunda parte engloba a metodologia da investigação, incluindo o seu delineamento, objetivos, hipóteses de estudo, as características da amostra recolhida, bem como os instrumentos utilizados e os procedimentos desenvolvidos. De seguida, a terceira parte diz respeito à caraterização dos resultados do estudo. A quarta parte elabora a discussão e análise desses mesmos resultados, procedendo, na ultima parte, para a conclusão da investigação e limites do mesmo.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1- Qualidade do Sono

1.1 Sono

O sono é considerado um processo e uma necessidade fisiológica e biológica importante, crucial no desenvolvimento e vida dos indivíduos, sendo considerado um indicador de saúde. As perturbações de sono, a falta de qualidade e quantidade do mesmo comprovou-se relacionada com o desenvolvimento de diversas perturbações psicológicas, emocionais e físicas (Deliens et al., 2014; Gomes et al., 2010; Hertenstein et al., 2019; Leitão & Antunes, 2019; Morin & Benca, 2012). Algumas destas consequências incluem aumento da atividade do sistema nervoso simpático, respostas inflamatórias, dores somáticas, consequências no ritmo circadiano, perturbações de humor e angústia emocional, assim como défices cognitivos, hipertensão, doenças cardiovasculares e imunológicas, problemas de peso, de memória e de desempenho (Cardoso et al., 2009; Deliens et al., 2014; Medic et al., 2017).

O sono engloba, no seu processo, alterações fisiológicas, cerebrais e comportamentais, sendo considerado um mecanismo crucial para a manutenção, regeneração, recuperação e desenvolvimento da saúde e organismo dos indivíduos, proveniente da atividade elétrica que acontece durante o ciclo de sono (Cardoso et al., 2009; Fernandes, 2006; Paiva, 2015; Paiva & Penzel, 2011; Song et al., 2020).

O sono é caracterizado por um estado de repouso e descanso, redução e alteração do estado de consciência, bem como a diminuição da atividade motora, mental e cognitiva, sendo caracterizado por diversos processos comportamentais e fisiológicos, originando assim o ciclo do sono e processos e fases envolvidos (Broadbent, 2018; Paiva & Penzel, 2011). Este é considerado um mecanismo neurofisiológico dinâmico, eficiente e ativo (Murawski et al., 2018).

Durante, apesar de o indivíduo não estar num período de vigília, o cérebro continua ativo, em atividade e funcionamento cerebral, sem qualquer estímulo e influência externa, focando-se apenas naquele ciclo e nos processos inerentes (Paiva, 2015; Van Den Berg et al., 2019). Num estudo realizado na população portuguesa, cerca de 52% dos indivíduos inquiridos revelaram possuir alguma perturbação que interfere na sua ausência e dificuldade em dormir (Rodrigues et al., 2014). Por esta razão e por o sono ser um dos componentes diários mais importantes e essenciais, é necessário atuar na sua prevenção (Paiva & Pinto, 2010).

1.1.1 Estrutura e regulação do sono

O ciclo do sono tem como função atuar no desenvolvimento físico e cerebral, no processamento e consolidação de memórias, na aprendizagem, na eliminação do cansaço físico e psicológico, no desempenho cognitivo, na regulação do sistema imunitário, sistema nervoso central e periférico, assim como na regulação do bem-estar geral físico e psicológico (Broadbent, 2018; Deliens et al., 2014; Paiva, 2015; Paiva & Penzel, 2011; Song et al., 2020).

Durante este ciclo, ocorrem diversas alterações biológicas, fisiológicas e comportamentais (Paiva & Penzel, 2011). De acordo com a literatura recente, o ciclo do sono é determinado e estimulado por diversas áreas do cérebro que em coordenação originam este processo. O sono é definido não como uma estrutura fixa, mas sim como um produto da colaboração entre diversas estruturas e sistemas do Sistema Nervoso Central (SNC) e do tronco cerebral, existindo a probabilidade de este ciclo e as suas características se alterarem à medida que os sistemas fisiológicos e psicológicos relacionados se alteram (Patel et al., 2022).

O sono é determinado e regulado por dois sistemas distintos, mas sobrepostos, sendo estes, o sistema homeostático e o sistema circadiano, produzidos pelo relógio biológico (Masri & Sassone-Corsi, 2013; Paiva, 2015). Este ciclo contribui para a homeostasia do organismo do indivíduo (Masri & Sassone-Corsi, 2013; Paiva, 2015).

O sistema homeostático tem como função equilibrar biologicamente o processo de vigília e o processo de sono, através da concentração no sistema nervosa central de substâncias importantes para o desenvolvimento deste ciclo (McCarley & Sinton, 2008; Paiva, 2015; Patel et al., 2022; Schwartz & Klerman, 2019). Este sistema considera a quantidade anterior de vigília e a quantidade de sono durante os dias anteriores, encontrando um equilíbrio entre a quantidade de sono após um longo período de vigília e a quantidade de vigília após um longo período de sono (Acuña-Castroviejo, 2018). O sistema homeostático produz neurotransmissores como a noradrenalina e a serotonina, que respetivamente, ajudam no despertar e auxiliam no controlo do sono. Também os núcleos da Rafe, que estão inseridos no tronco cerebral ajudam no controlo e na regulação do ciclo sono-vigília (Borbély et al., 2016; Konadhode, Pelluru, & Shiromani, 2015; Schwartz & Klerman, 2019).

Por outro lado, o sistema circadiano organiza o ciclo de sono-vigília, sendo também conhecido como relógio biológico. Este sistema rege-se por um período de 24 horas e concilia os ritmos corporais fisiológicos e biológicos do corpo humano, como acontece com temperatura corporal, e ainda com fatores externos como a luz e a escuridão, adaptando-se e ajustando-se dependendo destes fatores (Acuña-Castroviejo, 2018; Leitão & Antunes, 2019; McCarley & Sinton, 2008; Sollars & Pickard, 2015). O sistema circadiano influencia as respostas e comportamentos do organismo de acordo com estas variações e fatores externos. Este processo dá-se devido a um conjunto de células despoletadas e que reagem à luz e escuridão inseridas no hipotálamo que formam o núcleo supraquiasmático (NSC) (Masri & Sassone-Corsi, 2013; Paiva & Penzel, 2011; Rosenwasser & Turek, 2015; Sollars & Pickard, 2015).

Uma das áreas que intervém no sono é o tálamo, visto que este impede que a informação sensorial proveniente dos sentidos como olfato, auditivo, tato e visão, de alcançar o córtex cerebral, resultando num sono não perturbado pois não existe o processamento consciente da informação sensorial (Patel et al., 2022; Tubbs et al., 2019). Outra das áreas envolvidos é o hipotálamo. Esta região contém diversas estruturas que ajudam no processo e ciclo do sono, nomeadamente, ao conter o núcleo supraquiasmático que por sua vez influencia o ritmo circadiano (Cardoso et al., 2009; Masri & Sassone-Corsi, 2013; Patel et al., 2022). O hipotálamo regula o sistema nervoso autónomo que está relacionado com atividades envolvidas no sono, como por exemplo, ritmo cardíaco, temperatura corporal, respiração e pressão sanguínea. Por fim, esta região auxilia no aumento dos moduladores cerebrais e estimuladores deste processo como a serotonina, histamina, orexina, dopamina e norepinefrina contidas no tronco cerebral que influenciam a sonolência diurna e a vigília diurna (Patel et al., 2022; Tubbs et al., 2019).

Por outro lado, a melatonina é produzida na glândula pineal. Esta produção aumenta à medida que o dia vai escurecendo, ajudando a orientar o ritmo circadiano, a regular o ciclo sono-vigília e aumentando a qualidade do sono (Ackermann & Rasch, 2014; Paiva & Penzel, 2011; Patel et al., 2022). Esta hormona atua na indução e ativação do sono através da diminuição da intensidade da luminosidade e do ruído. A dopamina produzida também pelo hipotálamo auxilia no estado de vigília do indivíduo (Gomes et al., 2010). A noradrenalina é um dos transmissores que atua durante o sono, nomeadamente diminuindo a atividade dos neurónios (Acuña-Castroviejo, 2018; Konadhode, Pelluru, & Shiromani, 2015; Tubbs et al., 2019).

Em conclusão, o sistema homeostático é considerado dependente do sono e o sistema circadiano é independente do mesmo, sendo que, ao interagirem e cooperarem em conjunto, originam o ciclo do sono (Sousouri & Huber, 2019). Durante o dia, a necessidade de sono é praticamente nula e existe assim um equilíbrio entre o ciclo de vigília e de sono, estando o indivíduo num período de vigília. Apesar de no início do dia, a necessidade de sono ser inexistente, à medida que o dia vai avançando, esta necessidade vai aumentando (Sousouri & Huber, 2019).

O ciclo do sono-vigília ocorre devido à ação de diversos neurotransmissores segregados pelo sistema homeostático e devido à ação do sistema circadiano, que é regulado pelo núcleo supraquiasmático inserido no hipotálamo, controlando assim a luminosidade recebida no cérebro (Cardoso et al., 2009; Tubbs et al., 2019). À medida que escurece, o sistema circadiano, nomeadamente a glândula pineal, segrega melatonina que ajuda na indução e promoção início do ciclo de sono (Ackermann & Rasch, 2014; Gomes et al., 2010).

Além do sono ser influenciado por condições fisiológicas e biológicas, como os dois sistemas mencionados anteriormente, é ainda influenciado por condições ambientais, como por exemplo, o ambiente familiar, a higiene de sono e as rotinas e horários diários de sono (Tubbs et al., 2019). É importante salientar que cada indivíduo possui o seu próprio ritmo circadiano e as suas próprias preferências e necessidades de horário variando de indivíduo para indivíduo e podendo estes horários e necessidades modificarem-se dependendo de certas circunstâncias e ao longo da vida (Tubbs et al., 2019; Paiva, 2015).

1.1.2 Ciclo sono-vigília

O sono é considerado um tipo de ritmo circadiano, que engloba alternadamente períodos de repouso e atividade fisiológica e cerebral intensa. Neste ciclo, o período de vigília ocorre durante o dia e o período do ciclo do sono ocorre durante a noite (Borbély et al., 2016).

O mecanismo do sono é constituído três fases e dois tipos de sono, sendo estas a vigília, o sono NREM (*Non Rápido Eye Movement*) que é constituído por três fases e o sono REM (*Rápido Eye Movement*) (Broadbent, 2018; Fernandes, 2006). Estas etapas acontecem de forma alternada a cada ciclo de 90 a 120 minutos, podendo existir por noite quatro a cinco ciclos (Broadbent, 2018). O ciclo do sono inicia-se com o sono NREM, passando de seguida para o sono REM, alternando entre ambas as fases ao longo da noite (Fernandes, 2006; Sousouri & Huber, 2019).

Para o ciclo do sono ocorrer, é necessário que o período de vigília diminua gradualmente. A vigília é caracterizada por um estado consciente, de grande ativação cerebral, comportamental, psicológica e emocional. Envolve, assim, todas as atividades do cotidiano em que o indivíduo está inserido, bem como todos os seus comportamentos, pensamentos e emoções. Estas originam atividade cerebral e elétrica de alta frequência (Tubbs et al., 2019). A vigília envolve ainda os processos básicos inerentes a todos os seres humanos, como a respiração, o ritmo cardíaco, a temperatura corporal e pressão arterial, bem como todos os movimentos cerebrais envolvidos (Tubbs et al., 2019). Quando o processo de sono se inicia, este período de vigília acaba por diminuir gradualmente. Durante este ciclo, pode ocorrer períodos de vigília momentâneos e aleatórios, levando o indivíduo a despertar brevemente (Paiva & Penzel, 2011).

De seguida, o sono NREM ou sono lento é descrito pelo movimento não rápido dos olhos e conseqüentemente caracterizado pela redução dos movimentos físicos e tónus muscular e do ritmo cardíaco (Joiner, 2018), ocorrendo a reparação do organismo e de energia. Durante esta fase, a atividade elétrica e cerebral e a sua frequência diminuem progressivamente (Fernandes, 2006; Tubbs et al., 2019). Esta etapa do sono é caracterizada por possuir ondas lentas e de maior amplitude. O sono NREM provoca a diminuição de neurotransmissores essenciais para a realização do período de vigília e diminuição da consciência em relação ao ambiente, bem como uma diminuição da temperatura corporal, frequência cardíaca, respiratória e sanguínea (Tubbs et al., 2019). É nesta etapa do sono que acontece a recuperação e regeneração física de células, dos órgãos, das hormonas e diminuição do cansaço e da fadiga. Nesta fase, pode ocorrer a existência de sonhos lógicos, sendo estes esquecidos facilmente (Paiva & Penzel, 2011).

Por outro lado, o sono REM ou sono paradoxal, é descrito pelo movimento rápido dos olhos e conseqüentemente caracterizado pela aceleração da atividade cerebral, do ritmo cardíaco, da tensão arterial, com respiração irregular e rápida e atonia muscular, bem como a ocorrência de sonhos (Fernandes, 2006; Joiner, 2018). Durante esta fase, é difícil acordar o indivíduo e as ondas e atividade cerebral são idênticas às existentes durante a fase de vigília. É nesta etapa que acontece a recuperação e regeneração psicológica e emocional, bem como a consolidação da memória (Zhang et al., 2017). Durante esta fase, ocorre um aumento da frequência respiratória e cardíaca, da temperatura corporal e da pressão arterial, ocorrendo a existência de sonhos mais pormenorizados e com conteúdo maioritariamente emocional (Paiva, 2015; Paiva & Penzel, 2011). Este tipo de é o que permanece menos tempo durante o ciclo de sono.

A fase do sono NREM possui três etapas distintas. A primeira etapa do sono, a etapa NREM1, que dura cerca de 5 minutos, é caracterizada pela existência de uma transição entre o processo de vigília e o processo inicial de sono, existindo ainda movimentos físicos, tônus muscular, respiração regular, sendo denominada de “sono leve” (McCarley, 2007; Paiva & Penzel, 2011). Durante esta etapa, o indivíduo acorda sem dificuldade, existindo a presença de movimentos oculares lentos (Leitão & Antunes, 2019; Paiva & Penzel, 2011; Tubbs et al., 2019).

A segunda etapa, denominada de NREM2, que dura cerca de 10/30 minutos e ainda denominada de “sono leve”, é caracterizada pela diminuição das ondas cerebrais e da frequência cardíaca e respiratória, deixando de existir movimentos oculares (Broadbent, 2018; McCarley, 2007; Paiva & Penzel, 2011; Tubbs et al., 2019).

No entanto, a terceira etapa, NREM3, denominada por sua vez, de “sono profundo” ou sono de ondas lentas, é descrita pela dificuldade em acordar o indivíduo, pois, a atividade e as ondas cerebrais lentificam-se e não existem movimentos físicos ou oculares (Broadbent, 2018; McCarley, 2007; Tubbs et al., 2019). Nesta etapa, existe a possibilidade de os indivíduos desenvolverem sonambulismo e parassónias e se acordarem podem desenvolver desorientação e alterações de humor. É a etapa em que existe o sono mais profundo. Durante esta fase atua a função reparadora e restauradora do sono (Broadbent, 2018; Tubbs et al., 2019). As frequências cardíacas e respiratórias diminuem, bem como a temperatura corporal. Esta etapa pode ter a duração de 60 minutos (Paiva & Penzel, 2011).

A última fase do ciclo do sono é denominada de sono REM ou sono paradoxal. Esta etapa específica é caracterizada pela existência de movimentos oculares rápidos, bem como do aumento da temperatura corporal, do ritmo cardíaco, da atividade cerebral, bem como uma passagem para uma respiração irregular (Leitão & Antunes, 2019; Zielinski et al., 2016). Nesta fase ocorrem os sonhos e os pesadelos, sendo que se um indivíduo acordar durante esta etapa, existe uma grande probabilidade de se lembrar dos seus sonhos (Broadbent, 2018). Assim, os neurotransmissores cerebrais diminuem de frequência e intensidade, existindo alta frequência de ondas cerebrais. Esta etapa dura cerca de vinte por cento do sono e acontece diversas vezes (Tubbs et al., 2019).

Durante o ciclo do sono, as diversas etapas vão alternando à medida que a noite avança, alternando entre si e de forma espontânea, começando na primeira etapa do sono leve ou NREM e finalizando na fase de sono profundo ou REM, repetindo-se cerca de seis a sete vezes por noite, podendo não existir uma ordem específica e fixa (Leitão & Antunes, 2019). Assim, o ciclo do sono

não é um processo linear, não seguindo uma rotina específica, pois pode saltar determinadas fases ou regredir para outras (Paiva, 2015).

Em termos de sonhos, os sonhos originados durante esta fase são caracterizados por possuírem conteúdo visual, emocional e sensorial. Os sonhos auxiliam na consolidação da memória e no processamento de emoções traumáticas e dolorosas, influenciando a regulação emocional durante o processo de vigília (Tubbs et al., 2019). Atualmente, a atividade elétrica e ondas cerebrais que são desencadeadas durante o processo de sono podem ser medidas através de um eletroencefalograma (EEG). Por sua vez, o movimento ocular é medido através de um eletroculograma (EOG) e o tônus muscular é medido através de um eletromiograma (Paiva & Penzel, 2011). A postura utilizada por cada indivíduo também influencia o começo do processo de sono, pois este escolhe a postura mais confortável para o começo do mesmo (Paiva, 2015)

1.2 Qualidade e Quantidade do sono

O sono é composto por duas dimensões, sendo elas a qualidade e a quantidade do mesmo. A quantidade do sono é um indicador objetivo e diz respeito ao número de horas de sono por noite e a qualidade de sono, sendo um indicador subjetivo, diz respeito à experiência e satisfação subjetiva de cada indivíduo em relação ao próprio sono e o que cada indivíduo experienciou no seu ciclo (Campsen & Buboltz, 2017; Kline, 2013; Litwic-Kaminska & Kotyško, 2017). A qualidade de sono engloba quatro componentes, sendo estas a eficiência, latência, duração e o despertar do ciclo de sono (Nelson et al., 2022).

Uma pobre qualidade de sono provoca envelhecimento precoce e maior probabilidade de desenvolver perturbações do sono como insônias e sonolência diurna, assim como, fadiga, irritabilidade aumento da ingestão de cafeína e lentificação de respostas verbais e reflexivas, maior probabilidade de estar envolvido em acidentes de trabalho ou fora do mesmo, assim como uma maior propensão para consequências a nível psicológico, cardiovascular e imunológico (Nelson et al., 2022). Os baixos níveis de qualidade do sono podem provocar consequências físicas e psicológicas como por exemplo, ansiedade, depressão, diminuição da motivação, concentração e produtividade, aumento do cansaço e exaustão, dificuldades na concentração, e perda de apetite (Hertenstein et al., 2019; Morin & Benca, 2012).

Uma boa qualidade de sono provoca impactos positivos a nível físico, psicológico, cognitivo e emocional, como por exemplo, regeneração da regulação hormonal, renovação sináptica e descanso, aumento do funcionamento do organismo, diminuição da fadiga, aumento dos níveis de energia e ajudar no bem-estar físico, psicológico e emocional (Nelson et al., 2021). Existem números fatores que influenciam uma boa qualidade de sono, sejam estes fatores e características individuais como o ritmo circadiano, genética, idade e índice de massa corporal, ou fatores psicológicos, sociais ou laborais como a sintomatologia ansiosa e depressiva e condições/doenças médicas crónicas ou ainda fatores ambientais como a temperatura do local, a luminosidade do mesmo ou a utilização de aparelhos eletrónicos (Nelson et al., 2021).

De acordo com Paiva (2015), a idade dos indivíduos influencia a quantidade e qualidade do sono, visto que à medida que a idade avança, os indivíduos têm tendência para dormir menos horas, fazendo com que o número de horas variasse de indivíduo para indivíduo, dependendo das suas características e genética individual. É necessário que um adulto durma entre 7 e 8 horas (Paiva, 2015). No sexo feminino existe uma maior incidência de possuir insónias, afetando a sua qualidade de vida (American Psychology Association [APA], 2014). Contrariamente, o sexo feminino experiência uma melhor qualidade de sono, maior duração de sono, diminuição da latência e maior eficácia de sono em comparação com o sexo masculino (Krishnan & Collop, 2006; Zhang & Wing, 2006).

1.3 Fatores de risco

Os fatores de risco associados a uma má qualidade de sono e problemas do mesmo incluem fatores biológicos, sociais, genéticos e psicológicos. Alguns fatores incluídos trabalhar por trabalhos em turnos, barulho e luminosidade excessiva ou até frequentar o ensino superior, assim como fatores psicológicos importantes incluem ansiedade, depressão, preocupação excessiva, responsabilidades parentais e familiares como cuidar de uma criança ou familiar doente (Deliens et al., 2014; Roehrs & Roth, 2019).

Outra causa inclui comportamentos de abuso de cafeína, tabaco, álcool e drogas. Ingerir cafeína antes de dormir pode reduzir a quantidade de sono e prolongar a sua latência. O consumo de álcool, por sua vez, diminui a latência do sono, atuando como um sedativo e perturbando a qualidade de sono. Sendo a nicotina uma substância estimuladora, possui a capacidade para

prolongar a latência do sono, apresentando dificuldades na qualidade do mesmo (Roehrs & Roth, 2008). As perturbações de sono também afetam a qualidade e quantidade de sono adquirido, nomeadamente, insónias, a apneia obstrutiva do sono, a síndrome de pernas inquietas, a narcolepsia e as perturbações do ritmo circadiano (Medic et al., 2017).

Além das componentes ambientais, sociais, laborais e psicológicas mencionadas anteriormente e que influenciam o sono, também o sexo é considerado um desses componentes, visto que sexos diferentes podem apresentar perturbações e sintomas diferentes. As características individuais como a idade, o sexo, ambientais e sociais de cada indivíduo contribuem para a manutenção e até perturbações do ciclo do sono (Acuña-Castroviejo, 2019; Roehrs & Roth, 2019). Algumas investigações também afirmam que a idade dos indivíduos é um fator de risco dos problemas de sono, sendo que à medida que a idade aumenta, a probabilidade de desenvolver problemas de sono também aumenta (Leger et al., 2000). Estes padrões do ciclo de sono que é influenciado seja por questões biológicas, ambientais, genéticas ou psicológicas (Paiva, 2015).

Outro fator importante inclui-se a faixa etária dos indivíduos, pois à medida que se vai aumentando de idade, existe uma maior probabilidade de existirem fatores que perturbem o sono e devido ao declínio do sono REM (Acuña-Castroviejo, 2019; Roehrs & Roth, 2019). A utilização de instrumentos eletrónicos antes de adormecer provoca atrasos no ritmo circadiano, diminuição da melatonina que ajuda na indução do sono, devido à luz que estes demonstram, bem como atrasar o início do sono REM e conseqüentemente diminuir o estado de alerta de manhã e aumentar este estado à noite (Ackermann & Rasch, 2014).

1.4 Perturbações do sono

As perturbações do sono dão-se na sua maior parte devido a um desequilíbrio entre fatores externos e fatores do ritmo circadiano e dizem respeito a mudanças e modificações no ciclo e processo de sono. Por isso, é necessário e importante que o indivíduo obtenha uma rotina e um horário de sono adequado e equilibrado (Murray & Thimgan, 2016).

Estas perturbações podem ser divididas em cerca de oito categorias, sendo estas as insónias, as hipersónias, as perturbações respiratórias do sono, as perturbações do ritmo circadiano, as perturbações do movimento e as parassónias (American Academy of Sleep Medicine [AASM], 2014; Thorpy, 2012). Estas apresentam outras perturbações psicológicas, comportamentais e

emocionais como comorbilidade, como é o caso da ansiedade e depressão. As perturbações mencionadas posteriormente são consideradas as mais frequentes.

1.4.1 Insónias

Esta perturbação do sono é considerada das perturbações mais frequentes nos adultos e é definida como a dificuldade ou permanência do indivíduo em adormecer, isto é, em iniciar o processo de sono e diversos despertares noturnos durante a noite apesar das circunstâncias adequadas para iniciar o ciclo de sono (Almeida et al., 2019; Leitão & Antunes, 2019).

Esta perturbação está associada ao aumento dos intervalos de vigília, à diminuição da quantidade e quantidade de sono, ao atraso e aumento do tempo de latência do sono, sendo a frequência média até cerca de 30 minutos para tal acontecer (AASM, 2014; APA, 2014; Leitão & Antunes, 2019; Ribeiro et al., 2014; Thorpy, 2012; World Health Organization [WHO], 2019).

Nestes indivíduos pode existir despertares noturnos, cansaço, fadiga, irritabilidade e sonolência diurna (Ribeiro et al., 2014; WHO, 2019). Esta perturbação pode ser considerada crónica, se durar há mais de três meses, podendo existir episódios que duram diversas semanas ao longo de vários anos, ou de curta duração, se durar há menos de três meses (Leitão & Antunes, 2019; WHO, 2019). As insónias estão, frequentemente, relacionadas com determinadas perturbações psicológicas, principalmente, ansiedade e depressão e são passíveis de acontecer em todas as faixas etárias (APA, 2014; Leitão & Antunes, 2019; Ribeiro et al., 2014). As insónias em indivíduos que não possuem perturbações psicológicas possuem um maior risco e probabilidade de desenvolver, mais tarde, depressão (APA, 2014).

1.4.2 Hipersónias ou Hipersonolência

As hipersónias estão diretamente relacionadas com a sonolência diurna excessiva, com a dificuldade na vigília diurna, podendo acontecer momentos de adormecimento repentino, inconsciente e não planeado durante o período de vigília (AASM, 2014; APA, 2014; Thorpy, 2012). Isto significa que quando a sonolência diurna ocorre excessivamente, o indivíduo desenvolve hipersónia (Kirac et al., 2020). Os sintomas desta perturbação incluem irritabilidade, diminuição da atenção e concentração, distração recorrente, fadiga e falta de motivação (Kirac et al., 2020; Thorpy, 2012). Neste tipo de perturbação inclui-se outras relacionadas, como é o caso

da narcolepsia, hipersônia idiopática, síndrome de Kleine-Levin, hipersônia devido a uma condição médica, medicamento ou perturbação mental e privação de sono (APA, 2014).

1.4.2.1 Narcolepsia

Esta perturbação do sono, considerada uma doença crônica, caracteriza-se pelo cansaço extremo exibido durante o dia, apesar de os indivíduos terem um sono adequado na noite anterior. Este cansaço e fadiga excessiva tem como consequências um desejo incontrolável de dormir e consequentemente de adormecer durante algum tempo em qualquer lugar em que se encontrem e despertar repentinamente (APA, 2014). Para a sonolência ser considerada uma patologia é necessário que persistam durante cerca de 3 meses, durante três vezes por semana (APA, 2014).

A narcolepsia englobe duas categorias distintas, a categoria 1 e a categoria 2. A narcolepsia da categoria 1 provoca cataplexia, que consiste numa perda e paralisia momentânea dos músculos do corpo após o indivíduo experienciar emoções de forma intensa, como por exemplo, ansiedade, raiva e até alegria, bem como momentos de fraqueza muscular e sonolência diurna excessiva (Bonvalet et al., 2017; Karceski, 2018).

A cataplexia pode ter a duração de cerca de dois minutos e o seu começo inicia-se na cara percorrendo o corpo até aos joelhos. Estes episódios começam durante a vigília. Visto que é uma doença neurológica, as suas origens provêm da falta de um neurotransmissor denominado de orexina. Por outro lado, a narcolepsia de categoria 2 não provoca cataplexia, mas provoca sim uma sonolência diurna excessiva, interferência no sono REM e presença do neurotransmissor denominado de hipocretina (Bonvalet et al., 2017; Karceski, 2018).

1.4.2.2 Síndrome de Kleine-Levin

Esta síndrome caracteriza-se por episódios de sonolência excessiva associados a perturbações cognitivas, psicológicas ou comportamentais, durando em média cerca de 10 dias. Durante estes episódios, os indivíduos dormem cerca de 20 horas, acordando apenas para satisfazer as suas necessidades básicas, como comer (WHO, 2019). Quando os indivíduos acordam durante estes episódios, experienciam exaustão, confusão, apatia, fala lenta e arrastada, bem como hipersexualidade (WHO, 2019).

1.4.2.3 Privação do Sono

A privação do sono caracteriza-se pela suspensão de forma parcial ou total do processo de sono, em que o indivíduo não obteve a qualidade e quantidade de sono essencial e fundamental para não prejudicar a vida quotidiana e diária e para satisfazer as suas necessidades físicas e psicológicas (WHO, 2019). Este padrão ocorre durante vários dias, semanas ou meses, sendo que a quantidade de sono adequada diminui esta privação (WHO, 2019).

A privação do sono provoca consequências e alterações a nível cognitivo, psicológico, fisiológico, imunitário, cardiovascular e no processo e no ciclo de sono (Kalyani et al., 2017), como por exemplo, redução da eficácia e de desempenho, fadiga, aumento das mudanças de humor e sintomatologia depressiva, ansiosa, stress ou irritabilidade, redução do nível de atenção e do processamento de memória (Kalyani et al., 2017).

1.4.3 Perturbações respiratórias

As perturbações respiratórias do sono caracterizam-se por uma perturbação ou anomalia na respiração do indivíduo durante o processo de sono, englobando diversas perturbações, nomeadamente, a apneia central do sono, a apneia obstrutiva do sono e hipoventilação (WHO, 2019). A apneia obstrutiva do sono é das perturbações mais frequentes.

1.4.3.1 Apneia obstrutiva do sono

Esta perturbação acontece devido ao colapso, bloqueamento e descontrolo das vias aéreas, podendo causar interrupções e dificuldades de forma total ou parcialmente na respiração do indivíduo durante o ciclo do sono (AASM, 2014; Thorpy, 2012; WHO, 2019). Esta interrupção ou bloqueamento das vias aéreas ocorre diversas vezes durante a noite e durante alguns segundos (Carleton & Barling, 2020). Isto significa que os níveis de oxigénio diminuem e quando o cérebro reconhece a falta de oxigénio, provoca interferências no sono, acordando ligeiramente o indivíduo devolvendo-lhe a respiração normalizada (APA, 2014; Campos et al., 2017; Carleton & Barling, 2020; WHO, 2019). Pode provocar sonolência diurna, fadiga, insónias e baixa qualidade de sono (WHO, 2019). Um dos sintomas mais comuns inclui o ressonar excessivo, a fadiga extrema, a sonolência diurna, privação de sono, diminuição do desempenho e produtividade (APA, 2014; Carleton & Barling, 2020; WHO, 2019).

1.4.4 Perturbações do ritmo circadiano

Este tipo de perturbação é caracterizada por diversas interrupções do sono, ao longo do tempo, como consequência de inconsistência e desequilíbrio no sistema circadiano, quer seja por fatores internos, quer seja por fatores externos devido a circunstâncias ambientais ou profissionais que provocam atrasos no início do ciclo do sono (APA, 2014; Thorpy, 2012; WHO, 2019). Esta perturbação inclui diversas síndromes, nomeadamente, síndrome do atraso das fases do sono, síndrome avançado das fases do sono, síndrome irregular do ritmo sono-vigília, síndrome de 24 horas do ritmo sono-vigília, perturbação do ritmo circadiano por tipo trabalho por turnos e por tipo *jet-lag* (WHO, 2019).

1.4.4.1 Síndrome do atraso das fases do sono

Uma das formas mais frequentes deste tipo de perturbação é a síndrome do atraso das fases do sono. Este tipo de perturbação caracteriza-se por um atraso e desorganização nos padrões do ciclo do sono ocorrido de forma persistente, em comparação com os padrões médios (Thorpy, 2012). Esta síndrome é definida como um retardamento da etapa principal do sono em comparação à etapa em que é suposto acontecer, resultando em horas de atraso relativamente às horas e padrões médios. O objetivo do tratamento para esta perturbação é organizar o ritmo circadiano e alinhá-lo com os momentos propícios das fases e do ciclo do sono, utilizando para este efeito estratégias de uma higiene do sono saudável e monitorização do ciclo de vigília-sono (APA, 2014).

1.4.5 Perturbações do movimento

As perturbações do movimento associadas ao sono acontecem frequentemente ao início ou durante o processo de sono e são definidas por movimentos físicos inconscientes e não planeados que perturbam o começo do sono e a sua duração. Esta perturbação inclui a síndrome das pernas inquietas, a perturbação de movimento periódico dos membros, síndrome de caibras nas pernas, bruxismo, perturbação de movimento rítmico e perturbações do movimento relacionadas com condições médicas ou medicamento (APA, 2014; WHO, 2019). As perturbações seguintes são as mais conhecidas frequentemente.

1.4.5.1 Síndrome das pernas inquietas

Esta síndrome consiste num impulso irresistível para mover as pernas durante a noite, causada por uma sensação de dor, comichão ou latejar, surgindo frequentemente no começo da noite, experienciando o agravamento dos sintomas em descanso. Estes não desaparecem com o relaxamento ou descanso nem com o imobilizar das pernas, podendo piorar os sintomas, sendo que o movimento fornece algum tipo de alívio e melhora os mesmos. Atualmente não existe cura para esta perturbação, mas acredita-se que exercício físico moderado e alongamentos possam melhorar os sintomas (APA, 2014; Chong et al., 2018; WHO, 2019). Esta síndrome afeta a qualidade e quantidade do sono, bem como áreas significativas da vida dos indivíduos, como a vida pessoal, profissional e social (WHO, 2019).

1.4.5.2 Bruxismo

Esta perturbação consiste em contrações rítmicas e repetitivas dos maxilares e dos seus músculos durante o ciclo de sono, podendo experienciar sons de ranger os dentes e consequências a nível dos mesmos (WHO, 2019).

1.4.6 Parassónias

Este tipo de perturbação caracteriza-se por movimentos, discursos, comportamentos, percepções e emoções irregulares e desadequadas que acontecem antes de adormecer, durante o ciclo do sono ou entre a transição entre o sono e a vigília (APA, 2014).

As parassónias estão associadas frequentemente aos despertares (totais ou parciais) ou com relacionadas com a transição entre cada etapa do ciclo do sono. Estas podem dividir-se em quatro conjuntos, nomeadamente relacionadas, com o sono REM, com o sono NREM, outras parassónias que inclui a enurese e outros indícios que inclui o soníloquo (Leitão & Antunes, 2019; WHO, 2019). Frequentemente, estas perturbações desaparecem com o desenvolvimento de melhores e hábitos de sono mais saudáveis (APA, 2014). Os pesadelos, o sonambulismo e os terrores noturnos inserem-se nestas categorias e são das parassónias mais frequentes (APA, 2014).

1.4.6.1 Terrores noturnos

Os terrores noturnos são uma perturbação de despertar que decorrem durante o sono REM, na qual o indivíduo experiêcia terror, pânico e acorda de forma inesperada e perturbada, incluindo

comportamentos como gritos, taquicardia, sudação e agitação motora, ocorrendo diversa vezes por semana ou diversas vezes por mês (WHO, 2019). O individuo não se recorda deste incidente depois de acordar (APA, 2014).

1.4.6.2 Sonambulismo

O sonambulismo é uma perturbação do comportamento e caracteriza-se pelo movimento e deambulação física do individuo durante o ciclo do sono, em que este sai da cama e se move em determinadas direções da sua residência ou do exterior da mesma. Frequentemente, esta perturbação provoca dificuldade em acordar, desorientação e amnesia parcial ou total das situações de sonambulismo, não possuindo consciência ou memória destes acontecimentos (APA, 2014; Cock, 2016; Kirac et al. 2020). Ocorre durante o sono NREM, podendo ocorrer algumas vezes por semana (Thorpy, 2012; WHO, 2019).

Nestas situações específicas, o individuo pode percorrer e deambular pelo seu quarto, demonstrar um olhar vazio e fixo, vagueando pela sua residência ou em casos extremos, percorrer e sair para o exterior da mesma ou voltando ao local original onde estava a dormir, correndo o risco, em certos casos mais graves, de conduzir a comportamentos impróprios, desadequados e perigosos (APA, 2014; Leitão & Antunes, 2019; Thorpy, 2012).

1.4.6.3 Pesadelos e Paralisia do sono

Os pesadelos são considerados perturbações de despertar e são sonhos considerados assustadores por cada individuo decorridos durante o sono REM, forçando o individuo a acordar de forma agitada, stressada e perturbada (WHO, 2019). O conteúdo destes pesadelos varia de acordo com o individuo, com as próprias experiências e com a idade. Frequentemente, os pesadelos são considerados sonhos assustadores, repetitivos e prolongados. O seu conteúdo, apesar de variar de individuo para individuo, consiste em tentar evitar e enfrentar determinadas situações perigosas e desconfortáveis parecendo situações reais, que provocam sentimentos e emoções perturbadoras de ansiedade, medo e frustração (APA, 2014; WHO, 2019). Este tipo de parassónia pode estar relacionado com determinadas doenças físicas e/ou psicológicas como uma perturbação de ansiedade ou stress psicológico (APA, 2014; Kirac et al., 2020).

A paralisia do sono diz respeito à paralisação completa do corpo no início do ciclo do sono ou no despertar do mesmo, e apesar de não durar muito tempo, pode provocar problemas de ansiedade relacionada com o sono e medo de dormir (WHO, 2019).

1.5 Perturbações psicológicas e consequências

As perturbações do sono provocam sintomas físicos e psicológicos, desde o aumento do risco de morte, obesidade, dificuldades cognitivas, perda de atenção bem como afetando o funcionamento diário e aumentando a probabilidade de desenvolver perturbações emocionais e psicológicas como a depressão, a ansiedade e abuso de substâncias (Hertenstein et al., 2019; Morin & Benca, 2012). As perturbações do sono estão permanentemente relacionadas com perturbações psicológicas e psiquiátricas e vice-versa, o que significa que perturbações e problemas na qualidade, quantidade e higiene do sono podem provocar problemas e perturbações psicológicas e, que por outro lado, essas mesmas perturbações psicológicas e psiquiátricas devido às suas características podem provocar perturbações e problemas no ciclo e processo do sono sendo que uma melhoria no ciclo do sono pode melhorar determinados problemas, como é o caso da ansiedade e da depressão (APA, 2014; Deliens et al., 2014; Paiva, 2015).

De acordo com a literatura, existe uma forte associação e relação entre as perturbações de sono e a sintomatologia depressiva e ansiosa, sendo que a qualidade e quantidade normativa de sono é afetada pelo desenvolvimento ou agravamento destas perturbações (APA, 2014; Deliens et al., 2014; Paiva, 2015). Também a qualidade de sono está associada ao bem-estar psicológico emocional, sendo que quanto pior for a qualidade de sono, pior será o bem-estar psicológico e emocional. O aumento da qualidade de sono bem como dos comportamentos de higiene de sono estão associados a um aumento da saúde mental e do bem-estar psicológico.

1.6 Qualidade do sono nos psicólogos

O sono e as suas funções são fundamentais para a recuperação emocional e física, sendo essencial para prevenir os efeitos negativos do stress na saúde e importante para o bem-estar psicológico e fisiológico (Schlarb et al., 2012). A qualidade e quantidade de sono está relacionado com circunstâncias e fatores externos (ambientais, sociais ou laborais), bem como com fatores internos como questões e perturbações psicológicas (Schlarb et al., 2012).

De acordo com diversas investigações, as perturbações de sono estão relacionadas com níveis elevados de stress no trabalho e fora do mesmo, com a sobrecarga de trabalho, com um ambiente profissional negativo, desequilíbrio entre o esforço proporcionado e as recompensas fornecidas, devido aos riscos e stressores profissionais, às perturbações psicológicas como o burnout, ansiedade, stress ocupacional ou fadiga por compaixão, provocando nos indivíduos dificuldades em adormecer e em manter o processo de sono, desenvolvendo insónias (Schlarb et al., 2012; Krudsen et al., 2007; Akerstedt et al., 2002).

É importante referir que uma boa qualidade e quantidade de sono é essencial para reduzir o stress ocupacional, visto que um investimento em comportamentos de higiene de sono e descanso fornecem aos profissionais uma maior resiliência e um maior sentimento de realização pessoal (Norcross & VanderBos, 2018). As perturbações de sono e problemas no mesmo, quer seja em quantidade quer seja em qualidade, é considerado um dos sintomas do stress ocupacional, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento das mesmas (APA, 2014), bem como de burnout, visto que uma das componentes desta perturbação refere-se à exaustão física, incluindo perturbações e problemas no ciclo do sono.

As perturbações de sono, nomeadamente, as insónias provocam o aumento da fadiga, cansaço e a diminuição da atenção, concentração e satisfação laboral. As estratégias de coping, o foco em emoções positivas e resolução de problemas são fatores que influenciam a qualidade do sono e aumento do bem-estar e são fatores resilientes contra as perturbações de sono (Scott & Judge, 2006; Diehl & Hay, 2010; Sadeh et al., 2004; Pavot & Diener, 2008).

O sono e a sua qualidade, bem como as perturbações associadas são importantes de ser debatidos, principalmente em profissionais de saúde e de saúde mental, pois a qualidade do mesmo pode provocar impactos e consequências não só a nível pessoal, como a nível da qualidade dos seus serviços (Lin et al, 2014; Patterson et al, 2012). O sono é afetado não só pelo stress e por problemas físicos e psicológicos, como pela estrutura e carga de trabalho desenvolvida por cada um (Lin et al, 2014; Patterson et al, 2012). Para os profissionais de saúde e de saúde mental, níveis elevados de qualidade do sono influenciam a sua eficácia e a qualidade do seu serviço.

O sono e a qualidade do mesmo são afetados nos profissionais de saúde e de saúde mental, como consequência de outro tipo de perturbações, como por exemplo, o stress, o burnout, a ansiedade e a depressão, visto que elevados níveis podem diminuir e prejudicar a qualidade e aumentar a probabilidade de desenvolver perturbações do sono (Lin et al., 2014).

Os psicoterapeutas possuem um papel crucial, fundamental e responsável pelos clientes, através das suas competências e ferramentas interpessoais e terapêuticas, principalmente, a empatia e a relação terapêutica. Para o processo de terapia, é necessário que o terapeuta possua consciência dos riscos da sua profissão, das suas emoções e necessidades (Lin et al., 2014; Norcross & VanderBos, 2018). De acordo com Norcross e VanderBos (2018), os psicólogos e psicoterapeutas focam-se frequentemente em fornecer hábitos de autocuidado adequados, mas que os próprios ignoram como é o caso da qualidade e quantidade de sono adequado, descanso adequado, nutrição, relações interpessoais e exercício físico suficiente.

O isolamento do consultório de clínica privada e a falta de movimento físico levam a que os psicólogos e terapeutas experienciem privação do meio exterior e conseqüentemente sonolência e desvaneios, perdendo o foco e a concentração na atuação da prática clínica (Norcross & Vandenberg, 2018; Rokach & Boulazreg, 2020). Os conteúdos das sessões podem também contribuir para esta sonolência e uma sensação de entorpecimento, afetando desta forma a atenção e empatia direcionada para os clientes (Rokach & Boulazreg, 2020). Outra situação que influencia os padrões de sono do profissional está relacionada com o *dropout* por parte do cliente e incapacidade de estabelecer a aliança terapêutica (Norcross & Vandenberg, 2018).

Além disto, o ambiente e características do trabalho laboral dos indivíduos contribui para a diminuição da qualidade de sono, nomeadamente, devido à carga e horário de trabalho, as normas e regras implementadas e a quantidade de stress no mesmo (Barnes & Watson, 2019). Em certos locais de trabalho, existem a pressão para cumprir determinados objetivos, bem como a criação de horários de trabalho ilegais com o único propósito de os cumprir. Maslach (1982) referiu que os terapeutas podem desenvolver fadiga física, esgotamento emocional e a incapacidade de se sentirem renovados depois de dormirem a quantidade de horas indicada e presentes na sua rotina.

Diversas investigações acerca dos problemas pessoais dos psicoterapeutas relatam que os mais recorrentes são irritabilidade, exaustão emocional, problemas no ciclo do sono, seja quantidade insuficiente ou qualidade insatisfatória, solidão e isolamento, ansiedade, depressão, conflitos relacionais, dúvidas acerca da quantidade de casos e da sua efetividade enquanto terapeutas (Mahoney, 1997). Numa investigação realizada em psicoterapeutas alemãs, foi descrito que cerca de 44% dos participantes relatavam problemas de sono, sendo o principal problema, as insónias. Esta investigação comprovou ainda que a insónia e problemas do sono estão relacionados com a quantidade de carga de trabalho (Butz & Stahlberg, 2020). De acordo com

Malinowski (2013), os terapeutas podem desenvolver sintomas de problemas/perturbações do sono, raiva, tristeza, sensação de entorpecimento, pensamentos intrusivos e fadiga.

De acordo com Schlarb et al. (2012), problemas ou perturbações do sono são muito recorrentes neste tipo de população, sendo que na sua investigação cerca de 45% dos terapeutas entrevistados desenvolveram insónias. Insuficientes níveis de qualidade e quantidade do sono estão relacionados com maiores níveis de stress, exaustão, diminuição da eficácia profissional e elevados níveis de *burnout* (Wolf & Rosenstock, 2017; Söderström et al. 2012), fazendo com que os terapeutas não forneçam o cuidado necessário aos seus clientes (Posluns & Gall, 2019).

É de notar que os estudos e investigações relativamente à qualidade do sono e as suas consequências em profissionais de saúde mental, nomeadamente nos psicólogos clínicos e psicoterapeutas, é muito reduzida, sendo por esta razão um estudo essencial para o conhecimento da saúde psicológica nos profissionais que a aplicam.

Capítulo 2- Autocuidado

2.1 Contextualização e conceito de autocuidado

Apesar de não se saber exatamente de onde surgiu o conceito de autocuidado, sabe-se que uma das suas primeiras aplicações e práticas surgiu em contexto de saúde, principalmente relacionado com a movimento positivo direcionado à saúde, depois da segunda guerra mundial. A psicologia positiva contribuiu para a divulgação e desenvolvimento deste conceito e de elementos associados como desenvolvimento da resiliência psicológica e emocional e o autocontrolo psicológico e emocional (Cancio-Bello Ayes et al., 2020; Cancio-Bello Ayes, 2018).

Em termos de saúde, este conceito foi desenvolvido em contexto de enfermagem por Orem (2001), sendo que a sua teoria do autocuidado é das teorias clássicas mais conhecidas. Ao longo da sua descoberta, têm existido a elaboração de diversas definições de autocuidado associadas a diversas perspetivas (Cook-Cottone & Guyker, 2017; Riegel et al., 2021).

O autocuidado foi definido por Orem (2001) como um conjunto de ações e práticas realizadas pelos indivíduos como forma de manutenção do próprio bem-estar físico, psicológico e emocional. Cada indivíduo direciona estes comportamentos para si próprio e adota métodos que ajudam no controlo de fatores externos e internos que afetam negativamente o seu funcionamento psicológico e emocional. A implementação das estratégias de autocuidado depende da motivação e desejo dos indivíduos de realizar estes comportamentos, relacionando-se com a consciencialização, análise e avaliação do próprio estado de saúde de forma a perceber se deve ou não realizar estes métodos (Orem, 2001). O autocuidado é considerado um elemento regulador realizado pelos indivíduos de forma autónoma de maneira a promover e a manter o seu bem-estar e funcionamento saudável, bem como contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional (Orem, 2001). O autocuidado de acordo com Orem (2001) inclui não só o cuidado para si próprio como para os outros indivíduos considerados importantes e significativos.

A definição desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde afirma que o autocuidado é a capacidade de os indivíduos, famílias e comunidades promoverem e manterem a própria saúde, prevenir doenças patológicas, lidando com as diversas doenças ou deficiências com ou sem a assistência de um profissional de saúde. Este conceito abrange diversas componentes da vida dos indivíduos, nomeadamente, a higiene geral e pessoal, a alimentação e a sua qualidade, o estilo de vida, implementação de atividades de exercício físico e lazer, os elementos ambientais, sociais e

económicos, as condições habitacionais e sociais, o nível de rendimentos e as suas crenças e valores culturais, e por fim, a utilização de farmacologia utilizada pelo indivíduo (WHO, 2019).

Para Dorociak et al. (2017), o autocuidado é considerado um método multidimensional, multifacetado e propositado, abrangendo domínios como a autoconsciência, o autoconhecimento e a autorreflexão acerca de todas as áreas da sua vida pessoal e profissional, em relação ao seu bem-estar físico, emocional e psicológico, bem como das suas vivências e experiências pessoais e profissionais. O objetivo é integrar estratégias e atividades específicas de forma a promover e desenvolver o funcionamento saudável e uma melhoria no seu bem-estar físico, emocional, psicológico e social (Baker, 2003; Dorociak et al., 2017), envolvendo inúmeras áreas relacionadas com vida profissional e pessoal, bem como um elevado grau de planeamento e decisão em participar e desenvolver estas atividades (Godfrey et al., 2011; Wise et al., 2011).

Alguns dos objetivos principais das práticas de autocuidado incluem que este atue como forma e fator de regulação e gestão emocional, psicológica e do seu funcionamento cognitivo e psicológico, promover e prevenir comportamentos saudáveis, prevenir, promover e recuperar de doenças físicas, psicológicas e emocionais, potenciar e aumentar o bem-estar físico, interpessoal psicológico e emocional dos indivíduos, incentivando ao desenvolvimento de comportamentos positivos e benéficos para o próprio indivíduo (Cantera & Cantera, 2014; Dorociak et al., 2017). O autocuidado possui um papel importante na prevenção de certas perturbações psicológicas, emocionais e físicas, bem como na promoção de resultados eficazes e eficientes, a nível pessoal e profissional (Rupert & Dorociak, 2019; Silva & Pontifice, 2015).

De acordo com Lee e Miller (2013) o autocuidado pode ser dividido em duas áreas, o autocuidado profissional e o pessoal, que se interligam. Assim, Miller e Grise-Owens (2020) afirmam que as práticas e comportamentos de autocuidado devem ser realizadas a nível pessoal, profissional e social. As práticas de autocuidado possibilitam o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional do indivíduo e por essa razão, é necessário que as organizações e instituições devem promover nos seus profissionais comportamentos e práticas de autocuidado e bem-estar psicológico, físico e emocional. Estes autores acreditam que é necessário integrar a importância, benefícios e consequências das estratégias de autocuidado na formação académica contínua e no desenvolvimento e crescimento prático das diversas profissões (Miller & Grise-Owens, 2020).

Recentemente, o autocuidado tem sido descrito como sendo um conjunto de ações voluntárias e intencionais, práticas e comportamentos positivos, utilizando a tomada de decisão

que direcionar as suas estratégias e práticas de autocuidado atuando na manutenção e prevenção de saúde física e mental, que se focam na consciência e atenção desenvolvida pelo indivíduo para a própria condição física, emocional e psicológica no contexto pessoal e profissional (Cancio-Bello Ayes, 2018; Myers et al., 2012; Prado Solar et al., 2014; Reis, 2020; Vega et al., 2015), promovendo e desenvolvendo o seu bem-estar a todos os níveis (Godfrey et al., 2011).

Este conceito varia e depende da idade, do sexo, do ciclo da vida em que o indivíduo se encontra, do seu contexto social, financeiro e ambiental (CancioBello, 2018). Existem diversos fatores que influenciam o envolvimento de cada indivíduo nos comportamentos e práticas, nomeadamente, a personalidade, seus diversos antecedentes, as suas experiências pessoais e sociais, fatores cognitivos como os valores e crenças associadas, os fatores psicológicos como o seu nível de autoestima e confiança e os fatores sociais como a rede de suporte social, pessoal e culturais (Backman & Hentinem, 1999, 2001; Wise & Reuman, 2019).

Mohammadpour et al (2020) afirmam que existem diferenças significativas entre o sexo dos indivíduos e comportamentos de autocuidado. Algumas investigações afirmam que o autocuidado é influenciado pelo sexo dos indivíduos, verificando-se que o sexo feminino possui mais probabilidade de se envolverem em comportamentos de bem-estar e autocuidado e no tratamento de doenças e perturbações psicológicas em comparação ao sexo masculino (Auttama et al., 2021). Apesar disto, parece que o sexo masculino envolve-se em determinadas atividades de autocuidado com maior frequência do que o sexo feminino, como é o caso da atividade física.

Backman (1999) afirma que atividades diárias específicas como o exercício físico, o descanso físico e psicológico e a alimentação saudável são utilizadas como forma subjetiva de avaliar o nível de autocuidado de um indivíduo.

O autocuidado é um conceito individualizado e personalizado a cada indivíduo, dependendo das suas necessidades, não existindo uma técnica única e específica possuindo significados diferentes para indivíduos diferentes pois o tipo de práticas, comportamentos ou atividades que pode resultar para um pode não resultar ou não ser importante para outro. É de notar que o autocuidado e respetivas práticas podem não ser consistentes ou continuas, podendo ser mais utilizado em momentos e situações específicas (Norcross & VandenBos, 2018; Riegel et al., 2012; Wise & Barnett, 2016). O objetivo é adaptar estas estratégias, métodos e comportamentos às necessidades de forma a desenvolver e promover o bem-estar e funcionamento psicológico e emocional saudável, desenvolvimento pessoal e profissional. Para realizarem estratégias

adaptadas, os indivíduos têm de possuir um sentido de responsabilidade para com a própria saúde, envolvendo-se de forma mais presente nestas atividades, ajustando os comportamentos de autocuidado se necessário (Mills et al., 2018; Orem, 2001; Riegel et al., 2012; Simms, 2017; Wise & Barnett, 2016).

2.2.1 Dimensões do autocuidado

O processo de autocuidado possui três dimensões, sendo elas manutenção do autocuidado, monitorização do autocuidado e gestão de autocuidado (Ausili et al., 2018; Riegel et al., 2012). A manutenção do autocuidado inclui comportamentos cujo objetivo é manter estabilidade física e emocional. A monitorização de autocuidado inclui comportamentos cujo objetivo é avaliar mudanças no estado de saúde do próprio indivíduo e reconhecer sinais e sintomas de doença ou de alterações na saúde (Ausili et al., 2018; Riegel et al., 2012). A gestão do autocuidado inclui a capacidade de compreender estes sintomas e sinais, de maneira a solucionar ou modificar os seus problemas de saúde quanto estes surgem. Estas dimensões são influenciadas pela autoconfiança que cada indivíduo tem na sua capacidade para realizar atividades e comportamentos de autocuidado, identificando quaisquer mudanças ou alterações no seu funcionamento e bem-estar físico, psicológico e emocional (Ausili et al., 2018; Riegel et al., 2012), que podem ser causadas por diversas perturbações psicológicas e emocionais, como o burnout, depressão ou fadiga por compaixão. A monitorização leva à ativação de comportamentos, estratégias e atividades de autocuidado (Ausili et al., 2018; Riegel et al., 2012).

O autocuidado pode englobar três dimensões e respetivos indicadores, sendo eles a dimensão física, a dimensão psicológica e a dimensão social (Alarcó, 2018). O autocuidado pode ser direcionado para diversas áreas, componentes e dimensões incluindo a dimensão física, emocional, psicológica e até espiritual (Dorociak et al., 2017; Goudarzian et al., 2017).

A dimensão física do autocuidado refere-se a um conjunto de comportamentos que o indivíduo realiza com o objetivo de cuidar de si próprio fisicamente. Esta dimensão possui alguns indicadores que revelam se o indivíduo cumpre este objetivo. Um desses indicadores é o exercício físico, pois qualquer atividade física que o indivíduo realize possui benefícios a todos os níveis. Outro indicador é a alimentação, que pode ser adequada ou desadequada de acordo com as necessidades e carências dos indivíduos (Alarcó, 2018; Goudarzian et al., 2017; Wallace et al.,

2020). O indicador seguinte refere-se à vigilância relativamente à saúde, em que o indivíduo comparece a consultas como forma rotina e de controlo da sua saúde física, podendo ser necessário a utilização de farmacologia. Outro dos indicadores relaciona-se com o indivíduo incorporar hábitos e comportamentos prejudiciais à sua saúde nomeadamente, o consumo de drogas, álcool ou tabaco. O indicador seguinte é referente aos hábitos e higiene de sono e comportamentos de descanso, que variam de indivíduo para indivíduo. O último indicador desta dimensão inclui o conhecimento acerca da doença, independentemente da sua origem, conhecendo e tomando consciência das suas definições, causas, possíveis tratamentos e prognósticos ou possíveis consequências para a sua saúde (Alarcó, 2018; Goudarzian et al., 2017; Wallace et al., 2020).

A dimensão psicológica do autocuidado define-se como um conjunto de práticas realizadas pelo indivíduo com o propósito de cuidar e manter o cuidado psicológico. O primeiro indicador desta dimensão refere-se à consciência dos estados emocionais e psicológicas prevalentes no indivíduo, constituindo uma resposta a acontecimentos e experiências negativos ou positivos. O segundo indicador refere-se ao funcionamento cognitivo e psicológico do indivíduo, como é o caso da atenção, concentração, da memória, da linguagem e dos seus pensamentos. O terceiro indicador refere-se à valorização do próprio indivíduo, relacionada com as ideias, valores, crenças e pensamentos que o indivíduo possui e acredita de si próprio. Outro indicador aborda as diversas estratégias e mecanismos de coping que cada indivíduo utiliza como forma de lidar e enfrentar de forma mais eficaz situações e acontecimentos adversos. O último indicador está relacionado com os projetos e acontecimentos futuros elaborados e idealizados pelos indivíduos, incluindo objetivos, expectativas e futuras realizações (Alarcó, 2018; Cancio-Bello Ayes et al., 2020).

A dimensão social do autocuidado refere-se ao conjunto de ações que o indivíduo efetua como forma de cuidar de si próprio a nível social e cultural. Um desses indicadores inclui as redes de apoio e suporte que o indivíduo tem ao seu dispor, pois estes são considerados uma das fontes principais de apoio psicológico, emocional e financeiro. O indicador seguinte relaciona-se com a utilização de tempo livre que lhes permite dispor de tempo disponível suficiente para realizar diversas atividades e práticas que lhes proporcionam bem-estar, prazer e satisfação. Este indicador remete-nos para o indicador seguinte, isto é, a concretização de atividades de lazer cujo objetivo é proporcionar ao indivíduo descanso, relaxamento, prazer, bem-estar emocional, físico e psicológico. Por fim, o último indicador refere-se ao desenvolvimento das relações interpessoais com os colegas e com a família e amigos. Todos os indicadores anteriormente mencionados são

necessários e indicam se o indivíduo cumpre estas dimensões de autocuidado e se efetivamente cuida de si própria nas dimensões referidas (Alarcó, 2018; Cancio-Bello Ayess et al., 2020).

A dimensão do autocuidado emocional afirma que é possível ao indivíduo lidar com os próprios sintomas, mantendo uma atitude positiva e de compaixão do próprio, dos seus sentimentos e pensamentos, aceitando e identificando as próprias exigências emocionais e psicológicas ao expressar as próprias emoções e sentimentos (Dorociak, 2015; Goudarzian et al., 2017). Nos indivíduos com alguma doença crónica ou cancro, o autocuidado emocional pode ser um método eficaz para preservar a confiança do próprio indivíduo, assim como ajudar na racionalização das emoções negativas relativamente à sua doença ou tratamento (Goudarzian et al., 2017).

Simultaneamente, Posluns e Gall (2019) afirmam que existem 6 domínios do autocuidado, sendo estes a consciencialização/consciência das suas experiências internas e externa, o equilíbrio, a flexibilidade, a saúde física, o apoio social e pessoal e por fim, a espiritualidade. Paralelamente, Baker (2003) afirma que existem três dimensões e fatores importantes e inerentes ao autocuidado, sendo estas a autoconsciência, na qual o indivíduo possui consciência das suas vivências internas como pensamentos e vivências externas; a autorregulação em que o indivíduo regula e gere o seu estado psicológico e emocional através de estratégias específicas de regulação e de coping e por fim o desenvolvimento de um equilíbrio entre a sua vida profissional e pessoal, fornecendo atenção a todos os aspetos da sua vida pessoal, social e profissional.

2.2 Teorias e perfis de autocuidado

Uma das clássicas e das mais conhecidas teorias do autocuidado é a teoria do autocuidado elaborada por Orem cujo foco principal era a profissão de enfermagem, pois esta está associada e relacionada com a prevenção e promoção de atitudes, comportamentos e práticas de autocuidado e bem-estar físico, psicológico e emocional (Orem, 2001). Esta teoria afirma que a enfermagem intervém quando o indivíduo não consegue por si só continuar com práticas regulares de autocuidado tentando corresponder e satisfazer as suas necessidades, sendo este conceito crucial na forma de reagir durante adversidades, doenças e na recuperação das mesmas.

De acordo com Orem (2001), os indivíduos possuem capacidade e competência para realizar de forma autónoma e individual as práticas, comportamentos e atividades de autocuidado, mas que podem possuir áreas em que não possam desenvolver esse autocuidado e é neste campo

que a enfermagem auxilia, pois os enfermeiros têm o papel de assistir no restauro e continuação do autocuidado destes indivíduos, principalmente, dos indivíduos mais idosos que por vezes não se consegue responsabilizar pelos próprios atos de autocuidado. Segundo Orem (2001), um déficit no autocuidado de cada indivíduo acontece quando o indivíduo já não possui capacidade ou competência para se responsabilizar pelas práticas de autocuidado (Carpenito-Moyet, 2012).

De acordo com Orem (2001), existem três tipos de agentes de autocuidado. O primeiro agente refere-se ao próprio indivíduo que realiza estratégias e práticas de autocuidado, satisfazendo as suas próprias necessidades de maneira a preservar, manter e cuidar da sua própria saúde, bem-estar e funcionamento, designando-se por agente de autocuidado. O segundo agente designa-se de agente de autocuidado dependente relacionando-se com outros indivíduos que auxiliam o indivíduo nas suas atividades e práticas de autocuidado e por fim, o agente terapêutico que se refere ao profissional de saúde que fornece e auxilia o indivíduo na prestação de cuidados. De acordo com Orem (2001), existem ainda condicionantes que podem influenciar a realização destas práticas de autocuidado, nomeadamente, a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo, psicológico e emocional, o sexo, o estado de saúde do próprio indivíduo, condicionantes sociais e familiares e até o acesso a determinados recursos.

A integração por parte do indivíduo nestas práticas, atividades e comportamentos de autocuidado envolve um conjunto de ações intencionais e com objetivos específicos, estando estes relacionados com as capacidades, competências e conhecimentos apresentados pelos indivíduos, realizados pelos próprios com o objetivo de possuir benefícios a nível físico, psicológico e emocional. Estas práticas de autocuidado estão relacionadas com fatores como a própria cultura, diferentes crenças associadas, os próprios hábitos e estilos de vida, assim como as diferentes atividades partilhadas pela comunidade em que está inserido (Orem, 2001).

Esta teoria do autocuidado de Orem (2001) envolve três outras teorias, sendo estas a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teorias dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado é caracterizada pelo foco nos diferentes motivos e razões, comportamentos e práticas de autocuidado relacionados com cada indivíduo. Esta teoria acredita que o profissional de saúde possui o papel de auxiliar os indivíduos de maneira que estes tenham a capacidade de realizar as diversas atividades, comportamentos e práticas de forma autónoma, responsável e adequada com o objetivo de promover a sua saúde e bem-estar físico, psicológico e emocional e equilibrar os diversos elementos que afetam este funcionamento e desenvolvimento pessoal.

O elemento seguinte relaciona-se com a teoria do déficit de autocuidado e caracteriza-se pela incapacidade por parte do indivíduo da realização de certas necessidades de autocuidado, caracterizando-se por comportamentos, práticas ou atividades que o indivíduo deveria conseguir desenvolver e aquelas que realmente possui capacidade e autonomia para fazer. Nesta fase é necessário a utilização da enfermagem para auxiliar os indivíduos na manutenção e promoção do seu bem-estar e no funcionamento. Este déficit pode ser completo ou parcial, visto que parcial significa que o indivíduo não consegue realizar algumas atividades e práticas de autocuidado sem assistência e completo significa que o indivíduo não possui autonomia e capacidade para realizar de forma individual e sem ajuda as práticas e comportamentos de autocuidado (Orem, 2001).

O último elemento diz respeito à teoria dos sistemas de enfermagem, em que o enfermeiro auxilia o indivíduo ao fornecer-lhe ajuda nas respostas às suas necessidades de autocuidado, se não as conseguir realizar de forma independente e como estes se relacionam com os indivíduos para que a prestação de cuidados e serviços exista de forma eficaz. Estes profissionais de saúde podem fornecer intervenções compensatórias, parcialmente compensatórias ou de apoio e pretendem ajudar os indivíduos que não podem desenvolver certas atividades de autocuidado de forma autónoma ao tentar diminuir as suas diversas limitações, fornecendo-lhes qualquer tipo de apoio e assistência física e psicológica e ajudando-os no seu desenvolvimento social e pessoal (Schub, 2014). Nesta teoria é estabelecido uma relação terapêutica entre o indivíduo que necessita de cuidados e o enfermeiro, em que este fornece algum tipo de ensino, informações conhecimentos.

Para Orem (2001), o autocuidado está dividido em três requisitos ou necessidades importantes e cruciais. O primeiro requisito considera-se um requisito universal pois refere-se a todos as condições e elementos universais do funcionamento psicológico, físico, cognitivo e emocional comuns a todos os indivíduos como é o caso dos hábitos de sono, de uma alimentação saudável e adequada, quantidade adequada de descanso e um equilíbrio entre a vida social e pessoal. Os requisitos de desenvolvimento de vida referem-se aos elementos específicos do desenvolvimento da condição humana, que acontecem durante o seu desenvolvimento e ciclo de vida, como por exemplo, a infância, a adolescência e mudanças na vida pessoal e profissional. Por fim, os requisitos de desvio caracterizados pelas situações de doença que os indivíduos enfrentam, de nível psicológico, funcional, biológico e estrutural num indivíduo (Orem, 2001).

O autocuidado pode ser ainda percecionado como um espetro contínuo, denominado de Autocuidado Contínuo posicionando o indivíduo num espetro de autocuidado, começando numa

ponta com as escolhas e decisões individuais relativamente à sua saúde, movendo-se através desse espectro até à outra ponta, onde o indivíduo deve enfrentar e gerir a própria doença e o próprio autocuidado individualmente ou com ajuda de algum profissional de saúde. À medida que os indivíduos avançam ao longo desse espectro, é necessária a assistência de outros profissionais até que este precise de cuidados auxiliados. O primeiro ponto de partida deste espectro são as escolhas individuais e responsáveis que o indivíduo faz, bem como o seu estilo de vida constituindo uma vida saudável e que o indivíduo é capaz de gerir por si próprio sem necessitar de ajuda. Deste, progride até às condições agudas em que é necessária a assistência de ajuda por profissionais de saúde e chegando por fim, ao cuidado e hospitalização, em que a responsabilidade do cuidado e do autocuidado acontece por parte dos profissionais de saúde, até que o processo de autocuidado começa de novo depois da hospitalização ser realizada (Self Care Forum [SCF], 2015).

Da mesma forma, Strömberg et al. (2012) elaborou um modelo específico que demonstra a tomada de decisão, reflexão e motivação do autocuidado, afirmando que o autocuidado pode ser suficiente ou insuficiente, racional e não racional, bem como reflexivo ou automático. As atitudes dos indivíduos perante o autocuidado podem ser automáticas e possuir um autocuidado suficiente, podem ser reflexivas e possuir autocuidado suficiente, ser automáticas e obter autocuidado insuficiente e, por fim, serem reflexivas e obterem autocuidado insuficiente. A atitude mais adequada é que o indivíduo possua uma atitude reflexiva e níveis de autocuidado suficiente.

As teorias mencionadas anteriormente analisam a importância dos indivíduos enquanto agentes ativos de autocuidado e focam-se na importância que fatores internos e externos assumem na realização deste tipo de estratégias (Cancio-Bello Ayes et al., 2020).

Backman e Hentinen (1999), através de uma investigação realizada em idosos com necessidade de ajuda domiciliar, afirmam que existem quatro perfis de autocuidado, sendo estes o autocuidado responsável, o guiado formalmente, o independente e o abandono. De acordo com estas autoras, os indivíduos podem não possuir apenas um perfil de autocuidado, mas sim possuir diversos tipos de perfil, utilizando os quatro principais para personalizar o perfil de autocuidado.

Primeiramente, o autocuidado considerado responsável afirma que o indivíduo possui consciência e responsabilidade relativamente a todos os comportamentos e práticas de autocuidado e de bem-estar geral. Os indivíduos que possuem este tipo de perfil são indivíduos cuidadosos consigo próprios em termos psicológicos e físicos, integrando-se em atividades de exercício físico e alimentação saudável, informados e cultos acerca das melhores decisões a tomar e quais as mais

adequadas às suas necessidades e conscientes acerca dos benefícios do autocuidado. O perfil considerado guiado formalmente caracteriza indivíduos que apenas se inserem em práticas e comportamentos de autocuidado por recomendação de outros, sem questionar os benefícios dessas práticas acreditando no benefício desses comportamentos sem questionar. Estes indivíduos não apoiam nem fundamentam as atividades de autocuidado nas próprias experiências, conhecimentos e competências, mas sim nas experiências e conhecimentos de outros indivíduos, podendo atribuir aos profissionais de saúde um controlo sobre as suas decisões (Backman & Hentinem, 1999).

Por outro lado, o terceiro perfil de autocuidado classificado como independente está relacionado com a forma como os indivíduos gerem e lidam com a própria saúde física e mental, promovendo e integrando-se em atividades de autocuidado de forma independente e sem qualquer tipo de orientação, procurando soluções sem ajuda profissional. Assim, estes indivíduos recusam ajuda profissional por se considerarem saudáveis. Por fim, o perfil de abandono consiste na falta de consciência e responsabilidade pelos benefícios do autocuidado, e na própria saúde física e mental. Estes indivíduos não possuem capacidades ou competências quer seja física, biológica ou psicológica para cuidar da própria saúde. Este tipo de perfil está relacionado com sintomatologia depressiva, luto e tristeza profunda (Backman & Hentinem, 1999). Os idosos que possuem um autocuidado guiado apresentavam níveis mais elevados de satisfação com a vida quando comparados com os idosos com o autocuidado de abandono. Também os idosos que apresentavam um autocuidado responsável, independente e guiado possuem níveis mais elevados de autoestima. Apesar destes perfis serem baseados em idosos e em contexto de enfermagem, podem ser utilizados em outros contextos de saúde física e mental (Backman & Hentinem, 1999).

2.3 Benefícios e consequências

O envolvimento em práticas de autocuidado desenvolve o autoconhecimento e autoconsciência do indivíduo para a própria saúde física e psicológica, sendo que os comportamentos e atividades adequadas e direcionados para o bem-estar físico e mental levam ao aumento da autoestima, assim como a capacidade do indivíduo de enfrentar e gerir situações de ansiedade, stress, perturbações relacionadas e situações adversas, promovendo a saúde física e mental, atuando na felicidade e na eficácia (Auttama et al., 2021).

A prática destas atividades reduz os níveis de ansiedade, os sintomas de depressão e burnout, bem como um aumento da compaixão. O envolvimento dos indivíduos nestas práticas e diversos comportamentos de autocuidado provocam o aumento dos níveis de bem-estar físico, psicológico, emocional e social, melhorando a sua autoconfiança, autoestima e o seu funcionamento diário (Moore et al., 2011; Sharif Nia et al., 2017). Está ainda associado a menores níveis stress e maiores níveis de afeto positivo, qualidade de vida pessoal e profissional, eficácia profissional e satisfação por compaixão (Butler et al. 2017; Cook-Cottone & Guyker, 2018; Zahniser et al. 2017). Com o aumento dos níveis de autocuidado, os indivíduos apresentam melhor qualidade de sono, melhoramento do seu humor e aumento do seu desempenho cognitivo. Ainda, o autocuidado afeta de forma indireta e direta o funcionamento cognitivo, emocional, psicológico e social, bem como no sucesso e adaptação social de diversos comportamentos (Goudarzian et al., 2017). Por outro lado, o autocuidado emocional e psicológico refere-se à manutenção de uma visão autocompassiva e positiva do próprio, tornando-se consciente, identificando, expressando e aceitando as próprias emoções e pensamentos positivos, negativos e irracionais (Dorociak, 2015).

A falta destes cuidados pode provocar consequências negativas no indivíduo, nomeadamente, níveis elevados de burnout, stress traumático secundário e de stress, sintomatologia ansiosa, depressiva, experienciando estados emocionais e psicológicos negativos, diminuição da autoestima e diminuição do seu funcionamento cognitivo e psicológico (Butler et al. 2017; Mayorga et al. 2015; Santana & Fouad, 2017).

Os indivíduos que possuem perturbações psicológicas e emocionais relacionadas com o peso demonstram níveis mais baixos de autocuidado e níveis de bem-estar psicológico e emocional. Alguns estudos demonstram que indivíduos com níveis elevados de inteligência emocional inserem-se com maior frequência em atividades e estratégias de autocuidado, existindo uma associação positiva entre o autocuidado e a inteligência emocional (Goudarzian et al., 2019; Martins et al., 2010). Desta forma, a promoção de comportamentos e métodos de autocuidado focado nas componentes emocionais e psicológicas como por exemplo estratégias de competência emocional e gestão de stress possui uma relação significativa com os níveis de inteligência emocional (Goudarzian et al., 2019). Existe, portanto, uma associação positiva entre comportamentos e estratégias de autocuidado e estratégias positivas de regulação emocional (SeyedAlinaghi et al., 2020), pois quando os indivíduos desenvolvem esquemas cognitivos

negativos e desadaptativos limitam os seus comportamentos e atividades de autocuidado daí a necessidade do foco no desenvolvimento da regulação emocional dos mesmos.

A satisfação com a vida é um dos fatores essenciais para o envolvimento dos indivíduos em comportamentos de autocuidado e por isso quanto maior for a satisfação com a vida, maiores serão os níveis e os comportamentos de autocuidado (Erci et al., 2017; Pelicand et al., 2015).

Existe uma associação significativa entre o mindfulness e o autocuidado, sendo este utilizado como comportamentos de autocuidado e como elemento associado à autocompaixão. Como estratégia, o mindfulness tem-se comprovado uma forma eficaz de autocuidado, aumento os níveis do mesmo e reduzindo sintomas de ansiedade, burnout e stress ocupacional. O individuo pode envolver-se em programas específicos de mindfulness, cujo objetivo é praticar este método e tornar-se mais consciente do momento presente, das suas emoções e pensamentos. Alias, o treino de competências de mindfulness com o objetivo de ser incorporado como forma de autocuidado tem vindo a ser incorporado e ensinado em diversas profissões (Coleman et al., 2016; Dattilio, 2015; Dolcos et al., 2018; Gockel et al., 2012; Posluns & Gall, 2019; Sharifian, 2019).

Os comportamentos e atividades de autocuidado demonstraram-se relacionadas negativamente ainda com esquemas cognitivos desadaptativos e desajustados, significando que quando estes esquemas cognitivos negativos, insuficientes e ineficazes aumentam, os comportamentos de autocuidado diminuem. Diversos estudos demonstraram níveis baixos de autocuidado estão relacionados com níveis elevados de negativismo, pessimismo, inibição emocional e castigos próprios, sendo que existe uma relação significativa entre autocuidado e vigilância dos próprios comportamentos, emoções e pensamentos (SeyedAlinaghi et al., 2020).

Diversos autores afirmam que em certas doenças crónicas como o cancro ou em doenças cardiovasculares, os comportamentos e estratégias de autocuidado possuem um papel e um fator importante na gestão dos sintomas físicos e psicológicos, bem como no aumento da eficácia e adesão ao tratamento (Rico et al., 2017; Sebastian et al., 2022).

2.4 O autocuidado em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

O autocuidado é considerado um dever e uma competência que o profissional deve adquirir e desenvolver (Reis, 2020). O próprio profissional, as suas competências pessoais e clínicas são a sua ferramenta utilizando aquilo que possui para lidar e enfrentar o sofrimento dos seus clientes

(Barnett et al., 2007; Wright, 2020). O profissional assume responsabilidade pela sua própria condição e estado de saúde e pela preservação da sua competência e eficácia terapêutica, utilizando estratégias, métodos e comportamentos de autocuidado de forma a lidar com os riscos e consequências da sua profissão (Barnett et al., 2007; Dorociak et al., 2017; Lee e Miller, 2013; Wise et al., 2012; Wise & Barnett, 2016;). O autocuidado deve ser um dos objetivos primários dos profissionais de saúde mental e é considerado essencial para o funcionamento profissional do profissional (Knapp et al. 2017; Thériault et al. 2015).

O objetivo principal do autocuidado é atuar como um fator protetor, auxiliar estes profissionais a manter a sua qualidade de vida pessoal e profissional, a desenvolver e aumentar a sua resiliência e bem-estar psicológico e emocional face a situações de stress, bem como desenvolver o equilíbrio entre a sua vida profissional e pessoal e reduzir o desgaste e stress ocupacional (Rupert & Dorociak, 2019; Wise et al., 2011, 2012). O autocuidado fornece competências e mecanismo de coping eficazes e duradouras assim como o aumento da eficácia clínica e flexibilidade psicológica, ajudando a diminuir e combatendo as consequências, exigências, riscos e stressores psicológicos e emocionais associados (Craig & Sprang, 2010; Lee e Miller, 2013; Myers et al., 2012; Reis, 2020; Skovholt et al., 2001; Wise & Barnett, 2016;). Devido à grande carga emocional e psicológica envolvente nesta profissão as práticas de autocuidado devem ser direcionadas para o desenvolvimento e manutenção do seu funcionamento e bem-estar emocional, físico e psicológico e do equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Mills et al., 2018; OPP, 2020; Rupert & Dorociak, 2019; Zahniser et al., 2017).

O autocuidado e o bem-estar fazem parte da responsabilidade ética, deontológica e profissional dos psicólogos e psicoterapeutas, sendo uma questão importante de ser mencionada e abordada na sua formação académica e pessoal, sendo essencial que adquiram conhecimento dos benefícios, vantagens e consequências da falta do mesmo, de sintomas e sinais de perturbações psicológicas e emocionais associadas e que podem ser desenvolvidas devido as exigências do mesmo, como é o caso do burnout e da fadiga por compaixão (Bamonti et al., 2014; Barnett & Cooper, 2009; Linton & Koonmen, 2020; Mathieu, 2012; Norcross & Lambert, 2019; Posluns & Gall, 2019; Wise et. al., 2012; Wise & Barnett, 2016).

Muitos dos cursos de psicologia não possuem no seu programa conteúdos relacionados com estratégias e comportamentos de autocuidado, existindo uma falha nestes programas e nas formações existentes (Bamonti et al., 2014; Thériault et al., 2015). Nos estudantes de psicologia o

autocuidado é percebido também como essencial pois contribui para o desenvolvimento da sua capacidade e competência enquanto profissionais, aumentando os seus níveis de eficácia e implementando o autocuidado ao longo da sua carreira profissional, diminuindo o stress ocupacional e a fadiga por compaixão (Barnett & Cooper, 2009; Colman et al, 2016; El-Ghoroury et al, 2012; Goncher et al., 2013; Myers et al., 2012; Zahniser et al., 2017).

De acordo com Norcross e VandenBos (2018) e Skovholt e Trotter-Mathison (2016), estes profissionais nem sempre priorizam a sua própria saúde mental e física e negligenciando o próprio autocuidado em detrimento do cuidado e saúde dos seus clientes (Bradley et al., 2013; Caurin et al., 2021; Posluns & Gall, 2019; Thompson et al., 2014). Coleman et al. (2016) apontam que uma das razões pelas quais os psicólogos desvalorizam o autocuidado está relacionado com o facto de não se acharem merecedores de cuidado e compaixão como os seus clientes e considerem as necessidades dos clientes à frente das suas (Dattilio, 2015; Norcross & VandenBos, 2018).

Estes profissionais enfrentam inúmeras exigências profissionais e pessoais, nomeadamente emocionais, podendo sobrecarregar emocionalmente e psicologicamente o profissional, aumentando a sua responsabilidade para com o cliente, bem como o contacto com um grande número de clientes durante um longo período, a sobrecarga de trabalho e horário e ainda uma quantidade grande de energia e atenção, concentração nas necessidades dos seus clientes, providenciando consultas e serviços de psicologia a indivíduos com problemas psicológicos, psiquiátricos e emocionais (Bearse et al., 2013; Dattilio, 2015; Rodriguez et al., 2017; Wise & Gibson, 2012). Estas, se não forem geridas de forma adequada e se não conseguirem encontrar um equilíbrio entre vida profissional e pessoal, podem causar consequências nos psicólogos e nos seus clientes (Dorociak et. al, 2017). Alguns riscos envolvem a sobreidentificação, excesso de envolvimento emocional e excesso de empatia do psicólogo para com o cliente, ultrapassando certos limites terapêuticos e éticos (Bearse et al., 2013; Dattilio, 2015; Wise & Gibson, 2012).

De acordo com o Princípio A do Código de Ética da Associação Americana de Psicologia (2017) e a Associação Americana de Counselling American Counselling Association (2014), é necessário e fundamental que os psicólogos integrem e envolvam-se em atividades de autocuidado, com o objetivo de manter e promover tanto o seu bem-estar físico, como emocional e espiritual de maneira a cumprir as suas obrigações profissionais, esforçando-se para aumentarem a sua consciência em relação aos efeitos e consequências negativas que a sua saúde pode provocar nos clientes e na capacidade profissional. Estas associações pedem que os profissionais estejam atentos

aos problemas pessoais que possam interferir na competência, eficácia e desempenho terapêutico, tomando medidas para que não aconteçam. A Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021), no seu código deontológico menciona a importância no autocuidado, através da consciência dos fatores pessoais de forma que estes não provoquem consequências no processo e eficácia terapêutica.

Dorociak et al. (2017) definiu 5 domínios relacionados com o autocuidado profissional em psicólogos, envolvendo estratégias e comportamentos que representam aspetos importantes nos dois domínios principais do autocuidado, o autocuidado pessoal e o autocuidado profissional.

O domínio do Apoio Profissional está relacionado com a importância de ter no local de trabalho, colegas que providenciam o apoio necessário, incluindo estratégias como evitar o isolamento excessivo, tentar desenvolver a sua relação com os mesmos e partilhar experiências profissionais stressantes e gratificantes (Dorociak et al., 2017). O domínio de Desenvolvimento Profissional relaciona-se com o facto de o profissional se inserir em atividades relacionadas com o trabalho e extracurriculares prazerosas, como por exemplo, participar em organizações e eventos profissionais, bem como atualizar-se em termos de conhecimento prático e teórico. O domínio de Equilíbrio de Vida diz respeito à importância de adquirir uma identidade profissional, mas também pessoal, enfatizando a importância de possuir, fora do local de trabalho, redes de apoio social adquirindo um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Dorociak et al., 2017). O domínio de Estratégias Cognitivas enfatiza a importância do autocuidado psicológico, monitorizando as emoções e stress relacionadas do local de trabalho, possuindo uma abordagem mais proativa dos desafios e dificuldades e desenvolver a própria autoconsciência relacionada com os próprios sentimentos e necessidades. Por último, o equilíbrio diário menciona a importância de realizar diversas estratégias que podem ser incorporadas durante o dia de trabalho (Dorociak et al., 2017). Apesar de diversos estudos mencionarem a importância do autocuidado físico, como por exemplo, realizar exercício físico regular, yoga, alimentar-se de forma saudável e dormir as horas esperadas, estes conceitos não são inseridos nestes cinco fatores de autocuidado, pois são fatores pessoais e subjetivos em termos de resultados (Dorociak et. al, 2017).

O autocuidado contribui também para a eficácia da relação terapêutica e para a eficácia da intervenção, sendo que a falta de comportamentos e atividades de autocuidado por parte destes profissionais, afetando de forma negativa a eficácia e a relação terapêutica (Rupert & Dorociak, 2019). Se o autocuidado não for exercido pode prejudicar a sua competência e eficácia clínica e terapêutica (Wise et al., 2012). Algumas das consequências da inexistência de estratégias de

autocuidado estão relacionadas com a insatisfação profissional, diminuição da credibilidade enquanto profissional competente, perturbações relacionadas com o stress ocupacional ou até violações deontológicas e éticas, como os próprios clientes, através da diminuição da eficácia terapêutica, existência de uma ligação emocional excessiva, bem como limites não delineados (Carona, 2017). As violências éticas juntamente com insatisfação profissional, conflitos intrapessoais e interpessoais e ceticismo quanto à sua intervenção são algumas das consequências provenientes do descuido em relação ao autocuidado (Carona, 2017).

Investigações sugerem que a relação e aliança terapêutica é influenciada de forma negativa pela qualidade de vida do profissional, ou seja, quanto pior for a qualidade de vida profissional e pessoal, pior é a relação terapêutica, visto que quanto maior for a satisfação e bem-estar pessoal e profissional, melhor é a relação entre cliente e profissional (Nissen-Lie et al., 2013). Investigações comprovam que existe uma associação e relação entre o autocuidado e a relação e vínculo terapêutico eficaz, pois o terapeuta desenvolve o seu bem-estar e consequentemente uma aliança terapêutica eficaz (Rodriguez & Arias, 2018).

Frequentemente, estes profissionais desenvolvem estratégias, comportamentos e métodos que não são considerados saudáveis, como por exemplo, a elevada carga de trabalho e horária, desorganização a nível pessoal, gestão ineficaz e inadequada do próprio tempo, dificuldades interpessoais com os colegas de profissão e inexistência de recursos profissionais e pessoais e por fim, a inexistência de consciência, atenção e importância fornecida ao autocuidado na sua formação académica, possuindo como obstáculo a dificuldade em analisar-se a si próprio de forma objetiva e imparcial (Parsonson & Alquicira, 2019; Posluns & Gall, 2019; Sharifian, 2019).

Assim, tendo como base as orientações da APA (2021), Corona (2017) recomendou diversas práticas e comportamentos direcionados para o autocuidado e bem-estar. A primeira recomendação insere-se no facto de o profissional efetuar uma avaliação do seu próprio estado mental e físico, de forma frequente. A segunda recomendação afirma que o profissional deve fazer formações contínuas sobre assuntos relacionados com o stress, burnout, fadiga por compaixão, necessárias para que tenha consciência dos efeitos negativos e impactos destas perturbações. A terceira consiste na realização de comportamentos adequados a situações de stress como a diminuição da carga horária ou do volume de casos, frequentar supervisão e gerindo as próprias expectativas e monitorizando os próprios casos clínicos. A quarta recomendação consiste na

formação de ligações que possibilitam a intervenção. A última diz respeito ao facto de o psicólogo necessitar de implementar atividades de descanso e lazer (Corona, 2017; Mills et al., 2018)

Norcross e VandenBos (2018) afirmam que existem cerca de 13 elementos e princípios que os psicólogos e psicoterapeutas devem ter consciência, de forma a promover o autocuidado e desenvolvimento pessoal e profissional. Os elementos incluem a valorização própria enquanto profissional, o foco em recompensas profissionais e laborais e foco na própria saúde física ao praticar exercício físico, saúde psicológica ao realizar psicoterapia individual e pessoal e na sua saúde social ao desenvolver relacionamentos profissionais e pessoais, assim como, o reconhecimento e aceitação dos desafios, dificuldades, consequências da própria profissão, a consciência e necessidade de estabelecer limites, bem como atenção nos próprios sentimentos e pensamentos críticos, modificando-os e fornecendo uma atitude de autocompaixão e gratidão (Norcross & VandenBos, 2018). É necessário que os profissionais construam um ambiente de trabalho em que se sintam seguros e em que é possível desenvolver o seu crescimento a todos os níveis (McGarrigle & Walsh, 2011; Norcross & Guy, 2007; Ruper et. al., 2012). As estratégias e práticas de autocuidado realizadas e adotadas diferem de profissional para profissional e estas podem ser diferentes dependendo das diferentes fases da sua vida e carreira profissional utilizando atividades diferentes, com objetivos específicos.

Ventura (2018) afirma que algumas barreiras à implementação de estratégias de autocuidado por parte dos profissionais de saúde mental portugueses incluem-se a ausência de tempo suficiente para tal, aumento da carga de trabalho e horaria, valor elevado de cursos de formação, supervisão e inexistência de recursos no próprio local de trabalho e custo do valor da terapia individual. Algumas estratégias específicas são mais prováveis de ocorrer em ocasiões de stress ou dificuldades, como por exemplo, procurar supervisão quando existe algum acontecimento que provoca dificuldades profissionais ao psicólogo, procurar terapia ou aconselhamento quando necessário, redução da carga de trabalho e de horário (Mills et al., 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Ventura, 2018). Assim, a terapia individual é percecionada como uma forma e método de autocuidado. Estes profissionais mesmo sabendo que a terapia individual é uma estratégia de autocuidado necessária, negligenciam esta prática. (Thériault et al. 2015).

As estratégias e atividades realizadas por profissionais de saúde mental em contexto pessoal incluem o suporte familiar e social, a prática de exercício físico, hábitos de sono adequados e ajustados e uma alimentação saudável, assim como encontrar atividades que lhe proporcionam

bem-estar e prazer, fornecer atenção, foco e desenvolvimento das próprias relações interpessoais significativas, manter uma gestão de tempo adequada e ajustada às suas necessidades (Barnett et al., 2007; Mota, 2017). Em contexto profissional, os métodos e comportamentos utilizados incluem a utilização de humor como estratégia e a utilização de formação de forma contínua, partilhar com colegas de profissão as suas dificuldades, experiências e desafios clínicos e profissionais, desenvolvimento de redes de suporte profissional através dos colegas de trabalho e profissão, assim como o estabelecimento de limites e equilíbrio entre a sua vida pessoal e profissional e para com os seus clientes (Cramond et al., 2020; Mills et al., 2018; Mota, 2017; Norcross & Guy, 2007; Rupert et al., 2012; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Além destes, é fundamental que os profissionais invistam em psicoterapia individual, a integrar grupos de supervisão e intervenção com outros profissionais e colegas pois potencia a diminuição da fadiga por compaixão, desenvolver introspeção pessoal e profissional, o seu bem-estar, utilização de técnicas e estratégias de relaxamento e meditação ou *mindfulness* (Coleman et al., 2016; Dattilio, 2015; Posluns & Gall, 2019; Richards et al., 2010). É ainda essencial que os profissionais monitorizem os seus níveis de stress, sintomas e sinais emocionais e psicológicos, envolver a própria reflexão e consciência em relação às próprias necessidades, sentimentos e pensamentos (Colman et al. 2016; Knapp et al. 2017; Norcross & VandenBos, 2018; Pakenham, 2017; Rudaz et al. 2017). Skovholt & Trotter-Mathison (2016) afirmam que estratégias de regulação emocional como ser menos autocrítico, menos exigente consigo próprio e menos perfeccionista, consciência e aceitação da imperfeição, proporcionando autocompaixão ao próprio e focar-se na valorização pessoal e profissional são consideradas estratégias de autocuidado, reconhecendo que também o próprio é um ser humano e por isso também merece cuidar de si e enfrenta dificuldades como todas as outras profissões (Norcross & Guy, 2007; Rupert et al., 2012).

Alguns estudos envolvendo psicólogos clínicos afirmaram que os níveis de autocuidado estão associados de forma negativa com o burnout e desgaste profissional, emocional e psicológico, assim como estão associados negativamente ao stress e fadiga por compaixão, à sintomatologia depressiva e ansiosa, sendo que atua como moderador e ajuda na redução desses sintomas (Guerra Vio et al., 2011). Os psicólogos com níveis mais elevados de autocuidado e que realizam uma maior quantidade de comportamentos de autocuidado possuem níveis mais elevados de qualidade de vida, bem-estar e de realização pessoal, bem como níveis menores de burnout, de

depressão, de stress traumático secundário e de desgaste profissional (Guerra Vio et al., 2011; Guerra et al., 2008; Posluns & Gall, 2019; Sharifian, 2019).

Numa amostra de psicólogos portugueses, descobriu-se que o autocuidado possui uma associação positiva entre bem-estar psicológico e uma associação negativa com os níveis de stress (Reis, 2020). Em investigações realizadas por Mota (2017) e Ventura (2018), os psicólogos portugueses demonstraram possuir consciência do impacto, riscos e consequências da profissão e da prática clínica, demonstrando consciência na importância que o autocuidado provoca na sua prática e na relação terapêutica, sendo essencial para a prevenção de determinadas perturbações psicológicas e emocionais. Estes utilizam o autocuidado como forma de prevenir e de lidar com as dificuldades e adversidades da sua prática clínica e de maneira a diminuir o desgaste emocional, psicológico e profissional e a aumentar o seu bem-estar e funcionamento.

Devido às condições do seu trabalho clínico, os psicólogos e psicoterapeutas experienciam problemas na sua saúde física, nomeadamente cansaço, fadiga, dores de cabeça, dores de pescoço e lombares (Kaeding et al. 2017; Smith et al. 2014), afetando negativamente desta forma o trabalho do terapeuta, bem como a aliança terapêutica estabelecida com o cliente (Kim et al. 2011), daí a necessidade de implementar estratégias e comportamentos de autocuidado.

Não existiram diferenças nos níveis e comportamentos de autocuidado nos profissionais relativamente aos anos de experiência e de carreira (Reis, 2020). De acordo com vários autores, os psicólogos e psicoterapeutas com mais experiência profissional e uma carreira mais avançada parecem implementar uma maior quantidade de estratégias de autocuidado e de utilizar estratégias focadas na regulação emocional, psicológica e de coping, no desenvolvimento profissional e no equilíbrio entre a sua vida profissional e pessoal ao contrário dos profissionais com menos experiência (Dorociak et al., 2017; Norcross & VandenBos, 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Rupert & Dorociak, 2019; Skovholt & Trotter-Mathinson, 2011; Wise & Reuman, 2019).

Capítulo 3- Autocompaixão

3.1 Contextualização e definição de conceitos

Apenas recentemente é que os conceitos de compaixão e autocompaixão foram introduzidos na psicologia, existindo duas linhas nas quais se podem explorar estes conceitos (Neff, 2003a). Portanto, nas últimas décadas tem-se observado uma união e ligação entre os princípios filosóficos orientais e budistas e os princípios psicológicos ocidentais.

Os princípios budistas caracterizam a autocompaixão como sendo a compreensão do ser humano, utilizando a compaixão como forma de aliviarem o próprio sofrimento. Segundo estes, é necessário primeiro desenvolver a autocompaixão para se conseguir desenvolver e potenciar a compaixão pelos outros, o que significa que a compaixão depende da própria autocompaixão (Castilho & Gouveia, 2011). Por sua vez, os princípios psicológicos ocidentais, caracterizam a autocompaixão como sendo um conjunto de pensamentos, emoções e comportamentos que conduzem os indivíduos à compreensão do sofrimento dos outros e do próprio sofrimento (Amaral et al., 2010; Castilho & Gouveia, 2011; MacBeth & Gumley, 2012). A implementação destes conceitos em psicologia, estabelecida por Neff (2003a) fornecem uma compreensão mais holística das emoções, vivências e pensamentos dos indivíduos (Castilho & Gouveia, 2011).

A compaixão pode ser entendida como sendo o conjunto de pensamentos, sentimentos, ações e comportamentos que ajudam cada individuo a possuir sensibilidade, empatia e compreender o sofrimento dos outros tomando consciência de que todas as experiências dolorosas são partes integrantes da vivencia humana, evidenciando uma ambição para agir e aliviar o sofrimento dos outros, fornecendo uma atitude de não julgamento, compreensiva, generosa e não crítica (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert, 2014; Kemppainen et. al, 2013; Neff, 2003a).

Para Neff (2003), a compaixão pode ser definida como uma atitude de abertura, generosidade, bondade, não julgamento, sensibilidade para com os erros, falhas ou dor dos indivíduos e compreensão perante o sofrimento dos outros, bem como um desejo de aliviar esse sofrimento e cuidar, sendo considerado um elemento importante e essencial para se compreender totalmente e de forma holística o ser humano (Castilho & Gouveia, 2011).

De forma semelhante, de acordo com Armstrong (2011), a compaixão pode ser definida como sendo uma responsabilidade ética e moral, cujo foco principal é a empatia, compreensão e compaixão para com os outros indivíduos e para consigo próprio, podendo ser desenvolvido por cada um (Armstrong, 2011). Envolve uma componente cognitiva e uma componente emocional,

evidenciada pela racionalidade fornecida às situações e pela empatia e pela preocupação empática, bem como pelo desejo de alívio de sofrimento do indivíduo (Solomon, 2014). Assim, a compaixão está dividida em três orientações, isto é, orientada para os outros, orientada dos outros para nós e por fim, orientada para nós próprios, denominada de autocompaixão (Carona, 2017).

A autocompaixão pode ser definida e considerada como uma forma importante, saudável e gentil como os indivíduos se relacionam consigo próprios emocionalmente e psicologicamente, principalmente quando estes experienciam situações e acontecimentos adversos, dolorosos e intensos (Neff, 2003a; 2011). Portanto, a autocompaixão é considerada a capacidade de o indivíduo possuir uma atitude, posição e visão de autoaceitação e autocompreensão mais ampla, de não crítica e de não julgamento relativamente às experiências e vivências humanas negativas e dolorosas, bem como erros ou falhas comuns a todos os humanos (Neff, 2003a; 2016). Esta é direcionada para o próprio afeto positivo, para a própria aceitação e para o valor próprio.

De acordo com Neff (2003), a autocompaixão permite ao indivíduo ter consciência das suas dificuldades, falhas e erros, contribuindo para o desenvolvimento do bem-estar psicológico, físico e emocional, não evitando o próprio sofrimento, mas sim aliviando-o e ajudando na recuperação do seu bem-estar (Neff, 2008). Portanto, envolve uma atitude equilibrada entre pensamentos e sentimentos negativos e dolorosos pois estes devem ser reconhecidos, expressos e não excluídos. Envolve ainda uma perspectiva objetiva, distanciada e consciente dos acontecimentos e situações dolorosas, bem como uma visão mais objetiva de si próprio, descentralizando-se do próprio sofrimento e da própria dor, não a reprimindo ou evitando, potenciando a vivência plena e realista do indivíduo (Kemppainen et. al, 2013; Neff, 2003a).

A autocompaixão é ativada quando o indivíduo se depara com acontecimentos ou situações dolorosas e difíceis ou falhas e erros do próprio indivíduo, aumentando as sensações e o sentimento do próprio valor enquanto indivíduo (Cunha et al., 2013; Neff, 2003a; Neff & Germer, 2017). Um indivíduo com níveis de autocompaixão elevados tenta cuidar e aliviar o seu sofrimento sem julgamentos ou crítica, com compreensão, preocupação, bondade e tolerância, não evitando as suas experiências dolorosas e negativas, quer sejam elas internas ou externas, reconhecendo-as como parte essencial (Brion et al., 2014; Pinto-Gouveia et al., 2013).

A autocompaixão caracteriza-se por uma atitude de gentileza, amabilidade e responsabilização para com o próprio indivíduo, tendo em consideração e consciência das fraquezas e qualidades de cada indivíduo (Armstrong, 2011). A autocompaixão implica aceitar

estas mesmas fraquezas, falhas e erros, adotando uma postura de gentileza e responsabilidade, evitando sentimentos de insatisfação, raiva e frustração. Afirma que é necessário que cada indivíduo tome consciência do próprio sofrimento e da própria dor, reconhecendo, compreendendo e aprendendo a lidar com a mesma (Armstrong, 2011). Permite reconhecer que o sofrimento e adversidades fazem parte da experiência e da vida humana e que todos os indivíduos estão vulneráveis a este tipo de situações, podendo fornecer aos indivíduos um sentimento de comunidade, combatendo sensações de isolamento e solidão. Este conceito assenta na responsabilidade sobre os sentimentos, comportamentos, falhas, pensamentos e ações em oposição ao egocentrismo. Esta autora afirma que é necessário que os indivíduos desenvolvam compaixão por si próprios primeiros, e depois fornecer este tipo de compaixão aos outros (Armstrong, 2011).

De acordo com Gilbert e Tirsch (2009), a autocompaixão possui como base competências mentais e cognitivas e motivações emocionais e psicológicas, sendo que esta pode ser desenvolvida e aperfeiçoada através do treino e aprendizagem.

Para Gilbert e Tirsch (2009), existem seis elementos integrantes da compaixão e autocompaixão. O primeiro elemento diz respeito à motivação experienciada pelo indivíduo para se consciencializar do próprio bem-estar e dos outros. Este elemento ao desenvolver-se aumenta os níveis de autocompaixão e compaixão para com os outros. O segundo elemento refere-se ao desenvolvimento de empatia para com as próprias necessidades e dificuldades, bem como para com as dificuldades dos outros. O terceiro elemento é caracterizado pelo desenvolvimento de empatia, bem como de abertura e inteligência emocional, de maneira a ter consciência dos sentimentos e necessidades dos outros. O quarto elemento declara a necessidade de o indivíduo desenvolver a sua capacidade de tolerância psicológica e emocional ao enfrentar e suportar sentimentos e pensamentos dolorosos, sem os reprimir ou evitar. O quinto elemento relaciona-se com o desenvolvimento de empatia e compreensão sobre as circunstâncias ou comportamentos dos outros. O último elemento é caracterizado pelo desenvolvimento de sentimentos de não julgamento e compreensão de forma holística e global do indivíduo (Gilbert & Tirsch, 2009).

3.2 Teorias da autocompaixão

3.2.1 Teoria da autocompaixão de Neff (2003)

De acordo com Castilho e Gouveia (2011), a autocompaixão envolve a metacognição ao rejeitar e questionar os sentimentos egocêntricos, de sobreidentificação e de isolamento, desenvolvendo uma sensação de comunidade, conexão e ligação com os outros e com as experiências que os outros vivenciam em conjunto. Deste modo, os indivíduos adotam uma atitude mais compassiva, aberta, com mais clareza e objetiva, sem julgamento e crítica. A autocompaixão baseia-se em componentes e fatores como a autobondade, consciência sobre si próprio e a própria humanidade em comparação com a autocrítica, sobreidentificação e o isolamento (Neff, 2003a).

De acordo com Neff (2003), a autocompaixão baseia-se e é um conjunto equilibrado com base na interação e cooperação entre três elementos principais, sendo estes o calor/compreensão, a condição humana e por fim, o mindfulness, relacionando-se e interligando-se entre si (Castilho & Gouveia, 2011; 2015; Gilbert, 2009; Neff & Germer, 2017). Estes três elementos permitem que os indivíduos desenvolvam estratégias de regulação emocional, bem como auxiliam na redução do stress proporcionado por vivências e experiências difíceis e dolorosas, modificando os pensamentos e sentimentos negativos em outros mais ajustados (Neff, 2003a).

O elemento denominado de Calor/Compreensão é direcionado ao próprio indivíduo quando confrontado com dificuldades e adversidades. Este consiste em direcionar compreensão, autocuidado e amabilidade em vez de dirigir crítica e julgamento a si próprio quando em sofrimento ou inserido em experiências dolorosas, influenciando a regulação emocional e o sistema de ameaça (Neff, 2003a; Neff & Davidson, 2016). O indivíduo possui uma postura de compreensão, sensibilidade, gentileza e amabilidade relativamente a acontecimentos dolorosos, falhas e erros em que existe a tendência para o indivíduo ser autocrítico e julgar-se. O elemento contrário ao calor/compreensão é a autocrítica e o julgamento, sendo que o indivíduo com níveis de autocompaixão mais baixos demonstra ser crítico para consigo próprio e focar-se mais no autojulgamento e para com as experiências vividas, em oposição em ser bondoso, generoso, caloroso, compreensivo e a tranquilizar-se a si próprio (Neff & Davidson, 2016).

Dito isto, o elemento da Condição Humana diz respeito à percepção das próprias experiências como fazendo parte da condição humana (Carona, 2017; Neff, 2003a, 2016). Este envolve o reconhecimento de que todos os aspetos são inerentes à condição humana e partilhados

pelos seres humanos nas suas experiências e vivências, como é o caso, do sofrimento emocional e psicológico, da influência da cultura, da genética, do ambiente familiar e social e dos pensamentos e sentimentos de cada indivíduo (Neff, 2003a). Neste elemento, os indivíduos tomam consciência de que as experiências dolorosas e angustiantes, as falhas, erros, dificuldades e sofrimento são partilhados e comuns a todos os seres humanos. O elemento contrário à condição humana é o isolamento, sendo que o indivíduo com níveis elevados de autocompaixão demonstra aceitação e reconhecimento de que todos os seres humanos passam por experiências dolorosas e adversas, ao contrário do isolamento por pensar que a sua experiência é única, desenvolvendo sentimentos de solidão e inadaptação pessoal e social (Neff & Daham, 2015; Tóth-Király & Neff, 2021).

Quando os indivíduos são confrontados com situações, acontecimentos ou experiências dolorosas e negativas, de forma automática, egocêntrica e irracional avaliam a situação, os seus sentimentos e pensamentos como se fossem únicos e diferentes das experiências dos outros, provocando ruminação acerca destes (Neff, 2003a). Assim, os sentimentos de isolamento e solidão, e egocentrismo são combatidos e transformados em sentimentos de conexão pessoal e ligação com os outros. Através da autocompaixão, o indivíduo aceita as próprias limitações, reconhecendo as experiências e vivências como elemento importante e fundamental da condição humana, comuns e partilhados de forma transversal a todos os seres humanos, focando-se nas compatibilidades, semelhanças e igualdades que são transversais entre todos os indivíduos e comuns a toda a experiência e vivência humana (Neff, 2003a).

O elemento denominado de Mindfulness é traduzido pela aceitação consciente e compaixão relativamente aos seus próprios pensamentos e sentimentos dolorosos, possuindo um equilíbrio relativamente a estes, sem permitir que estes o influenciem e proporcionem consequências negativas (Carona, 2017; Neff, 2003a, 2016; Smeets et al., 2014). Este elemento é caracterizado por uma atitude de compreensão, abertura e sem julgamento ou crítica em relação a pensamentos e emoções negativas e intrusivas, bem como uma atitude de observação em relação aos mesmos sem os ignorar ou controlar (Neff, 2003a; Smeets et al., 2014). Este elemento é definido através da capacidade de atingir a atenção e presença plena, aproveitando as experiências e vivências do momento e do presente, em que o indivíduo aceita os seus pensamentos e sentimentos, sem os suprimir ou reprimir (Neff, 2003a). Este conceito é percecionado como a forma de o indivíduo estar consciente e presente aquilo que o rodeia, aceitando os próprios pensamentos e sentimentos,

fornecendo maior objetividade, clareza e equilíbrio psicológico e emocional, eliminando o evitamento, a ruminação e aceitando pensamentos e sentimentos experienciados (Neff, 2011).

Desta forma, sabe-se que quanto maiores forem os níveis de mindfulness, maiores serão os níveis de autocompaixão (Neff, 2003a). Por exemplo, estudos afirmam que práticas de mindfulness e meditação aumentam a autocompaixão. Jazaieri et al (2014) afirma que o desenvolvimento da compaixão pode depender do desenvolvimento de práticas de mindfulness, existindo assim uma bidirecionalidade entre estes conceitos. O elemento oposto ao mindfulness é a sobreidentificação, A sobreidentificação refere-se à identificação e relação excessiva do indivíduo para com as situações e acontecimentos dolorosos, pensamentos e sentimentos negativos, focando-se e ruminando de forma excessiva nestes mesmos (Neff & Davidson, 2016).

Neff (2016) afirma que ao todo existem cerca de seis elementos, incluindo os três principais positivos e a sua oposição negativa. Desta forma, Potter et. al (2014) dividiu as componentes e elementos da autocompaixão em dois conjuntos diferentes, sendo que um engloba elementos positivos da autocompaixão como é o caso do Calor/Compreensão, da Condição Humana e do Mindfulness e o outro engloba elementos negativos da mesma, como é o caso do Autojulgamento, do Autoisolamento e da Sobreidentificação. Estes componentes e elementos interagem e colaboram entre si. Isto significa que quando um polo positivo aumenta, o seu polo negativo diminui, por exemplo, se a componente da Condição Humana aumenta, a componente de Isolamento diminui e o mesmo acontece com os restantes elementos (Neff, 2016; Neff et al., 2017).

De acordo com esta Neff (2016), os indivíduos possuem o poder de escolher em qual dos polos de cada elemento se querem inserir e qual a forma de reagirem às situações, nomeadamente, se escolhem responder à situação ou acontecimento de forma compreensiva e generosa consigo próprio, que se insere no polo do Calor/Compreensão ou se querem ser críticos, inserindo-se no polo da Autocrítica. Os indivíduos podem escolher a forma como interpretam a situação, ou seja, se consideram essa experiência uma vivência comum a todos os indivíduos, inserindo-se no polo da Condição Humana ou se consideram que a situação apenas acontece ao próprio, inserindo-se na componente do Isolamento. Por fim, os indivíduos escolhem a forma como se focam nesse sofrimento, se de uma forma atenta e plena, caracterizado pelo Mindfulness ou se se focam de forma intensa e excessiva, caracterizado pela Sobreidentificação (Neff, 2012; Neff & Dahm, 2015).

3.2.3 Sistemas de autocompaixão e teoria da vinculação

De acordo com Gilbert (2005), a autocompaixão proporciona bem-estar, calma e sensação de conforto, cuidado, sendo causada através de três sistemas que interagem e cooperam entre si, que ao trabalharem em conjunto proporcionam equilíbrio e regulação emocional.

O primeiro sistema refere-se ao sistema de ameaça que atua como proteção do indivíduo quando este se encontra em situações ameaçadoras, eliminando sentimentos negativos de raiva, medo e insegurança e levando o indivíduo a adotar estratégias de proteção e segurança, como a fuga, a submissão ou a luta. O sistema seguinte, de exploração caracteriza-se pela substituição destes por pensamentos e sentimentos mais positivos que orientam o indivíduo. Por fim, o sistema de conforto está relacionado com o sistema de vinculação segura dos indivíduos, que ajudam na tranquilização e restauro da calma e equilíbrio (Gilbert, 2014).

Certos autores, como acontece com Gilbert (2005; 2014), afirmam que a autocompaixão está relacionada e é influenciada pelas teorias da vinculação e da prestação de cuidados de segurança. O desenvolvimento de um sistema de vinculação segura com as figuras responsáveis provoca nos indivíduos o desenvolvimento de competências emocionais e de regulação emocional como a empatia e a compaixão. A falta de figuras de vinculação ou de um sistema seguro influencia a falta de sentimentos de conforto, segurança, confiança, potenciando a utilização de estratégias de regulação emocional e mecanismos de proteção (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert, 2014). Assim, as figuras de referência constroem e fornecem uma sensação de conforto, bem-estar e segurança ao indivíduo e este cria em si próprio sentimentos de ser desejado, amado e confortado, desenvolvendo a procura dos outros indivíduos e estratégias de regulação emocional positiva.

Este sentimento de segurança e conforto provoca no indivíduo sentimentos de calma, tranquilidade e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, assim como, um aumento da preocupação, cuidado e interesse pelos outros (Gilbert, 2005). Se a vinculação não for desenvolvida de forma saudável, pode impedir os indivíduos de criarem uma sensação de conforto, segurança, fazendo com que o indivíduo desenvolva outras estratégias de compensação como por exemplo, evitamento, ansiedade e crítica para consigo próprio e com os outros (Gilbert, 2005). Alguns estudos mais recentes demonstram que níveis menores de autocompaixão relaciona-se com um estilo de vinculação insegura (Wei et al., 2011; Gilbert, 2009, 2015).

3.3 Benefícios e consequências dos níveis de autocompaixão

A autocompaixão é considerada um fator de proteção e preditor do bem-estar subjetivo e psicológico, sendo considerada uma estratégia eficaz de autorregulação, interferindo na maneira como o indivíduo enfrenta o próprio sofrimento (Neff, 2014; Neff & McGehee, 2010; Parente et al., 2018; Phillips & Ferguson, 2012). A autocompaixão está associada a um maior funcionamento psicológico e emocional saudável e na saúde psicológica e emocional (Neff, 2011).

A autocompaixão encontra-se associada negativamente com a autocrítica, neuroticismo, ruminação e ainda à sintomatologia ansiosa e depressiva e encontra-se ainda associada positivamente à satisfação com a vida, a um aumento do afeto positivo, inteligência e regulação emocional, do bem-estar psicológico, da tolerância, da resiliência e conexão social e pessoal (Castilho & Gouveia, 2011; Costa, 2015; Dreisoerner et al., 2021; Krieger et al., 2016; MacBeth & Gumley, 2012; Parente et al., 2018; Umran, 2014; Zhou et al., 2013). A autocompaixão possui assim um efeito protetor contra o desenvolvimento de determinadas perturbações e questões psicológicas como a depressão e ansiedade (Akin & Akin, 2015; Cunha et al., 2013; Fung et al., 2021; Kim & Ko, 2018; Pinto-Gouveia et al., 2013; Trompeter et al., 2017; Wu et al., 2021).

Enquanto estratégia de coping e de regulação emocional ajuda na moderação e regulação de comportamentos, sentimentos e reações negativas, neutralizando o impacto e consequências destas reações e sentimentos no indivíduo (Castilho & Gouveia, 2011; Pinto-Gouveia et al., 2013). Isto significa que indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão possuem uma perspetiva das situações mais objetiva, adotando comportamentos e recursos de regulação eficazes que tendem a reduzir o stress gerado por determinado acontecimento (Sirois et al., 2015). Os indivíduos adotam uma maior consciência e focalização nas emoções e pensamentos, aceitando e enfrentando pensamentos e sentimentos dolorosos e possuindo uma sensação de condição humana partilhada, de maneira a tolerar mais conscientemente as situações e acontecimentos adversos. A autocompaixão encontra-se também relacionada com a inteligência emocional devido ao desenvolvimento consciência e atenção às próprias emoções (Germer & Neff, 2013; Neff, 2011).

De acordo com Castilho et al (2011), maiores níveis de mindfulness estão associados a maiores níveis e estratégias de regulação emocional, bem como maiores níveis de mindfulness estão relacionados com o aumento da autocompaixão e vice-versa. Desta forma, sabe-se que a autocompaixão está relacionada de forma negativa com a autocrítica e ruminação assim como o aumento das relações interpessoais e sociais (Castilho et al., 2011; Sirois & Hirsch, 2019).

Os indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão possuem menor probabilidade de catastrofizar acontecimentos, pensamentos ou sentimentos negativos (Allen & Leary, 2010; Parente et al., 2018). Yarnell e Neff (2013) descobriram que níveis elevados de autocompaixão representam níveis superiores de bem-estar nas relações interpessoais, maior probabilidade de espontaneidade e autenticidade, influenciando de forma positiva as relações interpessoais.

Neff (2003) afirma que os indivíduos com menores níveis de autocompaixão eram considerados indelicados e rudes para com os próprios e enfrentavam pensamentos, sentimentos e memórias intrusivas e traumáticas, possuindo comportamentos compensatórios. Os indivíduos com menores níveis de autocompaixão, apresentavam níveis elevados de compaixão para com os outros, apresentando autocrítica e julgamento próprio, enquanto os indivíduos com níveis elevados de autocompaixão preocupavam-se com eles próprios e com os outros (Neff, 2003a; 2012).

Investigações neurológicas demonstram que sentimentos de autocompaixão ativam o córtex pré-frontal, pois esta área está associada aos sentimentos de bem-estar e otimismo (Damásio, 2010; Lutz et al., 2004). A autocompaixão diminui o sistema de perigo, insegurança e ameaça envolvido no sistema límbico do cérebro e regula-o através de um sistema de segurança tranquilizante envolvendo a libertação de oxitocinas (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Quando os indivíduos possuem menores níveis de autocompaixão significa que o sistema tranquilizador que está envolvido nos sentimentos de conforto e segurança, não está desenvolvido ou o sistema de ameaça ainda está em utilização e o sistema de tranquilização não se consegue regular (Castilho, 2011; Gilbert & Irons, 2005; Svendsen et. al, 2017). Quando os indivíduos evidenciam níveis baixos de autocompaixão, apresentam níveis elevados de egocentrismo e centrados nos próprios problemas, na maior parte das situações percebidos como únicos (Neff, 2003a; 2008). Por outro lado, indivíduos com níveis elevados de autocompaixão apresentam uma posição compreensiva e compassiva relativamente aos acontecimentos dolorosos do próprio e dos outros, preocupando-se com o próprio bem-estar e com o dos outros.

De acordo com Hayes et. al (2016), Neff (2003), e Yarnell et. al (2015), o sexo feminino possui níveis maiores de autocompaixão do que o sexo masculino, apresentando mais probabilidade de possuírem autojulgamento, sentimentos de isolamento, menos consciencialização das próprias emoções e níveis mais elevados de sobreidentificação. Alguns estudos contrariamente ao que foi mencionado anteriormente, afirmam que não existem diferenças significativas entre o sexo dos participantes (Neff, 2003a). De acordo com diversos autores (Neff & Pommier, 2012;

Parente et al., 2018), os níveis de autocompaixão não variam de acordo com o sexo nem de acordo com a idade dos indivíduos. Existem estudos que afirmam que o sexo feminino com idade superior a 30 anos que apresentam maiores níveis de autocompaixão (Souza e Hutz, 2016). Por outro lado, Costa (2015) afirmam que o sexo masculino possui maiores níveis de autocompaixão. Em relação à idade, Neff e Pommier (2012) afirmam que esta condição influencia os níveis de autocompaixão podendo-se tornar num fator preditor de autocompaixão. Estes alegam que os indivíduos com idades superiores aos 40 anos de idade possuem níveis superiores de autocompaixão.

3.6 A autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

De acordo com Carona (2017), a autocompaixão e as suas dimensões devem ser desenvolvidas nos profissionais de saúde mental como maneira de ajudar “o psicólogo no cultivo dessa atitude e dessas competências para a melhor realização pessoal e profissional num contexto particularmente desafiante” (pág.13). O desenvolvimento da autocompaixão pode ser um fator de proteção e prevenção contra o burnout, visto que uma das consequências desta profissão e de utilizar a empatia e compaixão para compreender o sofrimento psicológico e emocional dos indivíduos, implicando a probabilidade de o próprio profissional sofrer por contágio emocional ou contratransferência (Figley, 2002; Grego et al., 2022; Nelson et al., 2017).

As exigências profissionais do seu trabalho, nomeadamente, as exigências emocionais podem causar consequências a nível da relação terapêutica e aumentar a probabilidade de desenvolver burnout ou fadiga por compaixão (Beaumont et al., 2016). Estes profissionais estão sujeitos e vulneráveis a diversos riscos psicossociais provenientes das exigências emocionais e psicológicas implícitas no seu trabalho, fazendo com que desenvolvam burnout e fadiga de compaixão, sendo que a autocompaixão e estratégias focadas na mesma possui em efeito protetor e preventivo contra estas condições clínicas (Beaumont et al., 2016).

A autocompaixão pode possuir um papel mediador ao reduzir a fadiga por compaixão, ao desenvolverem estratégias adequadas e ajustadas de autorregulação das emoções, enquanto expostos ao sofrimento dos seus clientes (Bibeau et al. 2016, 2020). Diversas investigações têm demonstrado que estudantes universitários de licenciatura e pós-graduação de psicologia e *counselling* que desenvolvem práticas e competências de mindfulness experienciam diminuição e declínio nos seus níveis de stress, ruminação, de ansiedade e stress, bem como aumento na sua autocompaixão e afetos positivos (Newsome et al., 2012; Shapiro et al., 2007). A compaixão é

uma das ferramentas mais importantes na relação terapêutica assim como a empatia e a capacidade e preocupação empática (Falcone et al., 2008). As informações, experiências e vivências que o indivíduo fornece pode provocar no terapeuta ou psicólogo diversas respostas psicológicas e emocionais que motivam consequências a nível pessoal e profissional, como a fadiga por compaixão, diminuindo a sua preocupação empática e escuta ativa (Ainsworth & Sgorbini, 2010).

De acordo com Voon et. al, (2021) e através de uma investigação em terapeutas, a autocompaixão está positivamente relacionada com a resiliência pessoal e profissional e com o bem-estar psicológico não só do próprio profissional como no processo terapêutico e na relação terapêutica, sendo benefício para a própria atuação da sua profissão. Acredita-se que a autocompaixão pode atuar fator de proteção, ajudando na forma como os profissionais reagem e lidam com as dificuldades, desafios e adversidades da própria profissão (Voon et al., 2021).

O desenvolvimento da autocompaixão em terapeutas, counselors e psicólogos está relacionado com o desenvolvimento de estratégias e comportamentos de autocuidado, sendo o autocuidado uma forma de comportamentos de autocompaixão (Coaston, 2017). Desenvolver a autocompaixão permite que estes profissionais desenvolvam as competências e capacidades emocionais para demonstrar compaixão e empatia pelos outros indivíduos (Coaston, 2017). De forma a praticar a autocompaixão, o profissional necessita de ser honesto consigo próprio e ter consciência dos sentimentos que o cliente desperta em si, quer seja alegria, desconforto ou sofrimento, aceitando os próprios sentimentos sem julgamento (Germer & Neff, 2015).

De acordo com Grego et. al (2022), ainda não existe um número avançado de intervenções e investigações cujo objetivo é desenvolver a autocompaixão destes profissionais de saúde mental.

Patsiopoulos e Buchanan (2011) afirmam que existem diversos benefícios da autocompaixão nestes profissionais relativamente à sua saúde e bem-estar psicológico e emocional, bem como no desenvolvimento da relação terapêutica entre este e o cliente. Desta forma, a autocompaixão está relacionada com o aumento da capacidade de observar os próprios estados emocionais e pensamentos com aceitação e bondade (Patsiopoulos & Buchanan, 2011). Esta capacidade de autoconsciência providencia um fator de proteção contra o stress ocupacional, ao conseguir identificar e conseguir lidar com sinais de burnout, fadiga por compaixão e situações terapêuticas complicadas. A autocompaixão também pode ajudar no desenvolvimento da capacidade e competências de regulação emocional e aceitação acerca das próprias limitações, bem como na diminuição do autocriticismo e perfeccionismo (Richardson et al., 2020).

A autocompaixão causa, ainda, benefícios no que diz respeito à relação terapêutica entre o profissional e o cliente, influenciando a sua eficácia e competência enquanto profissional e eficácia, assim como o seu bem-estar na relação terapêutica, provocando benefícios na relação terapêutica e na eficácia dos seus serviços (Latorre et al., 2021; Voon et al., 2022). Por exemplo, a autocompaixão dos profissionais está associada com diversos comportamentos, nomeadamente, com o lidar, enfrentar e gerir as próprias expectativas, desenvolver um equilíbrio entre as necessidades do próprio e as necessidades do cliente, práticas e comportamentos de autocuidado, bem como providenciar uma quantidade maior de compreensão, bondade e compaixão e gerir o próprio julgamento assim como do cliente (Galili-Weinstock et al., 2020; Nelson et al., 2017).

A autocompaixão é uma forma de autocuidado que deve ser priorizada como forma de lidar, enfrentar e gerir de forma mais adequada o stress ocupacional, os desafios e exigências da sua profissão como por exemplo reconhecer sinais e sintomas de exaustão, enfrentar dilemas profissionais e processar as próprias decisões e as suas consequências, assim como o aumento da capacidade de o profissional trabalhar de forma eficaz com o cliente e desenvolvimento da relação terapêutica. A autocompaixão provoca nestes o aumento da sensação de bem-estar físico, psicológico e emocional (Barton, 2020; Patsiopoulos & Buchanan, 2011; Quaglia et al., 2021).

Neste aspeto, a autocompaixão é também considerada um fator que contribui para o aumento da sua qualidade de vida pessoal e profissional (Grego et al., 2022; Neff & Germer, 2013). A autocompaixão está ainda relacionada com um equilíbrio mais ajustado e adequado entre a vida profissional e pessoal do profissional (Grego et al., 2022; Stamm, 2010; Voon et al., 2021). Um estudo desenvolvido por Finlay-Jones et al (2017) numa formação e curso acerca da autocompaixão demonstrou que estudantes de psicologia descreveram um aumento da sua competência e eficácia terapêutica, aumento da resiliência, diminuição do stress, reconhecimento da importância de práticas de autocuidado e autocompaixão. Os profissionais de saúde mental que possuem algum treino em mindfulness e em programas baseados na compaixão apresentam um aumento nos níveis de autocompaixão. Desta forma, torna-se essencial que o treino de competências mindfulness em futuros psicólogos seja incorporado, visto que este aumentou a autocompaixão, diminuiu a fadiga por compaixão e aumentam a satisfação por compaixão, principalmente, em psicólogos e psicoterapeutas cujos clientes experienciaram acontecimentos traumáticos (Coleman et. al., 2016), providenciando uma estratégia eficaz (Newsome et al., 2012).

Capítulo 4 - Influência da Covid-19

4.1 Qualidade do sono na pandemia Covid-19

A pandemia provocou consequências nos indivíduos a nível do funcionamento emocional, físico, social, cognitivo, psicológico e profissional que influenciaram os padrões e ciclo de sono, ao provocar problemas e disrupções nas rotinas normais dos indivíduos que são fundamentais para o ritmo e sistema circadiano, podendo prejudicar o ciclo do sono (Gupta et al., 2020a; Partinen et al., 2021). Neste contexto, a qualidade de sono está relacionada a outras perturbações psicológicas e emocionais, e com o desenvolvimento ou agravamento das mesmas, nomeadamente da sintomatologia depressiva, de pânico e ansiosa, de stress pós-traumático, assim como sentimentos de frustração, medo, aumento dos níveis de stress, de fadiga física e cansaço, angustia e sofrimento psicológico e emocional, principalmente em profissionais de saúde e em indivíduos que contraíram este vírus (Alimoradi et al., 2021; Gupta et al., 2020a). Os indivíduos que consideravam um declínio na sua saúde mental eram mais prováveis de desenvolver níveis mais baixos e pobres de qualidade de sono, aumentando a latência do mesmo (Banthiya et al., 2021). A qualidade de sono diminuiu durante a pandemia, existindo nos indivíduos níveis baixos de qualidade de sono (Banthiya et al., 2021; Moreno et al., 2022).

Os problemas de sono estão associados e relacionados a diversos fatores nomeadamente medo de contrair o vírus, incerteza no que toca à sua saúde, imprevisibilidade da situação pandémica, afastamento físico, social e pessoal de familiares, amigos e entes queridos, aumento do stress, stress em relação ao mesmo, dificuldades e consequências emocionais, relacionais, laborais, familiares e financeiras, afetando a motivação, estabilidade e produtividade (Gupta et al., 2020a; Partinen et al., 2021; Werner et al., 2021). Por outro lado, a qualidade de sono está associada à resiliência que diminui o stress percebido, sendo que níveis baixos de qualidade de sono e insónias demonstram níveis baixos de resiliência psicológica e emocional (Lenzo et al., 2022), sendo que níveis elevados de stress estão relacionados com níveis de qualidade de sono baixas, enquanto níveis elevados de autocuidado e afeto positivo se relacionaram com o aumento da qualidade de sono (Werner et al., 2021). O aumento do stress devido à Covid-19 aumentou o risco e prevalência das perturbações do sono em profissionais de saúde (Salari et al., 2020).

Gupta et al. (2020a) afirma que a pandemia, os confinamentos e quarentenas provocou o aumento e desenvolvimento de problemas e perturbações de sono e influenciaram os padrões e processos de sono, provocando um aumento de insónias iniciais, intermédias e finais, bem como

o aumento da sonolência diurna e de pesadelos noturnos (Banthiya et al., 2021; Moreno et al., 2022; Partinen et al., 2021).

Os indivíduos apresentaram também uma redução no horário do sono noturno, deitando-se e acordando mais tarde e aumentando a frequência de sestas durante o dia, sendo uma das razões para a diminuição da qualidade e quantidade de sono, atuando como forma de combater os seus problemas de sono (Gupta et al., 2020a; Moreno et al., 2022). A sesta diurna reduz a pressão do sono, atrasa o horário do sono e de dormir e aumenta a latência do mesmo, influenciando o sistema homeostático e circadiano do ciclo do sono. Assim, a diminuição da quantidade de sono reduz o sono de ondas lentas que podem provocar uma má qualidade de sono (Gupta et al., 2020a; Moreno et al., 2022). Mesmo com o aumento do aumento da frequência das sestas, os indivíduos continuavam a dormir menos de 5 horas e insatisfeitos com a duração e qualidade do sono, sugerindo que as sestas foram insuficientes, possivelmente aumentando a insatisfação com a qualidade do sono e contribuição para o aumento das insónias, apresentando dificuldades em manter e iniciar o sono (Moreno et al., 2022).

Acontece, assim, um desequilíbrio nos ritmos biológicos e cronológicos do organismo, nomeadamente nos dois sistemas essenciais que regulam o processo de sono, o sistema circadiano e homeostático devido ao facto de os indivíduos passarem muito tempo a dormir no período da manhã e terem oportunidade de fazer sestas durante o resto do dia, desregularizando os períodos adequados de sono (Borbély et al., 2016; Gupta et al., 2020a). Desta maneira, os padrões de sono foram caracterizados como disfuncionais, pois existiu um atraso no horário de dormir, aumento do atraso a acordar, aumento da latência de sono, aumento do tempo de ecrãs e tecnologias, exposição solar limitada, mudanças nas rotinas diárias dos indivíduos, redução na duração e quantidade de sono, redução do sono noturno, aumento do quantidade e duração das sestas durante o dia, bem como uma diminuição da qualidade de sono e aumento das insónias (Gupta et al., 2020a; Banthiya et al., 2021; Morin et al., 2020). Ainda assim, alguns indivíduos relataram que a sua qualidade de sono melhorou devido à flexibilidade de horários (Gupta et al., 2020a; Partinen et al., 2021).

Numa investigação realizada em 2020 por Rodríguez-De Avila et al. (2021) que abrangeu países como Portugal, Brasil e Columbia descobriu-se que mais de 50% dos participantes revelaram uma qualidade de sono pobre e níveis baixos de qualidade de sono, estando este associado a níveis mais elevados de ansiedade e ideação suicida.

Por outro lado, o aumento dos problemas e perturbações de sono, bem como da diminuição da qualidade de sono são mais prováveis de existirem em profissionais de saúde e de saúde mental do que noutras profissões (Huang & Zhao, 2020). Os grupos mais vulneráveis incluem indivíduos com instabilidade financeira, doenças crónicas pré-existentes físicas, assim como indivíduos com perturbações psicológicas e emocionais já existentes ou que desenvolveram algum tipo de perturbação ou problemática psicológica durante o confinamento ou quarentena (Holmes et al., 2020; Pierce et al., 2020). Por esta razão, uma rotina específica e adequada auxilia no aumento da quantidade e qualidade de sono através de fatores internos e externos (Gupta et al., 2020a).

4.2 Autocuidado na pandemia Covid-19

O autocuidado durante a pandemia pode focar-se em diversas vertentes e dimensões, utilizando estratégias, práticas e atividades que se focam em dimensões diferentes, que se complementam e que contribuem para o funcionamento saudável físico, social, psicológico e emocional. Algumas destas dimensões incluem a dimensão psicológica e emocional, a dimensão física ou a dimensão médica como por exemplo implementar estratégias que controlem ou que contribuam para a diminuição ou manutenção de sintomas físicos de certas doenças e por fim, a dimensão social e familiar (Gupta et al., 2020b; Leese et al., 2021; Lewis et al., 2022).

Autores consideram que algumas medidas de autocuidado englobam medidas de prevenção contra a pandemia Covid-19, nomeadamente, manter a distância social, reduzir o contacto com superfícies contaminadas, lavar as mãos frequentemente, utilização de máscara, encorajando conexão com amigos e família através de métodos tecnológicos e sociais (Ayosanmi et al., 2022).

Este foi associada em algumas investigações ao medo da Covid-19, sendo que os indivíduos que possuem níveis mais baixos de medo da Covid-19 foram menos prováveis de implementarem comportamentos de autocuidado, nomeadamente em comportamentos de higiene como lavar as mãos (Mohammadpour et al., 2020). Alguns componentes negativos da autocompaixão, como o autojulgamento estão associados de forma negativa ao medo deste vírus (Mohammadpour et al., 2020).

Alguns fatores envolvidos influenciam a prática de autocuidado, nomeadamente, a perceção de risco relacionado com o contrair do presente vírus, a educação sobre saúde e confiança nas fontes de informação e o conhecimento de estratégias preventivas de autocuidado.

Simultaneamente, existem diferenças significativas entre os comportamentos de autocuidado de higiene e proteção individual como lavar as mãos, uso de máscara e distanciamento social, o medo da Covid-19 as escalas de autocompaixão como a autobondade e o isolamento, o que significa que indivíduos que possuíam níveis mais elevados de medo da Covid-19 e ainda níveis elevados de autocompaixão possuíam mais probabilidade de desenvolver e implementar comportamentos de autocuidado e higiene como lavar as mãos, utilizar desinfetante frequentemente e manter o distanciamento social (Ayosanmi et al., 2022; Mohammadpour et al., 2020).

De acordo com Fiske et al. (2021), as práticas de autocuidado aumentaram durante a quarentena, uma vez que cerca de um terço dos indivíduos relatou ter começado uma atividade, estratégia ou comportamento de autocuidado durante a quarentena e cerca de um quarto começou a praticar métodos e práticas de autocuidado durante esta época que anteriormente não implementavam como yoga, mindfulness, meditação, bem como aumento da sua quantidade e qualidade de sono de forma a procurarem novas formas e maneiras de cuidarem de si próprios e de lidarem com os efeitos negativos da pandemia e do confinamento (Gupta et al., 2020b; Leese et al., 2021; Lewis et al., 2021). Os tipos de autocuidado implementados dividiam-se em autocuidado digital e não digital, existindo um foco no autocuidado digital como forma de promover e manter o funcionamento saudável dos indivíduos (Fiske et al., 2021).

Por exemplo, um estudo realizado em profissionais de saúde revelou que estes tiveram de se ajustar à nova realidade pessoal e profissional, adotando novas estratégias e práticas de autocuidado e novas mentalidades de forma a lidar com as próprias dificuldades e desafios pessoais e profissionais, que diminuíam e prejudicavam o autocuidado destes profissionais (Lewis et al., 2022). Estes profissionais deram mais importância às dimensões sociais do autocuidado, como por exemplo, ser valorizado ou conexão social, visto que maior parte das atividades e comportamentos de autocuidado com o confinamento e restrições fecharam ou estes estavam impossibilitados de usufruir dos mesmos. Para estes profissionais, o autocuidado era considerado uma forma de escape às suas profissões e exigências profissionais (Lewis et al., 2022; Nawaz et al., 2020).

Alguns destes relataram práticas e estratégias de autocuidado que incluíam estabelecer novas rotinas para equilibrar a vida profissional e pessoal, passar tempo de qualidade com família e amigos pessoalmente ou online, diminuir a exposição a notícias, atividades que desenvolviam o funcionamento psicológico como ler, implementar regimes saudáveis de exercício físico e alimentação, melhorar a qualidade de sono, praticar mindfulness ou até reservar tempo para

repousar e descansar, são apenas algumas destas estratégias de autocuidado. Assim, o autocuidado foi essencial como estratégia de *coping* e de regulação emocional para que lidassem melhor com a sua angústia psicológica e emocional e com a incerteza da pandemia e da sua profissão, estando associados ao domínio social, importante para que estes se sintam conectados a indivíduos com experiências semelhantes (Garcia et al., 2022; Lewis et al., 2022; Nawaz et al., 2020).

Alguns estudos demonstraram que existe uma associação entre autocuidado, autocompaixão e resiliência, bem como uma associação entre estas variáveis e uma maior satisfação profissional e uma diminuição das consequências físicas e psicológicas da Covid-19, principalmente em profissionais de saúde (Garcia et al., 2022). Estes profissionais demonstraram possuir níveis mais baixos de autocuidado, principalmente de autocuidado físico.

4.3 Autocompaixão na pandemia Covid-19

Uma investigação realizada por Deniz (2021) demonstrou que a autocompaixão estava relacionada de forma significativa com a intolerância pela incerteza, medo da Covid-19 e ainda com o bem-estar dos indivíduos. Isto significa que indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão demonstraram níveis mais baixos de intolerância à incerteza, que consequentemente diminuiu o nível percebida de medo pela Covid-19 e o diminuiu o bem-estar desses mesmos indivíduos (Deniz, 2021). A autocompaixão contribui para reduzir a intolerância relativamente à incerteza, o medo do futuro depois da pandemia, diminuindo o medo sentido pela Covid-19 e aumentando os níveis de bem-estar e felicidade e resiliência, através do aumento da autorregulação de emoções e estratégias de *coping*, existindo uma associação significativa entre estes, bem como contribuindo para prevenir sintomas ansiosos e depressivos (Hatun & Kurtça, 2022; Jansen et al., 2021; Liang et al., 2022). O medo pela Covid-19 atua assim, como um fator mediador entre a autocompaixão e o bem-estar dos indivíduos (Deniz, 2021; Li et al., 2021)

Assim, a autocompaixão é considerada como sendo um fator de proteção contra o sofrimento e angústia emocional durante a pandemia Covid-19, afetando a variabilidade do estado psicológico, proporcionando benefícios psicológicos aos indivíduos afetados negativamente pela pandemia (Gutiérrez-Hernández et al., 2021; Li et al., 2021).

Uma investigação realizada por Nguyen e Le (2021) demonstra que a autocompaixão diminui o stress desenvolvido devido à pandemia, bem como aumentando a satisfação com a vida,

sendo que estratégias de coping positivas mediaram a relação entre a autocompaixão e a satisfação com a vida (Li et al., 2021). A autocompaixão está ainda relacionada com a solidão experienciada no local de trabalho, sendo que indivíduos com maiores níveis de autocompaixão possuíram uma maior capacidade de lidar de forma mais ajustada com sentimentos depressivo e de solidão laboral, sendo um recurso importante nos trabalhadores durante a pandemia (Andel et al., 2021).

Paucsik et al. (2022) afirma ainda que a autocompaixão foi um fator fundamental e protetor contra os efeitos e consequências dos confinamentos, nomeadamente na ansiedade, depressão e stress, apesar de que os níveis de autocompaixão mantiveram-se estáveis e não variaram ao longo do tempo nem influenciados pelos diversos confinamentos existentes num espaço de um ano, demonstrando que pode ser um traço estável ao longo do tempo e essencial para os indivíduos enfrentarem dificuldades e desafios ao promover a autorregulação. O aumento dos níveis de autocompaixão pode contribuir para a diminuição deste tipo de sintomatologia ansiosa e depressiva e para o melhoramento da saúde mental e para a obtenção de um funcionamento psicológico e emocional saudável (Gutiérrez-Hernández et al. 2021; Liang et al., 2022).

Simultaneamente, Gutiérrez-Hernández et al. (2022) afirma que os três domínios principais da autocompaixão que englobam o mindfulness, a autobondade e a condição humana reduzem a correlação negativa entre o nível de infecciosidade percebida pelos indivíduos e o sofrimento emocional, diminuindo o seu papel na angústia e sofrimento emocional, envolvendo um fator protetor da autocompaixão. Estes autores verificaram que o impacto de variáveis que afetavam negativamente o bem-estar emocional dos indivíduos, nomeadamente, o sexo, as idades mais jovens e possuir perturbações ou questões psicológicas prévias foram significativamente reduzidas através da autocompaixão observando uma diminuição do impacto destas variáveis no sofrimento emocional (Gutiérrez-Hernández et al., 2022).

Por outro lado, Franceschini et al. (2020) afirma que fatores como o sexo, principalmente feminino, a perda de um ente querido pela Covid-19, bem como níveis elevados de depressão, ansiedade e stress foram considerados preditores de níveis baixos de qualidade de sono durante o primeiro confinamento. Para Gutiérrez-Hernández et al. (2022), ser do sexo feminino, ter idades mais jovens e possuir algum tipo de perturbação mental aumentou o impacto psicológico e emocional da pandemia, diminuindo a relação entre medo da Covid-19 e o sofrimento emocional. Um estudo realizado por Palma et al. (2022) demonstrou que o sexo masculino apresentava níveis baixos de autocompaixão e níveis elevados de stress percebido no primeiro semestre da

pandemia, sendo que esta associação foi moderada por variáveis sociodemográficas e emocionais, como a identidade sexual, a idade, a educação, o tipo de profissão, o rendimento mensal e a sua saúde mental e emocional. Os níveis mais baixos de autocompaixão e níveis elevados de stress estavam associados a indivíduos do sexo masculino solteiros, que viviam sozinhos ou com amigos e com suspeita de perturbação mental (Palma et al., 2022).

A autocompaixão, juntamente com a empatia e a resiliência foram ainda considerados fatores essenciais para diminuir a fadiga por compaixão, o burnout e aumentar a qualidade de vida. A dimensão do mindfulness existente na autocompaixão é um preditor negativo do burnout, sendo que a empatia é um preditor negativo da fadiga por compaixão (Ruiz-Fernández et al., 2020, 2021).

Uma investigação realizada por Swami et al. (2021) afirmou que maiores níveis de stress associado à Covid-19 estavam associados de forma significativa com perturbações relacionadas com a imagem corporal dos indivíduos e que a relação entre o stress e a imagem corporal foi mediada pela autocompaixão, sendo que o stress por Covid-19 estava associado a níveis de autocompaixão baixos e que quanto maiores os níveis de autocompaixão, menores os níveis de perturbações de imagem corporal. Este estudo conclui que a promoção da autocompaixão pode ser um meio eficaz e essencial para diminuir as consequências e impactos da pandemia Covid-19 nas perturbações referentes à imagem corporal dos indivíduos (Swami et al., 2021).

O desenvolvimento e aumento da autocompaixão esteve associada à diminuição da alimentação excessiva durante o início da pandemia, bem como diminuição do medo do futuro e da preocupação com a Covid-19 (Jansen et al., 2022; Schnepfer et al., 2020). A autocompaixão esteve associada de forma positiva com o otimismo e o humor, atuando como um papel mediador com a exaustão, demonstrando a importância que os fatores e recursos individuais possuem na forma como cada indivíduo lidam com situações desafiadoras e de stress (Grandi et al., 2022).

4.4 Impacto da Covid-19 na psicologia e nos psicólogos

A Covid-19, tal como mencionado anteriormente, provocou consequências a nível físico, profissional e psicológico, nomeadamente nos profissionais de saúde física e mental, como os psicólogos e psicoterapeutas (Caurin et. al, 2021). Estes são assim mais suscetíveis e vulneráveis a estas consequências e influências, sendo considerados por alguns autores como fundamentais no combate à pandemia (Caurin et. al, 2021; Teixeira et al., 2020).

O psicólogo é confrontado com desafios e dificuldades e necessita de suporte e apoio, principalmente porque devido à pandemia, estes desenvolveram consequências na saúde mental como o desenvolvimento de problemas como a ansiedade, stress, abuso de substâncias e depressão (Caurin et. al, 2021; Moraes et. al, 2021; Schmidt et al, 2020). Assim, com o desenvolvimento da atual pandemia, estes profissionais vivenciaram uma rutura e transformação nas suas rotinas, experienciando problemas pessoais, financeiros, sociais e familiares semelhantes aos dos seus clientes (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021).

De acordo com Montañó e Tovar (2022), numa investigação realizada em terapeutas em isolamento por Covid-19, estes profissionais apresentaram níveis baixos de burnout, demonstrando que o autocuidado surge como fator protetor contra a exaustão emocional e a despersonalização, como estratégia de regulação emocional e de realização pessoal, comprovando a importância de estratégias e comportamentos de autocuidado nos psicólogos como forma de lidar e gerir melhor os efeitos e consequências da pandemia (Hoffman et al., 2020). Caurin et. al (2021) defende que é necessário cuidar de quem fornece assistência àqueles que a procuram e que muitas vezes se negligenciam em benefício dos seus clientes. Visto que também estão inseridos em contextos clínicos vulneráveis, é necessário direcionar a atenção para o cuidado dos psicólogos de maneira que o atendimento possa ser fornecido com eficácia e qualidade (Caurin et. al, 2021).

Os psicólogos inseridos em contexto hospitalar, desde o começo da pandemia que contactam diariamente com o luto e a morte, atuando nas consequências da hospitalização, no contacto com familiares em luto, além do sofrimento dos próprios profissionais de saúde (Grincenkov, 2020). O objetivo destes psicólogos é auxiliar na redução do sofrimento psicológico e emocional originado pela doença que motivou a hospitalização, orientando as suas emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos (Danzmann et al., 2020). Por outro lado, Humer et al. (2020) afirma que estes profissionais não acreditam que a terapia online/consultas, online de psicologia sejam comparáveis às consultas presenciais, ainda que as suas expectativas e experiência com este tipo de consulta tenha sido melhor do que o esperado.

Desta forma, existe uma maior probabilidade destes psicólogos que trabalham em contexto hospitalar desenvolverem ou potenciarem o aumento de ansiedade, burnout, depressão, perturbações de stress pós-traumático e psicossomáticas (Moraes et al., 2021).

Com as restrições pandémicas, a utilização de consultas à distância e de forma remota de psicologia e psicoterapia tem sido mencionada como sendo uma alternativa eficaz e equivalente

às consultas presenciais no que toca à sua eficácia em fornecer acompanhamento a problemas psicológicos como a ansiedade e depressão (Poletti et al., 2020), exigindo um elevado nível de adaptação e transição. Desta maneira, os psicólogos tiveram a necessidade de se adaptar à necessidade de atendimentos online de maneira que o acompanhamento psicológico continuasse a acontecer, em contexto hospital e clínico (Bruch et al., 2021; Caurin et al., 2021; Moraes et al., 2021; Ribeiro et al., 2021; Schmidt et al., 2020).

Alguns dos desafios vivenciados por estes profissionais na utilização de consultas à distância incluiu a diminuição percebida da conexão emocional e de empatia com os clientes, o aumento da distração durante as sessões por parte do terapeuta e do cliente, por acreditarem que o processo terapêutico online não consegue substituir o processo presencial, prejudicando os seus benefícios, a limitação da privacidade e confidencialidade, o desconforto dos clientes em usufruírem deste tipo de consultas e por fim, os limites impostos pelo terapeuta na sua vida pessoal e no setting das consultas (Békes et al., 2021; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021).

Estes desafios foram associados a uma percepção negativa da qualidade da relação e aliança terapêutica, a uma atitude negativa relativamente à eficácia e utilização das consultas online, sentindo-se apreensivos e relutantes em envolver as consultas online na sua prática (Békes et al., 2021; Hantsoo et al., 2017; Humer et al., 2020; Stefan et al., 2021). Estes desafios percebidos pelos profissionais diminuíram ao fim de três meses, enquanto a distração aumentou. Os terapeutas com mais experiência relataram menos desafios neste tipo de sessões (Bruch et al., 2021). Os terapeutas com mais experiência profissional sentiam-se mais confortáveis a implementarem consultas presenciais. Por outro lado, os terapeutas com menos experiência apresentaram uma maior probabilidade de implementarem consultas online (Békés et al., 2021).

Muitos profissionais possuíam as competências e ferramentas necessárias para adaptarem a sua prática clínica à prática digital dos seus serviços e continuar assim com o acompanhamento e intervenção terapêutica durante a pandemia (Karekla et al., 2021; Sammons et al., 2021).

Apesar de existirem benefícios no que toca ao acompanhamento online, são manifestados o seu ceticismo e resistência à utilização deste tipo de atendimento, nomeadamente por parte dos clientes, sendo que os seus principais receios residem no facto de poder não existir credibilidade na aliança terapêutica já construída e de ocorrer o risco de se perder o sigilo e a confidencialidade, inibindo o cliente de partilhar os seus sentimentos e pensamentos (Danzmann et al., 2020; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021). Apesar das resistências, o acompanhamento

online tornou-se uma ação essencial não só no combate às consequências da pandemia e como forma preventiva (Danzmann et al., 2020).

A satisfação do profissional com psicologia remota possui cerca de quatro preditores, sendo estes a interrupção do processo terapêutico, a experiência prévia com consultas à distância, as crenças do próprio modelo teórico ser compatível com este tipo de consulta e por fim, a utilização de tecnologias de videoconferência (Békes et al., 2021; Boldrini et al., 2020; Humer et al., 2020). Consequentemente, a atitude perante este tipo de consulta e de terapia modificou-se para uma atitude mais positiva (Békes et al., 2021; Humer et al., 2020), apesar da dúvida, falta de confiança inicial em profissionais menos experientes neste tipo de consulta. Como afirmado por Swartz (2020), a psicoterapia é uma ferramenta fundamental e essencial de resposta à pandemia Covid-19. Neste âmbito, os profissionais proponham-se a explorar as mudanças de vida associadas com o aparecimento da pandemia, as consequências psicológicas e emocionais do confinamento, isolamento e restrições associadas, das perdas financeiras, profissionais e familiares e o luto.

Durante este período, um dos grandes desafios da psicologia foi a conexão, ligação e relação terapêutica estabelecida com os clientes. A utilização da máscara veio a dificultar a forma de comunicar e a percepção das emoções e sentimentos entre os psicólogos e os clientes, visto que a comunicação não verbal é essencial e uma parte importante na relação terapêutica, ajudando para que se desenvolva uma relação positiva e colaborativa (Ribeiro et al., 2021). A utilização de máscaras tem um impacto significativo na comunicação verbal e não verbal, afetando a qualidade da relação e aliança terapêutica, que constitui um mecanismo de mudança (Ribeiro et al., 2021).

As diversas associações de psicologia e psicoterapia europeias, americanas e mundiais elaboraram pareceres e orientações sobre como proceder nas questões de consultas online, incluindo a Ordem Portuguesa dos Psicólogos (OPP, 2020), como forma de adaptação e adequação à pandemia (Caurin et al., 2021). Assim, a OPP elaborou um conjunto de direções para a prática eficaz e ética desta profissão, tendo por base meios de comunicação à distância e de teleconsulta. Algumas dessas orientações incluíram a atualização constante das medidas de prevenção das autoridades governamentais de saúde, ainda como das medidas e indicações da própria OPP, informando os seus clientes destas medidas (OPP, 2020).

Neste contexto todos os procedimentos éticos e deontológicos devem estar em vigor, visto tratar-se de um processo e acompanhamento terapêutico ainda que em à distância. Algo importante de ser mencionado é o setting deste processo que é diferente do presencial e que deve ser analisado

e explorado com o cliente, de forma que em conjunto estabeleçam um setting favorável e adequado a ambos, sem intervenções e interrupções externas (OPP, 2020). É necessário ainda que estes profissionais obtenham o consentimento informado dos clientes visto que as consultas começaram a englobar a utilização de conteúdos digitais e tecnológicos, reforçando a sua confidencialidade e a segurança ao utilizarem estes instrumentos (OPP, 2020).

Com o desenvolvimento da pandemia e com a mudança das consultas presenciais para consultas online/teleconsulta, também a supervisão desenvolvida por estes profissionais foi adaptada (Soheilian et al., 2022). A supervisão clínica foi transferida das sessões presenciais para as sessões online, na qual os supervisionados relataram uma maior flexibilidade, economização de tempo e dinheiro, bem como uma relação positiva entre a percepção dos supervisores sobre a aliança entre ambos e as atitudes em relação à supervisão (Soheilian et al., 2022). De acordo com Grames et al. (2022), apesar de a pandemia eventualmente diminuir, presume-se que a utilização das consultas online e da supervisão online irá aumentar com o avanço da mesma. Diversos fatores associados à pandemia como o aumento dos problemas e perturbações mentais, nomeadamente ansiedade, depressão e consumo de substâncias pode provocar o aumento da necessidade de supervisão e do autocuidado destes profissionais devido ao impacto e consequências dos mesmos na sua vida pessoal e profissional (Grames et. al., 2022).

De acordo com Aviram e Nadan (2022) afirmam que a necessidade para a utilização de supervisão online ou telesupervisão aumentou, devido ao princípio de que a orientação clínica é uma parte essencial e fundamental para o aumento do profissionalismo dos psicólogos e psicoterapeutas, bem como devido à distância social implementada devido ao desenvolvimento da pandemia Covid-19 (Aviram & Nadan, 2022).

Os psicólogos que trabalham neste contexto experienciaram desde o começo da pandemia um aumento da carga laboral, um aumento do fluxo e quantidade de clientes, o aumento da necessidade de consultas de emergência e aumento da procura de serviços de psicologia, como efeito das consequências negativas da pandemia na saúde mental da população em geral e dos profissionais de saúde (Lewis et al., 2022; Ruiz-Fernández et al., 2021). Esta pandemia provocou ainda a diminuição do fluxo e ritmo de clientes, afetando assim o seu rendimento financeiro (Moraes et al., 2020; Sammons et al., 2020).

Numa investigação realizada por Ivy et al. (2021), maior parte dos terapeutas relatou um aumento de stress relativamente à uma fase de pré-pandemia e uma diminuição no fluxo de

clientes. De acordo com Boldrini et al (2021), um número considerável de serviços de psicologia e acompanhamentos de intervenção e psicológicos foram interrompidos no começo da pandemia. O volume e fluxo de clientes presencial diminuiu devido ao medo do contágio e sensação de insegurança, sendo que os psicoterapeutas possuíram perdas financeiras devido ao cancelamento de consultas e restrições de quarentena e confinamento, provocando um aumento posterior dos serviços de saúde mental (Bauer-Staeb et al., 2021; Bruch et al., 2021). Contrariamente, investigações realizadas por Humer et al. (2020) demonstram que as consultas de psicologia e psicoterapia não diminuírem de volume. Apesar da diminuição das consultas presenciais, houve um aumento substancial e recomendado das teleconsultas, sendo esta uma prática cada vez mais utilizada e considerada como eficaz e válida, obtendo resultados positivos (Bruch et al., 2021).

Corona (2017) recomendou diversas práticas e comportamentos direcionados para o autocuidado, nomeadamente, a diminuição da carga horária e de trabalho, a implementação de supervisão e intervisão com colegas e a monitorização dos próprios casos clínicos, contribuindo para a diminuição da fadiga por compaixão. Algumas estratégias específicas são mais prováveis de ocorrer em ocasiões de stress ou dificuldades, como por exemplo, procurar supervisão quando alguma dificuldade profissional acontece, redução da carga horária e de trabalho, assim como procurar aconselhamento ou terapia (Mills et al., 2018; Parsonson & Alquicira, 2019).

A supervisão é considerada uma forma de autocuidado pois monitoriza a competência do profissional, fornece apoio naquilo que necessita referente ao cliente, ao caso clínico na orientação do mesmo na sua prática profissional (O'Donovan et al., 2011), focando-se ainda em planos, comportamentos e estratégias de autocuidado dos profissionais (Figley & Ludick, 2017; Merriman, 2015; Pack, 2015; Simms, 2017; Wise & Barnett, 2016). Numa amostra de psicólogos portugueses, não existem diferenças entre os profissionais que frequentam supervisão e aqueles que não frequentam, possuindo níveis elevados de autocuidado (Reis, 2020). Assim, é importante notar que a psicologia e psicoterapia terão um papel fundamental na ajuda e manutenção da saúde psicológica e emocional depois da pandemia ter terminado.

Capítulo 5- Relação entre as variáveis

5.1 Qualidade do sono e Autocuidado

De acordo com Riegel e Weaver (2009), níveis menores de quantidade de sono ou interferências no mesmo estão associados a níveis menores de autocuidado e a comportamentos inadequados do mesmo. Consequentemente, níveis baixos de qualidade de sono afetam e influenciam os processos cognitivos e de tomada de decisão, a sua a capacidade de funcionamento cognitivo e de realizar ordens e funções superiores, a sua capacidade de memória e de concentração, o aumento da sonolência diurna e o risco de desenvolver sintomas depressivos, impedindo-os de realizarem atividades de autocuidado (Redeker, 2008; Riegel & Weaver, 2009).

Assim, o aumento do autocuidado aumenta a cognição dos indivíduos e a qualidade de sono e uma melhor qualidade de sono diária está associada a maiores níveis e comportamentos de autocuidado (Spedale et al., 2021; Tracy et al., 2019). Por outro lado, a autorregulação de pensamentos, sentimentos e comportamentos pode atuar como fator mediador entre a qualidade de sono diária e os comportamentos de autocuidado, sendo que a falta de qualidade do sono pode influenciar a capacidade de o indivíduo regular pensamentos, cognições, emoções e comportamentos, podendo contribuir para a diminuição do autocuidado, que por si só é um método de autorregulação (Tracy et al., 2019).

Muitos dos indivíduos com perturbações do sono, nomeadamente, que possuem a síndrome de pernas inquietas ou apneia do sono implementam estratégias de autocuidado, como por exemplo yoga ou exercícios de relaxamento muscular progressivo (Meredith et al., 2020).

Investigações recentes mencionam que a saúde física é uma das componentes essenciais dos comportamentos de autocuidado, incluindo atividades como o exercício físico, alimentação e o ciclo do sono (Dattilio, 2015; McGarrigle & Walsh, 2011). Como foi comprovado, atividades e comportamentos de autocuidado como meditação, alimentação saudável e exercício físico são mais prováveis de serem utilizados por indivíduos com perturbações como as insónias e com níveis baixos de qualidade de sono do que por indivíduos que não possuem estas perturbações (Meredith et. al, 2020). Frequentemente, indivíduos com perturbações de sono consideram que produtos farmacêuticos de autocuidado são considerados alternativas eficazes à procura de ajuda médica, como é o caso da utilização de melatonina, doxilamina ou ervas medicinais (Meredith et al., 2020).

Não existem muitos estudos ou investigações que relacionem estas duas variáveis específicas em psicólogos ou profissionais de saúde mental, mas sabe-se que a atividade física é considerada um fator protetor para o bem-estar dos terapeutas e que os padrões de sono saudáveis, uma boa qualidade e quantidade do mesmo é uma forma e estratégia de autocuidado visto que a falta do mesmo pode provocar as consequências já referidas, tanto nestes profissionais como noutras profissões (Posluns & Gall, 2019; Mota, 2017; Rokach & Boulazreg, 2020).

Investigações relacionadas com estudantes de psicologia relatam que os indivíduos que fazem atividade física regularmente possuíam níveis mais baixos de stress, problemas de sono, sintomas depressivos e dores físicas (Gerber et al., 2014). Os terapeutas que sofrem de *burnout* revelaram possuir sintomas de stress emocional, perturbações e problemas de sono e consequências no funcionamento cognitivo (Malinowski, 2013). Devido às condições do seu trabalho clínico, os psicólogos e psicoterapeutas experienciam problemas na sua saúde física, nomeadamente cansaço, fadiga, dores de cabeça, dores de pescoço e lombares, afetando negativamente desta forma o trabalho do terapeuta, bem como a aliança terapêutica estabelecida com o cliente (Kaeding et al. 2017; Kim et al. 2011; Smith et al. 2014).

De forma a prevenir estas consequências negativas, os terapeutas podem desenvolver e praticar comportamentos e técnicas de higiene de sono, como por exemplo manter um horário e rotina de sono específica e definida de forma a desenvolver uma rotina específica, monitorizar os próprios hábitos de sono, possuir um ambiente propício para o desenvolvimento do ciclo de sono e deitar-se sem fome ou sede, dormir entre 7 a 9 horas por noite, desenvolver uma rotina noturna adequada, bem como utilizar apenas o quarto para dormir e não para outro tipo de atividades como ler ou trabalhar (Mairs & Mullan, 2015; Skovholt & Trotter-Mathinson, 2016).

5.2 Autocompaixão e qualidade do sono

Kemper et al. (2015) afirma que a autocompaixão está associada a níveis mais baixos de perturbações do sono, possuindo um papel protetor em reduzir os efeitos e consequências negativas do stress na qualidade do sono (Butz & Stahlberg 2018). Além disto, estudos demonstram que comportamentos direcionados para o desenvolvimento da autocompaixão provocam maiores níveis de qualidade subjetiva do sono, provando que existe uma associação entre a qualidade do sono e a autocompaixão (Butz & Stahlberg, 2018). Desta forma, conclui-se que a autocompaixão

está positivamente associada com a qualidade de sono e provoca um aumento da qualidade subjetiva do mesmo, sendo níveis baixos de autocompaixão são considerados fatores de risco para níveis de qualidade de sono mais baixas e para um bem-estar diminuído (Brown et al., 2020^a, 2020b; Butz & Stahlberg, 2020; Kim et al., 2021; Rakhimov et al., 2022; Semenchuk et al., 2022).

Por outro lado, a associação entre a qualidade de sono e a autocompaixão confirmou-se mediada através de estratégias de regulação emocional e através da ruminação de sentimentos e/ou pensamentos (Butz & Stahlberg, 2018). A autocompaixão pode aumentar os níveis de qualidade de sono através da redução da ruminação de pensamentos e sentimentos e da diminuição do stress (Butz & Stahlberg, 2018; Hu et al., 2018; Sirois et al., 2015). A ruminação é maior para indivíduos com baixa autocompaixão em comparação com os que possuem níveis mais elevados (Bian et al., 2020). Diversas investigações afirmam que existe uma associação significativa entre os níveis baixos de autocompaixão e baixos níveis de qualidade do sono, quando variáveis sociodemográficas, de saúde e predisponentes de insónia estavam controlados, tornando-se não significativos quando existia a predisposição para os indivíduos possuírem insónias (Rakhimov et al., 2022). Estes autores afirmam ainda que a relação entre a qualidade do sono e a autocompaixão é mediada através da ansiedade sobre o sono, stress percecionado e da higiene do sono (Hu et al., 2018; Kemper et al. 2015; Marques et al. 2016; Teixeira et al. 2016).

De acordo com Kim e Ko (2018), os elementos positivos da autocompaixão (calor/compreensão, condição humana e mindfulness) associam-se negativamente às perturbações do sono, enquanto os elementos negativos (autocrítica, isolamento e sobreidentificação) encontram-se associados de forma positiva, o que significa que aumentando os níveis da autocompaixão, pode-se diminuir as perturbações do sono (Kim & Ko, 2018). De acordo com Brown et al (2020^a; 2020b), a autocompaixão é considerada como uma ferramenta psicológica que pode facilitar a qualidade de sono subjetiva e potencialmente ajudar o individuo a relaxar e a regular os pensamentos intrusivos e críticos que interferem com a qualidade de sono. Também o sono possui uma correlação positiva em relação à autocompaixão e ao mindfulness (Kemper et al., 2015).

É possível que exista uma relação bidimensional entre a qualidade de sono subjetiva e a autocompaixão, significando que a qualidade de sono pode influenciar os níveis de autocompaixão, e os níveis de autocompaixão influenciam e estão associados à qualidade de sono (Brown et al., 2020b; Hu et al., 2018). Diversos estudos comprovaram que é possível que a autocompaixão possa ser modificada e desenvolvida (Brown et al., 2020a).

A autocompaixão pode ajudar o indivíduo a relacionar-se com os seus próprios problemas ou perturbações de sono, com o stress quotidiano e pensamentos negativos e de ruminação, influenciando os hábitos de sono e influenciando positivamente a qualidade do mesmo (Brown et al., 2020^a, 2020b; Butz & Stahlberg 2018;). As intervenções baseadas no desenvolvimento da autocompaixão, através da diminuição da ruminação e pensamentos intrusivos, contribuem para o aumento da qualidade de sono (Butz & Stahlberg, 2020; 2018).

A autocompaixão atua, ainda, como um fator protetor contra as consequências da diminuição da qualidade de sono, da diminuição da qualidade de vida e do bem-estar psicológico e emocional. Assim, conclui-se que a autocompaixão aumenta a qualidade do sono e diminui as consequências da falta de qualidade e quantidade do mesmo, aumentando os comportamentos e hábitos saudáveis de sono (Butz & Stahlberg, 2018; Gunn et al., 2022; Hu et al., 2018; Kemper et al. 2015; Kim et al., 2021; Marques et al. 2016; Teixeira et al. 2016;).

5.3 Autocuidado e a autocompaixão

A autocompaixão é considerado um fator protetor em relação à saúde mental e qualidade de vida, sendo que os elementos positivos da autocompaixão relacionam-se com o aumento do autocuidado (Kim & Ko, 2018), estando ambas relacionadas de forma positiva, sendo que um aumento dos comportamentos e níveis de autocuidado provoca o aumento da autocompaixão (Mills et al., 2018; Neff, 2009). Beaumont et al. (2016) afirma que o desenvolvimento e fortalecimento da autocompaixão é uma forma de autocuidado.

De acordo com Craig e Sprang (2010), o autocuidado é considerado um fator protetor contra a fadiga por compaixão em profissionais de saúde mental e considerado um fator preditor relativamente à satisfação por compaixão, auxiliando na diminuição da fadiga por compaixão (Cetrano et al., 2017; Coleman et al., 2016; Craig & Sprang, 2010; Sinclair et al., 2017; Sharifian, 2019; Sorenson et al., 2016; Thompson et al., 2014).

Frequentemente, os profissionais de saúde mental, psicólogos e psicoterapeutas promovem e oferecem compaixão aos seus clientes, mas negligenciam a própria compaixão desenvolvida através das práticas e estratégias de autocuidado por não se acharem merecedores do mesmo comparativamente aos seus clientes, relacionando-se com os seus níveis baixos de autocompaixão, afetando a sua eficácia enquanto terapeutas e influenciando os seus níveis de fadiga por compaixão

(Patsiopoulos & Buchanan, 2011; Cuartero & Campos-Vidal, 2019). Assim, o psicólogo deve estar consciente da necessidade em priorizar a prática e atividades de autocuidado e a autocompaixão, que irão ajudá-los a prevenir a fadiga de compaixão e aumentar a sua eficácia (Coleman et al., 2016), existindo a necessidade de promover e desenvolver o autocuidado e a autocompaixão nestes profissionais (Boellinghaus et al., 2013). Acredita-se que os psicólogos com carreira profissional avançada desenvolveram ao longo da sua atividade fatores de proteção contra a fadiga por compaixão, aumentando os seus níveis de autocuidado e autocompaixão (Sharifian, 2019).

De acordo com Miller et al., (2019), a autocompaixão atua como um preditor significativo do autocuidado profissional e pessoal, sendo necessário apoiar os profissionais na implementação da autocompaixão e de métodos de autocuidado, através importante o treino, formação e desenvolvimento destas competências. Neff (2011) demonstrou que os cuidadores com níveis mais elevados de autocompaixão são mais prováveis de implementar estratégias de autocuidado. Mills et al., (2019) concluem que a autocompaixão é considerado um preditor significativo das estratégias e comportamentos de autocuidado pessoais e profissionais, sendo que estes indivíduos possuem uma maior probabilidade de se envolverem em métodos de autocuidado.

Em profissionais de saúde mental, o mindfulness, sendo um componente da autocompaixão, têm demonstrado correlações positivas entre o autocuidado, a autocompaixão e a autoconsciência, diminuindo burnout e o stress traumático secundário (Christopher & Maris, 2010; Richards et al., 2010; Turgoose & Maddox, 2017), possuindo benefícios e impacto positivo nestes profissionais (Dorian & Killebrew, 2014; Friedman, 2017; Tarrasch, 2015). Estas informações comprovam a sua eficácia em termos de intervenção e no aumento do autocuidado nestes profissionais, afirmando ainda de que o mindfulness é um mediador entre o autocuidado e autocompaixão (Coaston, 2017; Coleman et al., 2016). Assim, pode afirmar-se que o mindfulness e a sua prática é considerado não só uma prática eficaz em termos de intervenção em clientes, como uma prática eficaz na intervenção no autocuidado dos profissionais, como mediador do autocuidado através da promoção da autocompaixão fazendo com que esta prática seja cada vez mais valorizada e praticadas pelos profissionais de saúde mental (Coleman et al., 2016).

Mills et al., (2019) investigaram que tipo de associação existia entre a autocompaixão e o autocuidado em assistentes sociais que produziam trabalho clínico e descobriram que o aumento dos níveis de autocompaixão, bem como os níveis e estratégias de autocuidado profissional e pessoal estão associadas à elevada quantidade de experiência profissional.

Parte II – Metodologia

Capítulo 6- Método

Este capítulo da presente investigação possui como objetivo descrever e caracterizar a metodologia necessária para a realização da mesma. Desta forma, pretende-se pormenorizar a problemática, o delineamento da investigação, os objetivos gerais e específicos do mesmo, a formulação de hipóteses, a caracterização dos participantes e descrição dos instrumentos aplicados, apresentando, os procedimentos fundamentais utilizados no processo da presente investigação.

6.1 Problema

Dada a literatura mencionada, este projeto de investigação é um passo importante para analisar e promover o autocuidado e autocompaixão nos psicólogos e psicoterapeutas portugueses, visto que em Portugal, as investigações que se focam nestes aspetos e na sua importância nestes profissionais é muito escasso.

As perturbações associadas à qualidade do sono provocam, nestes profissionais, consequências negativas a nível pessoal e na qualidade dos serviços (Patterson et al, 2012). Recentemente, concluiu-se que a autocompaixão está associada negativamente aos níveis de sono. Por outro lado, a qualidade do sono está relacionada positivamente com o autocuidado (Redeker, 2008). Ainda assim, a literatura acerca da qualidade do sono nestes profissionais é reduzida.

Em relação à pertinência do autocuidado, este conceito bem como a relação entre as outras variáveis estudadas é determinante para a qualidade do seu trabalho influenciando a saúde física e mental e consequentemente a sua atividade profissional (Carona, 2017), daí a necessidade de se estudar estas variáveis e a sua relação.

Relativamente à autocompaixão, diversas investigações relatam que os psicólogos providenciam compaixão e comportamentos de autocuidado, mas negligenciam a própria autocompaixão e autocuidado (Patsiopoulos & Buchanan, 2011), afetando a sua eficácia. Já Stamm (2005) considera que estes podem desenvolver fadiga por compaixão, sendo esta reduzida através do aumento da autocompaixão e autocuidado.

Dado o contexto atual que se vive mundialmente, é inquestionável a influência da pandemia nestes profissionais. Estes desenvolveram sintomas relacionados com o stress, depressão e

ansiedade devido ao aumento do fluxo de clientes e da carga de trabalho. Com o início da pandemia, os serviços de psicologia têm sido cada vez mais procurados, o que pode levar a uma grande sobrecarga e um aumento da carga de trabalho. Por isso, torna-se necessário estudar estas variáveis neste contexto e a sua influência nas mesmas (Caurin et al. 2020). O conhecimento acerca do autocuidado e da autocompaixão nesta amostra será um contributo para que se sigam as recomendações que a literatura fornece e percebam a sua importância na sua saúde física e mental e na sua competência. Desta forma, surgiu a questão seguinte: **“Será que se verifica uma associação/relação entre a qualidade do sono, o autocuidado e a autocompaixão em psicólogos e psicoterapeutas portugueses, no contexto atual pandémico?”**

6.2 Delineamento do Estudo

Este estudo é caracterizado como possuindo uma abordagem quantitativa pois implica a medição objetiva de variáveis comportamentais, emocionais e psicológicas (Coutinho, 2014), que podem ser estandardizadas e quantificadas (Rahman, 2016), utilizando diversos métodos estatísticos investigando a correlação e associação entre as variáveis estudadas. Caracteriza-se também por se enquadrar numa abordagem positivista, sendo avaliada de forma rígida através da utilização de instrumentos validados e padronizados para a população em questão e da análise desses mesmos dados (Gerhardt & Silveira, 2009; Rahman, 2016).

Por fim, este estudo é caracterizado como obtendo um cariz transversal, visto que os dados foram apenas recolhidos num único momento específico, concentrando-se numa amostra específica da população-alvo (Ribeiro, 1999), através da utilização de questionários de autorresposta, com acesso online e que avaliam variáveis psicológicas e um questionário sociodemográfico, confirmando as hipóteses teóricas propostas. Este tipo de questionários permite recolher uma larga quantidade de dados de forma rápida, assegurando o anonimato das participantes, e fornece valores numéricos acerca dos resultados, que influenciam a interpretação e resultado dos mesmos.

6.3 Objetivos

6.3.1 Objetivos Gerais

O objetivo do presente estudo é verificar a associação entre qualidade do sono, autocompaixão e autocuidado em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, em contexto de pandemia Covid-19.

6.3.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos desta investigação enumeram-se os seguintes:

Objetivo 1: Verificar a qualidade de sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Objetivo 2: Averiguar associações entre as variáveis da qualidade do sono e da autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Objetivo 3: Averiguar associações entre as variáveis da qualidade do sono e do autocuidado em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Objetivo 4: Averiguar associações entre as variáveis de autocuidado e de autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Objetivo 5: Caracterizar as variáveis sociodemográficas e verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas

6.4 Hipóteses de Estudo

De acordo a literatura mencionada, é essencial responder ao problema de investigação, tendo em conta os objetivos pretendidos, sendo que para isso caracteriza-se as seguintes hipóteses da investigação, nomeadamente:

H1: É esperado que exista uma associação positiva entre qualidade do sono e o autocuidado

H2: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com o autocuidado

De forma a confirmar esta primeira hipótese, comprovou-se, de acordo com Riegel e Weaver (2009), que níveis menores de quantidade de sono ou interferências no mesmo estão associados a níveis menores de autocuidado e a comportamentos inadequados do mesmo. Consequentemente, níveis baixos de qualidade de sono afetam e influenciam os processos cognitivos e de tomada de decisão dos indivíduos, a sua capacidade de funcionamento cognitivo e de realizar ordens e funções superiores, a sua capacidade de memória e de concentração, o aumento da sonolência diurna e o risco de desenvolver sintomas depressivos, sendo estes suficientes para impedir os indivíduos de realizarem tarefas de autocuidado (Redeker, 2008; Riegel & Weaver, 2009).

Por outro lado, a autorregulação de pensamentos, sentimentos e comportamentos pode atuar como fator mediador entre a qualidade de sono diária e os comportamentos de autocuidado, sendo que a falta de qualidade do sono pode influenciar a capacidade de o indivíduo regular pensamentos, cognições, emoções e comportamentos, podendo contribuir para a diminuição do autocuidado, que é um método de autorregulação (Tracy et al., 2019).

Muitos dos indivíduos com perturbações do sono, nomeadamente, que possuem a síndrome de pernas inquietas ou apneia do sono implementam estratégias de autocuidado, como por exemplo yoga ou exercícios de relaxamento muscular progressivo (Meredith et al., 2020). Assim, atividades e comportamentos de autocuidado como meditação, alimentação saudável e exercício físico são mais prováveis de serem utilizados por indivíduos com perturbações como as insónias e com níveis baixos de qualidade de sono do que por indivíduos que não possuem estas perturbações (Meredith et al., 2020). Frequentemente, indivíduos com perturbações de sono consideram que produtos farmacêuticos de autocuidado são considerados alternativas eficazes à procura de ajuda médica, como é o caso da utilização de melatonina, doxilamina ou ervas medicinais (Meredith et al., 2017).

Relativamente às investigações que relacionem estas duas variáveis específicas em psicólogos ou profissionais de saúde mental, sabe-se que a atividade física é considerada um fator protetor para o bem-estar dos terapeutas e que os padrões de sono saudáveis, uma boa qualidade e quantidade do mesmo é uma forma e estratégia de autocuidado (Posluns & Gall, 2019).

De forma a prevenir estas consequências negativas, os terapeutas podem desenvolver e praticar comportamentos e técnicas de higiene de sono como forma e estratégia de autocuidado, como por exemplo manter um horário e rotina de sono específica e definida de forma a desenvolver

uma rotina específica, monitorizar os próprios hábitos de sono, possuir um ambiente propício para o desenvolvimento do ciclo de sono e deitar-se sem fome ou sede, dormir entre 7 a 9 horas por noite, desenvolver uma rotina noturna que ajude o cérebro e o corpo a descansar e a relaxar, bem como utilizar apenas o quarto para dormir e não para outro tipo de atividades como ler ou trabalhar (Mairs & Mullan, 2015; Skovholt & Trotter-Mathinson, 2016).

H3: É esperado que exista uma associação positiva entre autocompaixão e qualidade de sono

H4: A autocompaixão prevê e explica uma associação com a qualidade de sono

Para aferir a segunda hipótese, verificou-se, segundo Kemper et al. (2015), que a autocompaixão está associada a níveis mais baixos de perturbações do sono, possuindo um papel protetor em reduzir os efeitos e consequências negativas do stress na qualidade do sono (Butz & Stahlberg, 2018). Além disto, estudos demonstram que comportamentos direcionados para o desenvolvimento da autocompaixão provocam maiores níveis de qualidade subjetiva do sono, provando que existe uma associação significativa entre a qualidade do sono e a autocompaixão (Butz & Stahlberg, 2018). Desta forma, conclui-se que a autocompaixão está positivamente associada com a qualidade de sono e provoca um aumento da qualidade subjetiva do mesmo, sendo níveis baixos de autocompaixão são considerados fatores de risco para níveis de qualidade de sono mais baixas e para um bem-estar diminuído (Rakhimov et al., 2022; Brown et al., 2020a, 2020b; Kim et al., 2021; Butz & Stahlberg, 2020; Semenchuk et al., 2022).

Simultaneamente, a associação entre a autocompaixão e a qualidade de sono pode ser mediada através de estratégias de regulação emocional e mediada pela ruminação de pensamentos ou sentimentos (Butz & Stahlberg, 2018). A autocompaixão pode ajudar o indivíduo a relacionar-se com os seus próprios problemas ou perturbações de sono, com o stress quotidiano e pensamentos negativos/ruminação que podem prejudicar a rotina de sono e influenciar a má qualidade de sono, fornecendo e proporcionando sentimentos de relaxamento e bem-estar (Butz & Stahlberg 2018; Brown et al., 2020^a, 2020b). A autocompaixão pode aumentar os níveis de qualidade de sono através da redução da ruminação de pensamentos e sentimentos e da diminuição do stress, bem como através da promoção de hábitos de higiene saudáveis (Hu et al., 2018; Butz & Stahlberg, 2018; Sirois et al., 2015).

Diversas investigações afirmam que existe uma associação significativa entre os níveis baixos de autocompaixão e baixos níveis de qualidade do sono, quando variáveis sociodemográficas, de saúde e predisponentes de insónia estavam controlados, tornando-se não significativos quando existia a predisposição para os indivíduos possuírem insónias (Rakhimov et al., 2022). Estes autores afirmam ainda que a relação entre a autocompaixão e a qualidade do sono é mediada através da ansiedade sobre o sono, stress percecionado e da higiene do sono (Hu et al., 2018; Kemper et al. 2015; Marques et al. 2016; Teixeira et al. 2016).

De acordo com Kim e Ko (2018), os elementos positivos da autocompaixão (calor/compreensão, condição humana e mindfulness) associam-se negativamente às perturbações do sono, enquanto os elementos negativos (autocrítica, isolamento e sobreidentificação) associam-se positivamente, significando que ao aumentar os níveis da autocompaixão, as perturbações do sono podem diminuir (Kim & Ko, 2018).

De acordo com Brown et al (2020a, 2020b), a autocompaixão é considerada como uma ferramenta psicológica que pode facilitar a qualidade de sono subjetiva e potencialmente ajudar o indivíduo a relaxar e a regular os pensamentos intrusivos e críticos que interferem com a qualidade de sono. A autocompaixão atua como um fator protetor contra as consequências da diminuição da qualidade de sono e da qualidade de vida e do bem-estar psicológico e emocional, sendo que aumenta a qualidade do mesmo e diminui as consequências da falta de qualidade e quantidade de sono (Kim et al., 2021; Butz & Stahlberg, 2018; Hu et al., 2018; Kemper et al. 2015; Marques et al. 2016; Teixeira et al. 2016).

H5: É esperado que exista uma associação positiva entre a autocompaixão e o autocuidado

H6: A autocompaixão prevê e explica uma associação com o autocuidado

De forma a comprovar a terceira hipótese, constatou-se que a autocompaixão é considerado um fator protetor em relação à saúde mental e qualidade de vida, sendo que os elementos positivos da autocompaixão relacionam-se de forma positiva com o aumento do autocuidado (Kim & Ko, 2018; Mills et al., 2018; Neff, 2009). Simultaneamente, Beaumont et al. (2016) afirma que o desenvolvimento e fortalecimento da autocompaixão é uma forma de autocuidado.

Frequentemente, os profissionais de saúde mental, psicólogos e psicoterapeutas promovem e oferecem compaixão aos seus clientes, mas negligenciam o desenvolvimento da própria compaixão desenvolvido através das práticas e estratégias de autocuidado por não se acharem merecedores do mesmo comparativamente aos seus clientes, afetando a sua eficácia enquanto terapeutas (Patsiopoulos & Buchanan, 2011). Assim, o psicólogo deve estar consciente da necessidade em priorizar a prática e atividades de autocuidado e a autocompaixão, que irão ajudá-los a prevenir a fadiga de compaixão e aumentar a sua eficácia (Coleman et al., 2016), existindo a necessidade de promover e desenvolver a autocompaixão e autocuidado nestes profissionais (Boellinghaus et al., 2013). Acredita-se que os psicólogos com carreira profissional avançada desenvolveram ao longo da sua atividade fatores de proteção contra a fadiga por compaixão, aumentando os seus níveis de autocuidado e autocompaixão.

De acordo com Miller et al., (2019), a autocompaixão atua como um preditor significativo do autocuidado profissional e pessoal, sendo necessário apoiar os profissionais na implementação da autocompaixão e de métodos de autocuidado, através do treino, formação e desenvolvimento destas competências. Neff (2011) demonstrou que os sujeitos com níveis mais elevados de autocompaixão são mais prováveis de implementar estratégias de autocuidado. Mills et al., (2019) concluem que a autocompaixão é considerado um preditor significativo das estratégias e comportamentos de autocuidado pessoais e profissionais, sendo que estes indivíduos possuem uma maior probabilidade de se envolverem em métodos de autocuidado.

Em profissionais de saúde mental, o mindfulness, sendo um componente da autocompaixão, têm demonstrado correlações positivas entre o autocuidado, a autocompaixão e a autoconsciência, diminuindo burnout e o stress traumático secundário (Christopher & Maris, 2010; Richards et al., 2010; Turgoose & Maddox, 2017), possuindo benefícios e impacto positivo nestes profissionais (Dorian & Killebrew, 2014; Tarrasch, 2015; Friedman, 2017).

H7: É esperado que exista uma associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas

De acordo com a APA (2014), no sexo masculino existe uma maior incidência de possuir insónias. Contrariamente, o sexo feminino experiência uma melhor qualidade de sono, maior duração de sono, diminuição da latência e maior eficácia de sono em comparação com o sexo

masculino (Krishnan & Collop, 2006; Zhang & Wing, 2006). Para corroborar esta quarta hipótese, alguns estudos afirmam que a qualidade de sono não varia de acordo com o sexo, a idade, nível de educação ou socioeconómico (Banthiya et al., 2021).

Mohammadpour et al (2020) afirmam que existem diferenças significativas entre o sexo dos indivíduos e comportamentos de autocuidado, sendo o autocuidado influenciado pelo sexo dos indivíduos. Verifica-se que o sexo feminino possui mais probabilidade de se envolverem em comportamentos de bem-estar e no tratamento de doenças e perturbações psicológicas em comparação ao sexo masculino (Auttama et al., 2021). Contrariamente, o sexo masculino envolve-se em determinadas atividades de autocuidado com maior frequência do que o sexo feminino, como é o caso da atividade física (Auttama et al., 2021).

De acordo com Parente et al., 2018, os níveis de autocompaixão não variam de acordo com o sexo ou idade dos indivíduos (Neff, 2003a; Neff & Pommier, 2012). Existem certos estudos que afirmam que o sexo feminino com idade superior a 30 anos apresentam maiores níveis de autocompaixão (Souza & Hutz, 2016). Por outro lado, Costa (2015) afirmam que o sexo masculino possui maiores níveis de autocompaixão. Em relação à idade, Neff e Pommier (2012) afirmam que esta influencia os níveis de autocompaixão podendo-se tornar num fator preditor. Estes alegam que os indivíduos com idades superiores aos 40 anos de idade possuem níveis superiores de autocompaixão. Teixeira (2015) afirma que indivíduos com idades entre os 30 e os 54 anos apresentam níveis mais elevados de autocompaixão. De acordo com Hayes et. al (2016), Neff (2003), e Yarnell et. al (2015), o sexo feminino possui níveis maiores de autocompaixão do que o sexo masculino, apresentando mais probabilidade de possuírem autojulgamento, sentimentos de isolamento, menos consciencialização das emoções e níveis mais elevados de sobreidentificação.

Algumas características individuais como o sexo influenciam a manutenção e até perturbações do ciclo do sono, visto que sexos diferentes podem apresentar perturbações e sintomas diferentes (Acuña-Castroviejo, 2019; Roehrs & Roth, 2019). Simultaneamente, a idade é percecionada como um fator de risco dos problemas de sono, sendo que à medida que a idade aumenta, a probabilidade de desenvolver problemas de sono também aumenta, existindo um declínio do sono REM (Acuña-Castroviejo, 2019; Leger et al., 2000; Roehrs & Roth, 2019).

Indivíduos do sexo masculino, solteiros, que viviam sozinhos ou com amigos ou com algum tipo de perturbação psicológica apresentavam níveis mais baixos de autocompaixão e níveis elevados de stress percecionado no primeiro semestre da pandemia, sendo que esta associação foi

moderada por variáveis sociodemográficas e emocionais, como a identidade sexual, a idade, o tipo de profissão e a sua saúde mental e emocional (Palma et al., 2022).

De acordo com diversas investigações, as perturbações de sono estão relacionadas com diversas características laborais nomeadamente, a sobrecarga de trabalho e horária de cada individuo (Akerstedt et al., 2002; Barnes & Watson, 2019; Krudsen et al., 2007; Lin et al, 2014; Patterson et al, 2012; Schlarb et al., 2012), acontecendo o mesmo em psicoterapeutas, estando as insónias associadas à quantidade de carga de trabalho (Butz & Stahlberg, 2020).

A supervisão é também considerada uma recomendação da APA (2021) como uma das estratégias e comportamentos de autocuidado (Carona, 2017). A inexistência de grupos de supervisão ou intervisão entre colegas no local de trabalho é apontada como uma das barreiras que impede o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado (Ventura, 2018). Diversos autores apontam a necessidade e a importancia de procurar supervisão dentro do local de trabalho ou fora do mesmo, quando existe algum acontecimento que provoca dificuldades profissionais e clinicas ao profissional (Mills et al., 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Ventura, 2018), devido aos benefícios que provoca, nomeadamente, a diminuição da fadiga por compaixão (Coleman et al., 2016; Dattilio, 2015; Posluns & Gall, 2019; Richards et al., 2010). A supervisão ajuda na monitorização de casos clínicos e da competência do profissional, fornecendo apoio e orientação do mesmo na sua prática profissional (O'Donovan et al., 2011). Numa amostra de psicólogos portugueses, não existem diferenças entre os profissionais que frequentam supervisão e aqueles que não frequentam, sendo que ambos possuem níveis elevados de autocuidado (Reis, 2020).

Com o desenvolvimento da pandemia, a supervisão foi adaptada, passando de sessões presenciais para sessões online. Esta adaptação foi percecionada como uma vantagem, sendo relatados ma maior flexibilidade, economização de tempo e dinheiro, por parte dos supervisandos (Soheilian et al., 2022). De acordo com Grames et al. (2022), a necessidade de supervisão online e deste tipo de autocuidado irá aumentar com o avanço da pandemia, devido principalmente, ao aumento dos problemas e perturbações mentais, nomeadamente ansiedade, depressão e consumo de substâncias. Assim, a necessidade de supervisão online aumentou, visto que a orientação clinica e profissional que fornece é fundamental para o aumento das competências destes profissionais, tendo em consideração o distanciamento social (Aviram & Nadan, 2022).

É necessário que as estratégias e comportamentos de autocuidado sejam implementadas ao longo de todas as fases da sua vida e da sua carreira profissional, apesar de estas serem diferentes

de profissional para profissional e dependendo das fases da vida e da carreira em que se encontrem (Colman et al, 2016; Zahniser et al., 2017). De acordo com Reis (2020), não existiram diferenças nos níveis e comportamentos de autocuidado nos profissionais relativamente aos anos de experiência e de carreira. Contrariamente, outras investigações afirmam que psicólogos e psicoterapeutas com mais experiência profissional e carreira mais avançada implementam uma maior quantidade de estratégias de autocuidado, focando-se no desenvolvimento profissional e no equilíbrio entre a sua vida profissional e pessoal ao contrário dos profissionais com menos experiência (Dorociak et al., 2017; Norcross & VandenBos, 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Rupert & Dorociak, 2019; Skovholt & Trotter-Mathinson, 2011; Wise & Reuman, 2019). Mills et al (2019) descobriu que em assistentes sociais com trabalho clínico, os níveis elevados de autocuidado e de autocompaixão estão associadas à elevada experiência profissional.

Relativamente ao desenvolvimento da pandemia e à necessidade de adaptação de consultas presenciais para consultas online e a perceção negativa acerca desta transição, os terapeutas com mais experiência relataram menos desafios neste tipo de sessões, mas sentindo-se mais confortáveis a implementarem consultas presenciais. Por outro lado, os terapeutas com menos experiência apresentaram uma maior probabilidade de implementarem consultas online (Békés et al., 2021; Bruch et al., 2021).

A elevada carga de trabalho e horária é uma das estratégias e comportamentos não considerados saudáveis e prejudiciais aos profissionais de saúde mental, sendo um dos obstáculos mencionados por estes profissionais à implementação de estratégias e comportamentos adequados de autocuidado (Parsonson & Alquicira, 2019; Posluns & Gall, 2019; Sharifian, 2019). A redução da carga de trabalho e de horário é considerada uma recomendação e uma prática de autocuidado e bem-estar (Mills et al., 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Ventura, 2018). Com o desenvolvimento da pandemia, os psicólogos e psicoterapeutas experienciaram um aumento da carga laboral, assim como do fluxo de clientes e da procura dos serviços de psicologia (Lewis et al., 2022; Ruiz-Fernández et al., 2021).

6.5 Participantes

A presente amostra é caracterizada como não probabilística, sendo selecionada por conveniência, sendo a população participantes constituída por psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses.

A amostra é composta é constituída por um total de 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas, com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos ($M=37.45$; $DP= 9.575$), membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), sendo que 115 participantes são do sexo feminino (92.7%) e 9 são do sexo masculino (7.3%).

Relativamente às questões éticas, elaborou-se um Acordo de Consentimento Informado (Anexo I) fornecido aos participantes antes do começo do preenchimento do protocolo online, de forma a informá-los dos objetivos e critérios de inclusão do estudo e assegurando a confidencialidade. Este acordo cumpre os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, sendo autorizado pela Comissão de Ética da respetiva universidade. O projeto desta investigação foi sujeito a uma avaliação pela comissão de ética da Universidade Autónoma de Lisboa.

Os critérios de inclusão residem no facto de os profissionais serem psicólogos a trabalhar em contexto clínico e/ou psicoterapeutas de ambos os sexos, a exercer psicologia clínica, bem como serem membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Os critérios de exclusão incidem-se em excluir participantes que não possuam nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade, psicólogos reformados e por fim o não exercício da psicologia clínica.

6.6 Instrumentos

No presente projeto, serão aplicados um Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), a Escala da Autocompaixão (SCS) e por fim, a Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP).

6.6.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário sociodemográfico e clínico utilizado foi elaborado especificamente para o presente estudo, tendo como base, o questionário sociodemográfico de Reis (2020). Este questionário tem como objetivo recolher informações e características gerais e específicas acerca dos participantes, dividindo-se em três partes. A primeira parte contém questões sobre as

caraterísticas sociodemográficas, nomeadamente idade, género, nível socioeconómico e caraterísticas do agregado familiar e da atual habitação. A segunda parte contém questões clínicas relacionadas com a atual pandemia. A terceira e última parte diz respeito a caraterísticas profissionais dos participantes (Reis, 2020).

6.6.2 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) originalmente elaborado por Buysse et al. (1989), foi validado para a população portuguesa por João et al. (2017), avaliando a qualidade do sono no último mês.

Esta escala é dividida por 7 componentes referentes à qualidade do sono, sendo estes a duração do sono, composta pelo item 4 (e.g “Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?”), a latência do sono, composta pelos itens 2 e 5^a (e.g “Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para a adormecer, na maioria das vezes?”), as perturbações de sono, composta pelos itens 5b e 5j, a disfunção diurna, composta pelos itens 8 e 9 (e.g “Durante o mês passado, sentiu alguma indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?”), a eficiência do sono, composta pelos itens 1,3 e 4, pela qualidade subjetiva de sono, composta pelo item 6 e por fim, pela utilização de medicação composta pelo item 7.

Possui cerca de 19 itens, sendo que 4 destes são de resposta aberta. Os restantes itens são respondidos através de uma escala de Likert que varia de 0 a 3 pontos, em que 0 corresponde a “nunca” e 3 corresponde “três vezes por semana ou mais” (João et. al, 2017; Buysse et al., 1989). A cotação pode variar entre 0 e 21 pontos, sendo que pontuando um valor menor do que 5 pontos, apresenta uma boa qualidade de sono, entre 5 e 10 pontos, indica uma má qualidade de sono, e por fim, um valor superior a 10 pontos, pode-se possuir uma perturbação de sono (Buysse et al., 1989).

Na versão original, obteve-se alta consistência interna, obtendo um alfa de Cronbach de 0.83. A versão adaptada para a população portuguesa obteve um alfa de 0.70 (João et al, 2017). Nesta investigação, obteve-se o alfa de Cronbach de 0.877, demonstrando-se com um valor mais elevado do que a versão original e a validação portuguesa.

6.6.3 Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

A escala de avaliação de autocuidado para psicólogos (EAAP) foi originalmente desenvolvida por Dorociak et. al (2017), sendo validada para a população portuguesa de psicólogos clínicos por Reis (2020). Esta escala possui 21 itens, sendo que estes são respondidos através de uma escala e Likert de 7 pontos, sendo 1 corresponde a “nunca” e o 7 corresponde a “sempre”. Os itens estão divididos em 5 escalas diferentes.

A primeira denomina-se de Apoio Profissional, englobando os primeiros cinco itens (e.g “Cultivo relações profissionais com os meus colegas”). A segunda designa-se de Desenvolvimento Profissional, que inclui os itens desde o 6 ao 10 (e.g “Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho”). A terceira designa-se de Equilíbrio de Vida que engloba também os itens 11, 12, 13 e 14 (e.g “Passo tempo com a família ou amigos.”). A quarta escala denomina-se de Estratégias Cognitivas, que englobam os itens, do número 15 ao 18 (e.g “Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida”). E por fim, a última escala, Equilíbrio Diário, engloba os três últimos itens (e.g “Retiro algum tempo para relaxar todos os dias.”) (Reis, 2020).

De acordo com Dorociak et al. (2017), não se deve pontuar um valor total da escala, devido às diferenças individuais de cada um, mas sim pontuando cada uma das cinco subescalas, pois providenciam resultados mais significativos, e utilizar essas pontuações de forma a compreender e a descrever o autocuidado nestes profissionais, sendo que níveis mais elevados de pontuação relatam maiores níveis de autocuidado.

Na versão original, as cinco escalas possuíram uma boa consistência interna, variando o alfa de Cronbach entre 0.70 a 0.83 (Dorociak et al., 2017; Reis, 2020). Na versão adaptada para a população portuguesa, as cinco escalas evidenciaram uma boa consistência interna, possuindo um alfa entre 0.70 e 0.88 (Reis, 2020). Na presente investigação, a escala total obteve um alfa de Cronbach de 0,88, evidenciando uma boa consistência interna, sendo que cinco subescalas relataram um alfa de Cronbach entre 0,73 e 0,87, relatando uma boa consistência interna.

6.6.4 Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV)

A escala de autocompaixão (SCS) é uma escala originalmente elaborada por Neff (2003), incluindo cerca de 26 itens, sendo adaptada para a população portuguesa por Castilho et al., (2015).

A versão reduzida da escala foi originalmente elaborada por Raes et. al (2011), sendo validada para a população portuguesa por Castilho et al., (2015), possuindo cerca de 12 itens.

Os itens correspondem a uma escala de Likert de 5 pontos, sendo que o 1 corresponde ao “quase nunca” e o 5 corresponde ao “quase sempre”. Estes itens estão ainda divididos em seis subescalas, sendo cada uma possui dois itens. A primeira subescala denomina-se de Calor/Compreensão (e.g “Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afeto que necessito”). A segunda escala define-se como Autocrítica, (e.g “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”). A terceira escala denomina-se de Condição Humana (e.g “Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo”). A quarta é denominada de Isolamento, (e.g “Quando me sinto inadequado/a de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sento o mesmo”). A penúltima escala engloba o *Mindfulness*, (e.g “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e por fim a última escala, denomina-se de Sobreidentificação, (e.g “Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação”) (Neff, 2003b; Castilho et al., 2015).

A versão reduzida utilizada nesta investigação mede as seis subescalas mencionadas anteriormente, sendo que cada uma destas é composta por dois itens. A escala do Calor/Compreensão é composta pelos itens 2 e 6; a escala da Condição Humana é composta pelos itens 5 e 10; a escala de *Mindfulness* engloba os itens 3 e 7; a escala da Autocrítica integra as questões 11 e 12; por sua vez, a escala de Isolamento compreende os itens 4 e 8 e por fim, a escala de Sobreidentificação compreende os itens 1 e 9 (Raes, 2011; Castilho et al., 2015).

A cotação pode obter-se a partir de duas formas, sendo a primeira através da soma de todos os itens da escala global de compaixão ou através da média de cada uma das seis escalas, sendo que quanto maior for o resultado, o indivíduo possui um maior nível de autocompaixão (Neff, 2003b; Castilho et al., 2015). Apesar de se conseguir proceder à soma total da escala, de acordo com Raes e Neff (2011), é mais fácil de interpretar a pontuação da escala total através da média ao invés de utilizar a pontuação das subescalas, visto ser um questionário mais reduzido, sendo que maior parte das investigações e estudos utilizam a cotação numa escala de 5 pontos. De acordo com estes autores, se a pontuação média da escala de cada indivíduo estiver entre 1 e 2.49 significa que este possui baixa autocompaixão, se a pontuação média estiver entre 2.5 e 3.5 significa que possui uma

autocompaixão moderada e por fim, se a pontuação se situar entre 3.51 e 5 significa que o indivíduo possui níveis elevados de autocompaixão. Os itens 1, 4, 8, 9, 11 e 12 devem ser pontuados de forma inversa (Castilho et al., 2015).

Na versão original, o alfa de Cronbach possui boa consistência interna, obtendo cerca de 0.92 (Neff, 2003b), sendo que a adaptação portuguesa obteve um alfa de Cronbach de 0.94 (Castilho et al., 2015). A versão reduzida, na versão original, obteve cerca de 0.86, sendo que a versão portuguesa obteve um valor de 0.89 de alfa de Cronbach, verificando-se que possui uma boa consistência interna. Nesta investigação, a escala total obteve um alfa de Cronbach de 0.863, apresentando uma boa consistência interna, sendo que as subescalas apresentaram um alfa de Cronbach entre 0.41 e 0.84.

6.7 Procedimentos

Um dos primeiros procedimentos necessários à realização desta investigação foram as diversas reuniões ocorridas com a orientadora do mesmo, de maneira a delinear o melhor possível o tema da investigação, objetivos, hipóteses, instrumentos a utilizar e futuros procedimentos para o processo e sucesso do mesmo.

De seguida, outro dos procedimentos consistiu em pedir autorização aos autores dos instrumentos aplicados, sendo necessário o envio dos mesmos. Na fase seguinte, o projeto de investigação foi apresentado e avaliado pela Comissão de Ética do CIP-UAL da Universidade Autónoma de Lisboa, obtendo um parecer favorável.

Na fase seguinte, deu-se início à formulação de um protocolo, construindo um formulário online, constituindo pelo consentimento informado que inclui objetivos, critérios de inclusão e instrumentos aplicados, e de seguida constituído pelo questionário sociodemográfico, um questionário avaliador da qualidade do sono, uma escala de avaliação do autocuidado e uma escala de avaliação de autocompaixão. Assim, a recolha de dados é realizada de forma online, sendo a confidencialidade garantida através do consentimento informado (Anexo I).

Os dados pessoais não serão divulgados, são anónimos e mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança mais adequadas. Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Todos os dados pessoais serão eliminados, no final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se

os dados recolhidos anonimizados. A participação é voluntária, o participante tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização. No final do estudo, os participantes poderão ter acesso aos resultados e conclusões do estudo. É facultado aos participantes o contacto do responsável pela coordenação do projeto e da investigação, para o esclarecimento de qualquer dúvida. Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Como forma de recolha de dados online, bem como de divulgação da presente investigação, contactou-se as diversas associações e sociedades de psicologia e psicoterapia portuguesas. Além disto, o protocolo foi ainda divulgado e inserido no projeto da Ordem dos Psicólogos Portugueses, através do projeto intitulado Medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica, cujo objetivo é apoiar a investigação científica e estudos relevantes na área da saúde psicológica. Este estudo foi, assim, divulgado em diversas plataformas online e redes sociais nomeadamente através do LinkedIn, de grupos específicos de Facebook e do contacto direto e divulgação direta com psicólogos e psicoterapeutas inseridos nessas mesmas redes sociais.

6.8 Procedimentos de Análise de Dados

De forma a analisar estatisticamente os dados, utilizou-se software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 26, abrangendo dois elementos, nomeadamente, a estatística e análise descritiva, incluindo frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão e a estatística e análise inferencial.

A análise descritiva inclui a descrição de frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. Por outro lado, a análise inferencial inclui o raciocínio lógico para formular conclusões através dos dados (Ferreira, 2005). Para a realização desta análise, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson e Spearman e regressões, o teste Kolmogorov-Smirnov para analisar a normalidade e por fim, o teste de Levene.

Parte III- Resultados

7.1 Apresentação e Análise de Resultados

De forma a realizar a análise estatística, utilizou-se o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 26 para o sistema operativo Windows.

Como mencionado anteriormente, procedeu-se à análise e estatística descritiva que engloba frequências absolutas e relativas, respetivas medias e desvios padrão. De seguida, de forma a procedermos à análise inferencial, determinou-se o nível de significância como $\alpha \leq 0.05$

Como forma de analisar os respetivos dados, recorreu-se ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson e regressões, o teste Kolmogorov-Smirnov para analisar a normalidade e por fim, o teste de Levene como forma de analisar a homogeneidade.

7.1.1 Caraterização da amostra

A amostra da presente investigação é constituída por 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos ($M=37.45$; $DP= 9.58$), sendo membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Em relação ao sexo dos participantes, 115 são do sexo feminino (92.7%) e 9 são do sexo masculino (7.3%). Relativamente à idade dos participantes, cerca de 36 possuem idade entre os 20 e os 29 anos (29%), 33 participantes possuem idades entre os 30 e os 39 anos (26.6%), 43 possuem idades entre os 40 e os 49 anos (34.7%), 7 participantes possuem idades entre os 50 e os 59 anos (5.6%) e por fim, 5 participantes (4.0%) possuem idades entre os 60 e os 69 anos. Quanto à nacionalidade, todos os participantes (100%) possuem nacionalidade portuguesa.

Relativamente à sua situação conjugal, 44 participantes (35.5%) afirmam estar solteiros, 44 participantes (35.5%) afirmam estar casados, 12 (9.7%) participantes afirmam estar divorciados, 24 (19.4%) afirmam estar em união de facto, e nenhum participante afirmou estar viúvo. Em relação à existência de filhos, 51 participantes (41.1%) afirmam ter filhos, enquanto 73 participantes (58.9%) afirmam não ter filhos. Destes 51 participantes, 1 (0.8%) afirma ter três filhos, 5 participantes (4%) afirmam ter quatro filhos, 21 participantes (16.9%) relatam ter um filho e por fim, 24 (19.4%) relatam ter dois filhos.

Quanto ao agregado familiar, 9 participantes (7.3%) vivem sozinhos, 9 participantes (7.3%) vivem apenas com os filhos, 28 participantes (22.6%) vivem com outros familiares não especificando quais, 39 (31.5%) participantes vivem com o marido/mulher/companheiro ou companheira e por fim, 39 participantes (31.5%) vivem com o marido/mulher/companheiro ou companheira e com os filhos.

Relativamente às habilitações literárias, 5 participantes possuem doutoramento, 2 (1.6%) participantes possuem pós-graduações, 31 (25%) participantes relatam possuir apenas licenciatura pré-Bolonha e por fim, cerca de 86 (69.4%) participantes possuem mestrado. Estes dados estão caracterizados na tabela 1.

Tabela 1

Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=124)

	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	115	92.7
Masculino	9	7.3
<i>Idade</i>		
24-29 anos	36	29.0
30-39 anos	33	26.6
40-49 anos	43	34.7
50-59 anos	7	5.6
60-64 anos	5	4.0
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	124	100
Dupla nacionalidade/Luso-Descendente/Emigrante	0	0.0
<i>Situação Conjugal</i>		
Solteiro	44	35.5
Casado	44	35.5
Divorciado	12	9.7

Viúvo	0	00.0
União de Facto	24	19.4
<i>Filhos</i>		
Sim	51	41.1
Não	73	58.9
<i>Número de filhos</i>		
0 filhos	73	58.9
1 filho	21	16.9
2 filhos	24	19.4
3 filhos	1	0.8
4 filhos	5	4.0
<i>Agregado Familiar</i>		
Sozinho	9	7.3
Marido/Mulher/Companheiro/Companheira	39	31.5
Marido/Mulher/Companheiro/Companheira e filhos	39	31.5
Filhos	9	7.3
Outros Familiares	28	22.6
<i>Habilitações Literárias</i>		
Licenciatura Pré-Bolonha	31	25
Mestrado	86	69.4
Doutoramento	5	4
Pós-graduação	2	1.6

Referente à área de formação dos participantes, 20 participantes (16.1%) relatam ser membros de uma das associações de psicoterapia, 22 participantes (17.7%) afirmam ainda estar em formação numa das associações de psicoterapia e 82 (66.1%) afirmam não ter formação em nenhuma das associações de psicoterapia.

Em relação ao contexto laboral, 18 participantes (14.5%) afirmam que trabalham em contexto privado e público, 32 participantes (25.8) relatam que trabalham em contexto público e por fim,

74 participantes (59.7%) relatam que trabalham apenas em contexto privado. Os dados anteriormente mencionados estão descritos na tabela 2.

No que diz respeito à área de atuação dos participantes, 2 participantes (1.6%) afirmam trabalhar apenas com crianças, 2 participantes relatam trabalhar apenas com adolescentes, 2 participantes (1.6%) trabalham apenas com idosos, 5 participantes (4%) trabalham com adolescentes, adultos e idosos, 7 participantes (5.6%) relatam trabalhar com crianças e adolescentes, 7 participantes (5.6%) afirmam trabalhar com adultos e idosos, 15 (12.1%) afirmam trabalhar todas as faixas etárias, 18 participantes (14.5%) trabalham com adolescentes e adultos, 31 participantes (25%) relatam trabalhar com crianças, adolescentes e idosos e por fim, 35 participantes (28.2%) trabalham apenas com adultos.

Tabela 2

Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=124)

	N	%
<i>Formação</i>		
Psicólogo/a Clínico/a, sem formação numa das associações de psicoterapia	82	66.1
Psicólogo/a Clínico/a, ainda em formação numa das associações de psicoterapia	22	17.7
Psicólogo/a Clínico/a, membro de uma das associações de psicoterapia	20	16.1
<i>Contexto laboral</i>		
Privado (Hospital/Consultório Privado/Outro)	74	59.7
Público (Hospital/Centro de Saúde/Clinica/IPSS/Centro de dia/Outro)	32	25.8
Ambos	18	16.1
<i>Área de Atuação</i>		
Crianças	2	1.6
Adolescentes	2	1.6

Adultos	35	28.2
Idosos	2	1.6
Crianças e adolescentes	7	5.6
Adolescentes e adultos	18	14.5
Adultos e idosos	7	5.6
Crianças, adolescentes e idosos	31	25.0
Adolescentes, adultos e idosos	5	4.0
Todas as faixas etárias	15	12.1

Acerca do número de anos a exercer psicologia, os participantes relataram exercer entre 1 ano e 35 anos de experiência profissional, sendo que 69 participantes (55.6%) possuem entre 1 e 10 anos de experiência profissional, 33 participantes (26.6%) possuem entre 11 e 20 anos de experiência, 19 participantes (15.3%) possuem entre 21 a 30 anos de experiência profissional, enquanto que apenas 3 participantes (2.4%) possuem experiência entre 31 a 40 anos.

No que diz respeito ao número de horas que trabalham por semana, os participantes relataram trabalhar entre 2 e 60 horas por semana, sendo que 11 praticantes (8.9%) relatam trabalhar até 10 horas semanais, 3 participantes (2.4%) trabalham entre 11 e as 20 horas semanais, 19 participantes (15.3%) afirmam trabalhar entre 21 a 30 horas semanais, 65 participantes (52.4%) trabalham entre 31 a 40 horas semanais, 22 participantes (17.7%) trabalham entre 41 e 50 horas semanais e por fim, apenas 4 participantes trabalham entre as 51 e as 60 horas semanais.

Relativamente ao número de casos atendidos por semana, os participantes relatam que atendem entre 1 caso a 80 casos por semana, sendo que 32 (25.8%) participantes afirmam atender entre 1 a 10 casos por semana, 44 participantes (35.5%) atendem entre 11 a 20 casos por semana, 31 participantes (25.0%) atendem entre 21 a 30 casos por semana, 12 participantes (9.7%) afirmam atender entre 31 a 40 casos por semana, 3 participantes (2.4%) atendem entre 41 a 50 casos por semana, e por fim, apenas 2 participantes (1.6%) atendem 80 casos por semana.

Em relação ao aumento da carga horária desde o começo da pandemia, 78 participantes (62.9%) afirmam notar esse aumento da carga horária, sendo que 46 participantes (37.1%) afirmam não notar esse aumento. Relativamente ao início da pandemia, 108 participantes (87.1%) relatou

sentir um aumento do número de casos desde que a atual pandemia começou sendo que 16 participantes (12.9%) relatou não sentir esse aumento. Estes dados são representados na tabela 3.

Tabela 3

Frequências Descritivas Sociodemográficas (n=124)

	N	%
<i>Experiência profissional</i>		
1-10 anos	69	55.6
11-20 anos	33	26.6
21-30 anos	19	15.3
31-40 anos	3	2.4
<i>Carga Horária Semanal</i>		
1-10 horas	11	8.9
11-20 horas	3	2.4
21-30 horas	19	15.3
31-40 horas	65	52.4
41-50 horas	22	17.7
51-60 horas	4	3.3
<i>Aumento da carga horária</i>		
Sim	78	62.9
Não	46	37.1
<i>Carga laboral (número de casos)</i>		
1-10 casos	32	25.8
11-20 casos	44	35.5
21-30 casos	31	25.0
31-40 casos	12	9.7
41-50 casos	3	2.4
80 casos	2	1.6
<i>Aumento da carga laboral</i>		
Sim	108	87.1

Não	16	12.9
-----	----	------

Em relação à frequência da supervisão, 76 participantes (61.3%) afirmam possuir supervisão e 48 participantes (38.7%) afirmam não possuir supervisão. Em relação à frequência da supervisão por semana, 1 participante (0.8%) afirmam que frequentam 2x por ano, 1 participante (0.8%) afirma que frequenta três vezes por mês, 3 participantes (2.4%) afirmam frequentar uma vez por ano, 3 participantes (2.4%) afirmam frequentar apenas uma supervisão informal, 6 participantes (4.8%) afirmam frequentar duas vezes por semana, 17 participantes (13.7%) afirmam que frequentam apenas uma vez por semana, 23 participantes (18.5%) relatam frequentar uma vez por mês, 26 participantes (21%) frequentam duas vezes por mês, por fim, 44 participantes (35.5%) afirmam que não frequentam supervisão. Relativamente, ao aumento da frequência de supervisão desde o começo da pandemia, 18 participantes (14.5%) afirmam que aumentaram a frequência da supervisão e 106 participantes (85.5%) afirmam que não aumentaram a frequência da supervisão.

No que diz respeito à supervisão, 13 participantes (10.5%) afirmam que são supervisores, sendo que 111 participantes (89.5%) afirmam que não são supervisores. No que diz respeito ao aumento da supervisão desde o começo da pandemia, os 13 participantes anteriores afirmam que fornecem mais supervisão desde o começo da pandemia. Relativamente ao aumento dos projetos profissionais desde o começo da pandemia, 68 participantes (54.8%) afirma que está envolvido em mais projetos profissionais, sendo que 56 participantes (45.2%) relata que tal não aconteceu. Os dados anteriores encontram-se detalhados na tabela 4.

Tabela 4

Frequências Descritivas Sociodemográfica (n=124)

	N	%
<i>Fazer supervisão</i>		
Sim	80	58.9
Não	44	41.1
<i>Frequência da supervisão</i>		
Nunca	44	41.1
Uma vez por semana	17	13.7

Duas vezes por semana	6	4.8
Uma vez por mês	23	18.5
Duas vezes por mês	26	21.0
Três vezes por mês	1	0.8
Uma vez por ano	3	2.4
Duas vezes por ano	1	0.8
Informal	3	2.4
<i>Aumento da supervisão com a pandemia</i>		
Sim	18	14.5
Não	106	85.5
<i>Ser supervisor</i>		
Sim	13	10.5
Não	111	89.5
<i>Aumento da necessidade de supervisão desde a pandemia</i>		
Sim	13	10.5
Não	111	89.5
<i>Aumento dos projetos profissionais desde a pandemia</i>		
Sim	68	54.8
Não	56	45.2

7.2 Estatística Descritiva

A consistência interna dos diversos questionários e escalas foi avaliada através do coeficiente de consistência interna do Alfa de Cronbach, que variou entre 0.863 na Escala de autocompaixão (SELFCS-SV), 0.503 no Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) e entre 0.881 na Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP). Os alfas de Cronbach das subescalas do IQSP não foram inseridas por serem apenas necessárias para a elaboração da pontuação geral de cada indivíduo, sendo que algumas subescalas apenas possuem uma questão, tornando impossível proceder ao alfa das mesmas.

Tabela 5*Consistência Interna*

	Alfa de Cronbach	Nº de Itens
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)	.877	19
Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP).	.881	21
Apoio Profissional	.846	5
Desenvolvimento Profissional	.817	5
Equilíbrio de Vida	.874	4
Equilíbrio Diário	.727	3
Estratégias Cognitivas	.800	4
Escala de Autocompaixão (SELFCS-SV)	.863	12
Condição Humana	.406	2
Calor e Compreensão	.560	2
Mindfulness	.701	2
Autocrítica	.843	2
Isolamento	.557	2
Sobreidentificação	.670	2

7.2.1 Estatística Descritiva do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

Os resultados obtidos através da estatística descritiva do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) encontram-se caracterizados na seguinte tabela 6, sendo pormenorizados os resultados mínimos, máximos, as médias e desvios-padrão da escala total e das subescalas.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a subescala de Qualidade do sono verificou um valor mínimo de 1.00, um máximo de 4.00, uma média de 2.25 e um desvio padrão de 0.67. A subescala de Perturbações de sono possui um valor mínimo de 9.00, um máximo de 29.99, uma média de 16.67 e um desvio padrão de 4.69. Simultaneamente, a subescala de Duração de sono obteve um mínimo de 1.00, um máximo de 10.00, uma média de 5.99 e um desvio padrão de 2.33. Relativamente à subescala de Latência de sono, esta alcançou um mínimo de 2.00, um

máximo de 7.00, uma média de 3.97 e um desvio padrão de 1.60. Em relação à subescala da Disfunção diurna, esta revelou um mínimo de 2.00, um máximo de 8.00, uma média de 3.53 e um desvio padrão de 1.34. No que diz respeito à subescala da Medicação, esta apresentou um valor mínimo de 1.00, um máximo de 4.00, uma média de 1.39 e um desvio padrão de 0.92. Por fim, relativamente à subescala da Eficiência do sono, esta alcançou um valor mínimo de 8.00, um máximo de 36.00, uma média de 21.88 e um desvio padrão de 6.43.

Relativamente à média de horas de sono dormidas por noite pelos participantes, descritas na tabela 7, constatou-se que dois participantes dormiam apenas 4 horas por noite (1.6%), 6 participantes (4.8%) dormiam 5 horas por noite, 2 participantes (1.6%) dormiam 5 horas e 30 minutos por noite, 20 participantes (16.1%) dormiam 6 horas por noite, 4 participantes (3.2%) dormiam 6 horas e 30 minutos por noite, 38 participantes dormiam 7 horas por noite (30.6%), 11 participantes dormiam 7 horas e 30 minutos por noite (8.9%), 30 participantes (24.2%) dormiam 8 horas por noite, 4 participantes (3.2%) dormiam 8 horas e meia, 6 participantes (4.8%) dormiam 9 horas por noite e apenas 1 participante (0.8%) dormiu 10 horas por noite.

Em relação à medicação para dormir evidenciada da tabela 8, constatou-se que cerca de 103 participantes (83.1%) não toma nenhuma medicação para dormir, 1 participante (0.8%) toma Levitan, 1 participante (0.8%) toma Trazodona, 1 participante (0.8%) toma Atarax, 1 participante (0.8%) toma Relaxen, 1 participante (0.8%) toma Diazepam, 1 participante (0.8%) toma remédios naturais, 1 participante (0.8%) toma Sedozil e valium, 1 participante (0.8%) toma Triticum, xanax e quetiapina, 1 participante (0.8%) toma Alprazolam e diazepam, enquanto que 2 participantes (1.6%) tomam Mirtazapina, 2 participantes (1.6%) tomam Melatonina, 2 participantes (1.6%) tomam Victan. Por fim, 3 participantes (2.4%) tomam Valdispert e 3 participantes (2.4%) tomam Alprazolam.

Tabela 6*Análise Estatística Descritiva do IQSP*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)				
Qualidade de sono	1.00	4.00	2.25	0.67
Perturbações de sono	9.00	29.00	16.47	4.69
Duração de sono	1.00	10.00	5.99	2.33
Latência de sono	2.00	7.00	3.97	1.60
Disfunção diurna	2.00	8.00	3.53	1.34
Medicação	1.00	4.00	1.39	0.92
Eficiência do sono	8.00	36.00	21.88	6.43

Tabela 7*Média de horas de sono por noite*

	N	%
4h	2	1.6
5h	6	4.8
5h30	2	1.6
6h	20	16.1
6h30	4	3.2
7h	38	30.6
7h30	11	8.9
8h	30	24.2
8h30	4	3.2
9h	6	4.8
10h	1	0.8

Tabela 8*Medicação para dormir*

	N	%
<i>Medicação</i>		
Nenhuma	103	83.1
Livetan	1	0.8
Trazodona	1	0.8
Atarax	1	0.8
Relaxen	1	0.8
Diazepam	1	0.8
Remédios naturais	1	0.8
Mirtazapina	2	1.6
Melatonina	2	1.6
Victan	2	1.6
Valdispert	3	2.4
Alprazolam	3	2.4
Sedoxil e valium	1	0.8
Triticum, xanax e quetiapina	1	0.8
Alprazolam e diazepam	1	0.8

7.2.2 Estatística Descritiva da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

De acordo com a análise de estatística descritiva da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP), obtiveram-se os resultados que caracterizam este instrumento e que incluem os valores mínimos, máximos, as médias e os desvio-padrão da escala total, assim como das cinco subescalas. De acordo com os resultados demonstrados na seguinte tabela 9, a subescala de Apoio profissional, os resultados demonstraram que apresentou um valor mínimo de 15.00, um máximo de 40.00, uma média de 30.53 e desvio-padrão de 6.01. Em relação à subescala de Desenvolvimento profissional, esta obteve um mínimo de 13.00, um máximo de 40.00, uma média

de 30.12 e desvio-padrão de 5.58. Verificou-se que a subescala de Equilíbrio de Vida apresenta um mínimo de 12.00, um máximo de 29.00, uma média de 23.98 e desvio-padrão de 4.24. Por outro lado, descobriu-se que a subescala de Equilíbrio diário apresentou um valor mínimo de 8.00, um máximo de 24.00, uma média de 16.66 e desvio-padrão de 4.00. Por fim, a subescala de Estratégias cognitivas revela um mínimo de 12.00, um máximo de 26.00, uma média de 21.80 e desvio-padrão de 3.19.

Tabela 9

Estatística Descritiva EAAP

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
<i>Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)</i>				
Apoio Profissional	15.00	40.00	30.53	6.01
Desenvolvimento Profissional	13.00	40.00	30.12	5.58
Equilíbrio de Vida	12.00	29.00	23.98	4.24
Equilíbrio Diário	8.00	24.00	16.66	4.00
Estratégias Cognitivas	12.00	26.00	21.80	3.19

7.2.3 Estatística Descritiva da Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV)

Na seguinte tabela 10, encontram-se caracterizados os resultados na análise estatística descritiva obtida através da Escala de Autocompaixão na versão reduzida (SELFCS-SV), sendo possível verificar os valores mínimos, máximos, respetivas médias e desvios-padrão da escala total e das respetivas subescalas.

Relativamente aos resultados demonstrados na seguinte tabela 10, verificou-se que subescala de Calor e compreensão obteve um mínimo de 3.00, um máximo de 10.00, assim como respetiva média de 7.03 e desvio-padrão de 1.40. Relativamente à subescala de Condição humana, verificou-se um mínimo de 3.00, um máximo de 10.00, assim como respetiva média de 7.27 e

desvio-padrão de 1.40. Simultaneamente, verificou-se que a subescala de Mindfulness apresentou um valor mínimo de 2.00, um máximo de 10.00, assim como respetiva média de 7.40 e desvio-padrão de 1.50. Em relação à subescala da Autocritica, esta alcançou um mínimo de 2.00, um máximo de 10.00, assim como respetiva média de 7.10 e desvio-padrão de 2.03. Verificou-se que a subescala de Isolamento obteve um mínimo de 3.00, um máximo de 10.00, assim como respetiva média de 6.91 e desvio-padrão de 1.89. Por fim, a subescala de Sobreidentificação apresentou um mínimo de 2.00 um máximo de 10.00, assim como respetiva média de 6.36 e desvio-padrão de 1.98.

Tabela 10

Estatística Descritiva SELFCS-SV

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV)				
Calor e Compreensão	3.00	10.00	7.03	1.40
Condição Humana	3.00	10.00	7.27	1.40
Mindfulness	2.00	10.00	7.40	1.50
Autocritica	2.00	10.00	7.10	2.03
Isolamento	3.00	10.00	6.91	1.89
Sobreidentificação	2.00	10.00	6.36	1.98

7.3 Correlação entre variáveis

Tabela 11

Interpretação do coeficiente de correlação de Pearson e Spearman

Coeficiente de Correlação	Correlação
$R_{xy} = 1$	Perfeita positiva
	Forte positiva

$0.8 \leq R_{xy} < 1$	Moderada positiva
$0.5 \leq R_{xy} < 0.8$	Fraca positiva
$0.1 \leq R_{xy} < 0.5$	Ínfima positiva
$0 \leq R_{xy} < 0.1$	Nula
0	Ínfima negativa
$- 0.1 \leq R_{xy} < 0$	Fraca negativa
$- 0.5 \leq R_{xy} < - 0.1$	Moderada negativa
$- 0.8 \leq R_{xy} < - 0.5$	Forte negativa
$- 1 \leq R_{xy} < - 0.8$	Perfeita negativa
$R_{xy} = - 1$	

Objetivo 1: Verificar a qualidade de sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Os resultados verificados através da análise estatística dos diversos instrumentos utilizados estão inseridos na tabela seguinte 12, demonstrando os valores mínimos, máximos, as médias e respectivos desvios-padrão alcançados pelos mesmos.

De acordo com a revisão de literatura, para se caracterizar a qualidade de sono dos indivíduos, é necessário obter o valor e pontuação total da escala global deste instrumento. Desta forma, uma pontuação entre 0 e 5 indica que o indivíduo apresentou uma boa qualidade de sono e por isso descobriu-se que 51 participantes apresentaram uma boa qualidade de sono pois 3 participantes (2.4%) obtiveram 1 valor, 6 participantes obtiveram 2 valores (4.8%), 10 participantes (8.1%) obtiveram 3 valores, 22 participantes (17.7%) obtiveram 4 valores e 10 participantes (8.1%) alcançaram 5 valores.

Visto que uma pontuação entre 5 e 10 pontos, indica que o indivíduo apresentou uma qualidade de má qualidade de sono, analisou-se que 55 participantes apresentaram uma má qualidade de sono, sendo que 17 participantes (13.7%) atingiram 6 valores, 13 participantes (10.5%) obtiveram 7 valores, 13 também obtiveram 8 valores (10.5%), 9 participantes (7.3%) obtiveram 9 valores e por fim, 3 participantes (2.4%) obtiveram 10 valores.

Por fim, sabe-se que uma pontuação superior a 10 valores indica que é provável que o indivíduo sofra de uma perturbação de sono, por isso, verificou-se que 18 participantes possuíam algum tipo de perturbação de sono, visto que 6 participantes (4.8%) obtiveram 11 valores, 5 participantes (4.0%) obtiveram 12 valores, 6 participantes alcançaram 13 valores (4.8%) e por fim, 1 participante (0.8%) obteve 14 valores. Estes valores estão inseridos na tabela 12.

Assim, verifica-se que 51 de participantes obtivera uma boa qualidade de sono (41.1%), 55 participantes (44.4%) obteve uma má qualidade de sono e 18 (14.5%) possuem algum tipo de perturbação relacionada com o sono. Estes dados encontram-se representados na tabela 13.

Tabela 12

Frequências Descritivas do IQSP

	N	%
<i>Valor total</i>		
1 valores	3	2.4
2 valores	6	4.8
3 valores	10	8.1
4 valores	22	17.7
5 valores	10	8.1
6 valores	17	13.7
7 valores	13	10.5
8 valores	13	10.5
9 valores	9	7.3
10 valores	3	2.4
11 valores	6	4.8
12 valores	5	4.0
13 valores	6	4.8
14 valores	1	0.8

Tabela 13*Frequências Descritivas do IQSP*

	N	%
<i>Boa qualidade de sono</i>	51	41.1
<i>Má qualidade de sono</i>	55	44.4
<i>Perturbações de sono</i>	18	14.5

De acordo com literatura mencionada na parte anterior, para se caracterizar a autocompaixão dos indivíduos, é necessário utilizar apenas a média da escala total e não das suas subescalas e assim obter o valor médio da escala global do respetivo instrumento.

Desta forma, uma pontuação situada entre 1 e 2,49 significa que os indivíduos possuem uma baixa autocompaixão, descobrindo-se que 4 participantes (3.2%) apresentaram baixa autocompaixão, obtendo entre 1 e 2.49 valores.

Visto que uma pontuação média entre 2,5 e 3,5 significa que os indivíduos possuem autocompaixão moderada, verificou-se que 60 participantes (48.4%) apresentaram uma autocompaixão moderada, obtendo valores entre os 2.50 e os 3.50 Por fim, sabe-se que uma pontuação média entre 3,51 e 5 valores, indica que o individuo apresenta níveis elevados de autocompaixão, verificando-se que 60 participantes (48.4%) obtiveram entre 3.51 e 5 valores, apresentando assim níveis elevados de autocompaixão. Como conclusão, verifica-se que 4 (3.2%) participantes apresentaram uma autocompaixão baixa, 60 participantes (48.4%) apresentam autocompaixão moderada e 60 participantes (48.4%) apresentam autocompaixão elevada, cujos dados de encontram evidenciados na tabela 14.

Tabela 14*Frequências Descritivas do SELFCS-SV*

	N	%
<i>Valor total</i>		
1-2.49 valores	4	3.2
2.5-3.5 valores	60	48.4
3.51-5 valores	60	48.4

De acordo com os resultados demonstrados na tabela seguinte, a subescala de Apoio profissional, os resultados demonstraram que apresentou um valor mínimo de 15.00, um máximo de 40.00, uma média de 30.53 e desvio-padrão de 6.01. Tendo em conta que o valor máximo de se obter nesta subescala é de 40, a pontuação média, isto é, o ponto médio da escala será de 20. Visto que a média é de 30.53, podemos observar que os participantes obtiveram um valor acima da média. Em relação à subescala de Desenvolvimento profissional, esta obteve um mínimo de 13.00, um máximo de 40.00, uma média de 30.12 e desvio-padrão de 5.58. Nesta subescala, o valor máximo é igualmente de 40, o que significa que o ponto médio será de 20. Visto que a média obtida foi de 30.12, pode-se verificar que os participantes obtiveram um valor acima pontuação média obtida.

Verificou-se que a subescala de Equilíbrio de Vida apresenta um mínimo de 12.00, um máximo de 29.00, uma média de 23.98 e desvio-padrão de 4.24. Sendo que esta subescala obteve um máximo de 29, o ponto médio da subescala será de 14.5. Tendo em conta que a média obtida pelos participantes foi cerca de 23.98, pode-se afirmar que estes obtiveram um valor acima da média obtida pelos participantes. Por outro lado, descobriu-se que a subescala de Equilíbrio diário apresentou um valor mínimo de 8.00, um máximo de 24.00, uma média de 16.66 e desvio-padrão de 4.00. Esta subescala obteve um valor máximo de 24, logo o ponto médio equivale a 12, o que significa que tendo os participantes obtendo um valor média de 16.66, obtiveram um valor superior ao ponto médio da subescala. Por fim, a subescala de Estratégias cognitivas revela um mínimo de 12.00, um máximo de 26.00, uma média de 21.80 e desvio-padrão de 3.19. Esta subescala obteve um valor máximo de 26, o que significa que a média da subescala será de 13. Tendo que conta que os participantes obtiveram um valor de 21.80, pode-se verificar que estes obtiveram um valor

superior ao ponto médio estipulado. Assim, pode-se concluir que os participantes apresentaram níveis de autocuidado superiores à média.

Tabela 15

Estatística Descritiva EAAP

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
<i>Escala de Avaliação de Autocuidado para</i>				
<i>Psicólogos (EAAP)</i>				
Apoio Profissional	15.00	40.00	30.53	6.01
Desenvolvimento Profissional	13.00	40.00	30.12	5.58
Equilíbrio de Vida	12.00	29.00	23.98	4.24
Equilíbrio Diário	8.00	24.00	16.66	4.00
Estratégias Cognitivas	12.00	26.00	21.80	3.19

Objetivo 2: Averiguar associações entre as variáveis da qualidade do sono e da autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Hipótese 1: É esperado que exista uma associação positiva entre qualidade do sono e o autocuidado

Nas análises da relação entre escalas quantitativas, começou-se por estudar a normalidade das mesmas, utilizando o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Visto que a dimensão da amostra é superior a 50 elementos e, sendo que a variável de autocuidado não seguiu uma distribuição normal recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman.

Relativamente à associação entre a qualidade do sono (IQSP) e o autocuidado (EAAP), conclui-se que não existem associações positivas, negativas e significativas entre a qualidade de sono e o autocuidado, nomeadamente, a subescala Apoio Profissional ($r=0.023$; $p= 0.804$), a subescala Desenvolvimento Profissional ($r=-0.004$; $p= 0.969$), a subescala de Equilíbrio de Vida ($r=-0.097$; $p= 0.283$), a subescala de Equilíbrio Diário ($r=0.143$; $p= 0.114$) e por fim, a subescala Estratégias Cognitivas ($r=-0.062$; $p= 0.496$). Estes resultados demonstram que a qualidade de sono

não influencia e não demonstra impacto em nenhuma das subescalas do autocuidado. Estes resultados estão evidenciados na tabela 16.

Tabela 16

Correlação entre o IQSP e a EAAP

		IQSP
Apoio Profissional	Correlação de Spearman	.023
	Sig.	.804
Desenvolvimento Profissional	Correlação de Spearman	-.004
	Sig	.969
Equilíbrio de Vida	Correlação de Spearman	-.097
	Sig	.283
Equilíbrio Diário	Correlação de Spearman	.143
	Sig	.114
Estratégias Cognitivas	Correlação de Spearman	-.062
	Sig	.496

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Objetivo 3: Averiguar associações entre as variáveis da qualidade do sono e do autocuidado em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Hipótese 3: É esperado que exista uma associação positiva entre autocompaixão e qualidade de sono

Nas análises da relação entre escalas quantitativas, começou-se por estudar a normalidade das mesmas, utilizando o Teste de Kolmogorov-Smirnov visto que a dimensão da amostra é superior a 50 elementos e, sendo que a variável de autocompaixão e a de qualidade de sono manifestaram seguir distribuição normal recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson.

Relativamente à associação entre a qualidade do sono (IQSP) e a autocompaixão (SELFS-CV), O coeficiente de correlação de Pearson conclui que a qualidade de sono está associada de forma positiva e fraca à autocompaixão ($r= 0.200$; $p= 0.026$). Estes dados encontram-se explícitos na tabela 17. A existência desta associação significa que existe uma associação positiva e significativa, ainda que fraca, entre a qualidade de sono e a autocompaixão. Esta informação verifica que à medida que os valores de qualidade de sono aumentam, os valores de autocompaixão também aumentam, ou seja, quanto maiores os níveis de qualidade de sono, maiores serão os níveis de autocompaixão.

Tabela 17

Correlação entre o IQSP e a SELFS-SV

		SELFS-SV
		.200
IQSP	Correlação de Pearson	
	Sig.	.026**

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Objetivo 4: Averiguar associações entre as variáveis de autocuidado e de autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Hipótese 5: É esperado que exista uma associação positiva entre a autocompaixão e o autocuidado

Relativamente à associação/correlação entre o autocuidado (EAAP) e a autocompaixão (SELFS-SV), observando a tabela 18 deduz-se que a subescala Apoio Profissional não apresenta uma associação significativa com a autocompaixão ($r=0.136$; $p=0.133$), o que poderá significar que esta subescala pode não influenciar ou possuir impacto na autocompaixão.

De acordo com o observado na tabela 18, conclui-se que a subescala Desempenho Profissional associa-se de forma positiva e moderada com a autocompaixão ($r=0.373$; $p= 0.000$). Esta associação positiva significa que o desempenho profissional influencia e tem impacto na autocompaixão, ou seja, um maior desempenho profissional poderá significar níveis e valores mais elevados de autocompaixão, enquanto um menor desempenho profissional poderá refletir nos níveis e valores baixos de autocompaixão.

De acordo com a tabela seguinte, verificou-se uma associação positiva moderada entre a subescala Equilíbrio de Vida e a autocompaixão ($r= 0.358$; $p= 0.000$). Esta associação positiva significa que o equilíbrio de vida realizado pelos indivíduos possui impacto na autocompaixão, ou seja, um maior equilíbrio de vida poderá significar níveis e valores maiores de autocompaixão, sendo que um menor equilíbrio de vida poderá influenciar os níveis baixos de autocompaixão.

Simultaneamente, como se verifica na tabela 18, a subescala Equilíbrio Diário encontra-se associada de forma positiva e fraca à autocompaixão ($r= 0.262$; $p= 0.003$). Desta forma, pode-se concluir que esta associação positiva significa que o equilíbrio diário dos indivíduos influencia os níveis e valores de autocompaixão, ou seja, um maior equilíbrio diário poderá significar e influenciar níveis e valores mais elevados de autocompaixão, sendo que um menor equilíbrio diário poderá significar e ter impacto nos níveis mais baixos de autocompaixão.

Como verificado na tabela 18, verifica-se que a subescala Estratégias Cognitivas encontra-se associada de forma positiva e fraca à autocompaixão ($r= 0.261$; $p= 0.003$). Esta associação positiva significa que as estratégias cognitivas implementadas pelos indivíduos influenciam e causam impacto nos valores e níveis de autocompaixão, ou seja, a utilização e implementações de estratégias cognitivas poderá ter influencia e impacto nos valores e níveis elevados de

autocompaixão, enquanto a utilização reduzida de estratégias cognitivas poderá significar e ter impacto nos níveis baixos de autocompaixão.

A existência desta associação significa que quanto maiores forem os níveis de autocuidado, melhores serão os níveis e valores de autocompaixão.

Tabela 18

Correlação entre a EAAP e o SELFS-SV

		SELFS-SV
EAAP		
Apoio Profissional	Correlação de Spearman	.136
	Sig.	.133
Desenvolvimento Profissional	Correlação de Spearman	.373
	Sig	.000**
Equilíbrio de Vida	Correlação de Spearman	.358
	Sig	.000**
Equilíbrio Diário	Correlação de Spearman	.262
	Sig	.003**
Estratégias Cognitivas	Correlação de Spearman	.261
	Sig	.003**

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Objetivo 5: Caracterizar as variáveis sociodemográficas e verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas

Hipótese 7: É esperado que exista uma associação entre variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas

Relativamente à caracterização das variáveis sociodemográficas, verificou-se que o número de participantes do sexo feminino era muito superior (N=115) ao número de participantes do sexo masculino (N=9=), tornando impossível proceder à comparação entre estes dois grupos e as variáveis estudadas.

Para o estudo da associação entre as variáveis sociodemográficas operacionalizadas por escalas ordinais e as variáveis em estudo recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman.

Relativamente à associação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de sono, autocuidado e autocompaixão, de acordo com a tabela 19, verificou-se que existe uma associação positiva fraca entre as Habilitações Literárias e a autocompaixão ($r= 0.203$; $p= 0.024$). Esta associação positiva significa que as habilitações literárias dos indivíduos influenciam os níveis e valores de autocompaixão, ou seja, as habilitações literárias poderão ter impacto nos valores e níveis elevados de autocompaixão.

Observando a tabela 19, verificou-se que existe uma associação positiva fraca entre as Habilitações Literárias e a subescala Equilíbrio de Vida ($r=0.182$; $p=0.002$) e a subescala Estratégias Cognitivas ($r=0.227$; $p=0.011$), presentes da escala do autocuidado. Esta associação positiva entre as habilitações literárias e o equilíbrio de vida significa que as habilitações literárias influenciam e possuem impacto no equilíbrio de vida dos indivíduos, isto poderá significar que quanto maior for o grau de habilitação literária dos indivíduos, maior a possibilidade e hipótese de possuírem um maior equilíbrio de vida. Simultaneamente, a associação positiva entre as habilitações literárias e as estratégias cognitivas significa que as habilitações literárias influenciam e possuem impacto nas estratégias cognitivas utilizadas pelos indivíduos, isto é, poderá significar que quanto maior for o grau de habilitação literária dos indivíduos maior a possibilidade e hipótese de utilizarem estratégias cognitivas adequadas.

Na tabela 20, pode-se observar a existência de uma associação positiva fraca entre a Frequência de Supervisão e a subescala de autocuidado de Desempenho Profissional ($r=0.233$; $p=0.005$). A associação positiva entre a frequência de supervisão e o desempenho profissional poderá significar que as frequências de supervisão influenciam e causam impacto no desempenho

profissional dos indivíduos, ou seja, quanto maior for a frequência na supervisão pelos indivíduos, poderá significar a possibilidade e hipótese de um maior desempenho profissional. Averiguou-se ainda que a maior parte dos participantes (85.5%) relatou que não existiu um aumento da frequência da supervisão com o início e desenvolvimento da pandemia.

Em relação à experiência e carreira profissional, caracterizada na tabela 20 e 21, maior parte dos indivíduos relata possuir até 10 anos de experiência profissional (55.6%), seguido de entre 11 e 20 anos de experiência (26.6%), seguido de 21 a 30 anos (15.3%). Assim, verificou-se que esta encontra-se associada de forma positiva e forte com as variáveis estudadas, principalmente, com a autocompaixão ($r=.704$; $p=0.034$) e positiva e forte dimensão de desempenho profissional do autocuidado ($r=0.658$; $p=0.040$). Estes resultados significam que a quantidade em anos de experiência profissional influencia a autocompaixão e o desempenho profissional.

Por fim, na seguinte tabela 22, podemos constatar a existência de uma associação negativa e fraca entre a carga horária semanal dos indivíduos e a subescala de autocuidado de Equilíbrio Diário ($r=-0.270$; $p=0.002$). A existência desta associação negativa entre a carga horária e o equilíbrio diário significa que uma maior carga horária traduz-se na possibilidade e hipótese de existir um menor equilíbrio diário por parte dos indivíduos. Verificou-se ainda que maior parte dos participantes (62.9%) relatou um aumento da carga horária e semanal desde o começo da pandemia, sendo que maior parte dos participantes (52.4%) possuem um horário semanal em média entre 31 a 40 horas semanais. Relativamente à carga laboral, maior parte dos participantes, relatou possuir em média entre 11 a 20 casos semanais (35.5%), relatando ainda que verificaram um aumento da carga laboral e do número de casos desde o começo da pandemia (87.1%).

Tabela 19

Correlação entre variáveis sociodemográficas

		SELFS-SV	Equilíbrio de Vida	Estratégias Cognitivas
Habilitações literárias	Correlação de Spearman	.203	.182	.227
	Sig.	.024*	.002***	.011*

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Tabela 20*Correlação entre variáveis sociodemográficas*

		Desempenho Profissional
Supervisão	Correlação de Spearman	.233
	Sig.	.005*
Experiência Profissional	Correlação de Spearman	.658
	Sig.	.040*

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$* **Tabela 21***Correlação entre variáveis sociodemográficas*

		SELFS-SV
Experiência Profissional	Correlação de Spearman	.704
	Sig.	.034*

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$* **Tabela 22***Correlação entre variáveis sociodemográficas*

		Equilíbrio Diário
Carga Semanal	Correlação de Spearman	-.270

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

7.4. Regressões entre variáveis

Hipótese 2: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com o autocuidado

De acordo com a tabela 23, podemos verificar que não existe um impacto ou influência estatisticamente significativa entre a qualidade de sono e a subescala de apoio profissional, inserida no autocuidado ($B=0.102$; $p=0.607$; $R^2= -0.006$), o que significa que a qualidade de sono não prevê e não explica uma associação com o apoio profissional. Se invertermos as variáveis, o resultado da regressão é o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis analisadas. Simultaneamente, observamos que não existe um impacto significativo estatisticamente entre a qualidade de sono e uma das subescalas do autocuidado, a subescala de desempenho profissional ($B=-0.015$; $p= 0.739$; $R^2= -0.007$), o que significa que a qualidade de sono não prevê e não explica uma associação com o desempenho profissional. Se invertermos as variáveis, o resultado será o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis.

A regressão simples, como comprovado pela tabela 23, revela a inexistência de um impacto significativo entre a qualidade do sono e a subescala de equilíbrio de vida ($B=-0.059$; $p= 0.212$; $R^2= 0.005$), o que significa que a qualidade de sono não prevê ou explica uma associação com o equilíbrio de vida. Se invertermos as variáveis, o resultado evidenciado pela regressão simples é o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis.

Simultaneamente, a regressão simples demonstra a inexistência de um impacto estatisticamente significativo entre a qualidade de sono e a subescala equilíbrio diário ($B=0.048$; $p= 0.200$; $R^2= 0.005$), o que significa qualidade de sono não prevê ou explica uma associação com o equilíbrio de vida. Se invertermos as variáveis, o resultado evidenciado pela regressão simples é o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis.

Observando a tabela 23, verifica-se que não existe um impacto significativo entre a qualidade de sono e a subescala de estratégias cognitivas, inserida no autocuidado ($B=-0.041$; $p=0.514$; $R^2=-0.005$), o que significa que a qualidade de sono não prevê ou explica uma associação com as estratégias cognitivas. Se novamente, invertermos as variáveis o resultado da regressão é o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis.

Tabela 23

Regressão entre a EAAP e IQSP

	IQSP		R Quadrado Ajustado
	Beta	Sig.	
EAAP			
Apoio Profissional	.102	.607	-.006
Desenvolvimento Profissional	-.015	.739	-.007
Equilíbrio de Vida	-.059	.212	.005
Equilíbrio Diário	.048	.200	.005
Estratégias Cognitivas	-.041	.514	-.005

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Hipótese 4: A autocompaixão prevê e explica uma associação com a qualidade de sono

Observando a tabela 24, a regressão linear simples indicia um impacto estatisticamente significativo, positivo e fraco da autocompaixão na qualidade de sono, o que significa que a autocompaixão prevê e explica uma associação positiva com a qualidade de sono e é considerada uma variável ($B=0.212$; $p=0,006$; $R^2=0,052$). Esta regressão revela ainda que a autocompaixão possui um impacto positivo na qualidade do sono.

Se invertermos as variáveis, o resultado da regressão é o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis; pode-se apenas concluir que estas variáveis se influenciam mutuamente.

Tabela 24*Regressão entre a SELFS-SV e o IQSP*

	IQSP		R Quadrado
	Beta	Sig.	Ajustado
SELFS-SV	.212	.006*	.052

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Hipótese 6: A autocompaixão prevê e explica uma associação com o autocuidado

De acordo com a tabela 25, a regressão linear simples demonstra que não existe um impacto estatisticamente significativo entre a autocompaixão e a subescala de apoio profissional ($B=0.070$; $p=0.139$; $R^2= 0.010$), o que significa que a autocompaixão não prevê nem explica uma associação com o apoio profissional. Se invertermos as variáveis, o resultado da regressão é o mesmo. Por este motivo não é possível determinar uma relação causal entre as variáveis.

Por outro lado, a tabela 25 demonstra que existe um impacto significativo positivo e forte entre a autocompaixão e a subescala de desempenho profissional ($B=0.697$; $p= 0.000$; $R^2= 0.121$), o que significa que a autocompaixão prevê e explica uma associação positiva com o desenvolvimento profissional. Os dados indicam que o impacto causal da autocompaixão no desempenho profissional é mais vincado do que o inverso, visto que o impacto do autocuidado na autocompaixão é positiva, mas relativamente menor comparativamente ao impacto entre a autocompaixão no desempenho profissional ($B=0.197$; $p=0,000$; $R^2= 0,121$).

Simultaneamente, a regressão simples revela a existência um impacto positivo e forte e estatisticamente significativo da autocompaixão na subescala de equilíbrio de vida ($B=0.667$; $p= 0.000$; $R^2= 0.151$), o que significa que a autocompaixão prevê e explica uma associação positiva com o equilíbrio de vida. Se invertermos as variáveis verifica-se que o modelo mantém a sua relevância estatística. Os dados indicam o impacto da autocompaixão no equilíbrio de vida, visto que o impacto deste na autocompaixão é positiva, mas relativamente menor comparativamente ao impacto entre a autocompaixão no equilíbrio de vida ($B=0.237$; $p=0,000$; $R^2= 0-151$).

De acordo com a tabela 25, existe um impacto estatisticamente significativo e positivo e moderado entre a autocompaixão e a subescala de equilíbrio diário ($B=0.508$; $p= 0.000$; $R^2= 0.050$), o que significa que a autocompaixão prevê e explica uma associação positiva com o equilíbrio diário. Se invertermos as variáveis, verifica-se que o modelo mantém a sua significância estatística. Os dados indicam que o impacto causal da autocompaixão no equilíbrio diário, visto que o impacto deste na autocompaixão é positiva, mas relativamente menor comparativamente ao impacto entre a autocompaixão no equilíbrio diário ($B=0.114$; $p= 0.000$; $R^2= 0.050$).

Por fim, observa-se que existe um impacto positivo moderado e significativo entre a autocompaixão e a subescala de estratégias cognitivas ($B=0.406$; $p= 0.000$; $R^2= 0.096$), o que significa a autocompaixão prevê e explica uma associação positiva com as estratégias cognitivas. Se invertermos as variáveis, verifica-se que o modelo mantém a sua relevância estatística. Os dados indicam que o impacto causal da autocompaixão nas estratégias cognitivas, visto que o impacto deste na autocompaixão é positiva, mas relativamente menor comparativamente ao impacto entre a autocompaixão nas estratégias cognitivas ($B=0.254$; $p= 0.000$; $R^2= 0.096$).

Tabela 25

Regressão entre a SELFS-SV e a EAAP

	SELFS-CV		
	Beta	Sig.	R Quadrado Ajustado
EAAP			
Apoio Profissional	.070	.139	.010
Desenvolvimento Profissional	.697	.000**	.121
Equilíbrio de Vida	.667	.000**	.151
Equilíbrio Diário	.508	.000**	.050
Estratégias Cognitivas	.406	.000**	.096

*Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$*

Parte IV- Discussão de Resultados

Discussão de Resultados

A presente investigação apresenta como objetivo principal verificar a existência de associações significativas, positivas ou negativas entre a qualidade de sono, o autocuidado e a autocompaixão, numa amostra de 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses. Simultaneamente, este estudo procura explorar o nível de qualidade de sono, autocuidado e de autocompaixão nesta amostra. Tendo por base este objetivo e o enquadramento teórico fundamentado na primeira parte, a discussão dos resultados irá ser efetuada posteriormente.

Objetivo 1: Verificar a qualidade de sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

De acordo com os resultados, verificou-se que os participantes inseridos nesta investigação revelaram uma má qualidade de sono, visto que 55 participantes (44.4%). Apesar disto, a análise de resultados verificou que cerca de 51 participantes (41.1%) demonstraram uma boa qualidade de sono. Pode-se, assim, observar que a diferença entre a má qualidade de sono e a boa qualidade de sono não é muito elevada, obtendo percentagens muito próximas.

A verdade é que as investigações que se foquem na qualidade de sono desta população e nas suas consequências são muito reduzidas. Ainda assim, as investigações que se focam na qualidade de sono afirmam que as perturbações de sono e questões associadas são muito recorrentes neste tipo de população, cujo principal perturbação são as insónias (Schlarb et al., 2012). Os níveis reduzidos de qualidade e quantidade de sono possuem consequências negativas na eficácia e eficiência profissional, bem como na competência pessoal e profissional, impedindo que fornecem uma prática clínica adequadas (Patterson et al, 2012; Posluns & Gall, 2019; Söderström et al. 2012; Wolf & Rosenstock, 2017).

Os problemas e questões de sono, nomeadamente, a qualidade reduzida e quantidade insuficiente são um dos problemas pessoais mais descritos pelos psicoterapeutas, sendo que as insónias foram apontadas como a principal causa destes problemas (Mahoney, 1997). Este resultado encontra-se corroborado pela presente investigação, já que a qualidade de sono desta população foi caracterizada como sendo de má qualidade.

Os problemas de sono estão ainda relacionados com a quantidade de carga de trabalho e com a carga horária nesta população e na população geral (Barnes & Watson, 2019). Estes problemas encontram-se relacionados com níveis elevados de stress laboral e profissional, com um ambiente profissional negativo, falta de valorização e recompensas profissionais (Akerstedt et al., 2002; Krudsen et al., 2007; Schlarb et al., 2012). Este resultado não foi comprovado pela presente investigação, demonstrando a inexistência de uma associação entre estas duas variáveis ($r=0.325$; $p=0.008$). Os indivíduos com níveis mais elevados de satisfação laboral e profissional revelam menos problemas e perturbações de sono (Norcross & VandenBos, 2018), estando uma boa qualidade e quantidade de sono envolvida na redução do stress ocupacional, daí a necessidade de implementarem comportamentos de higiene de sono (Norcross & VandenBos, 2018).

Estes profissionais podem desenvolver práticas e comportamentos adequados de higiene de sono, nomeadamente, manter um horário e rotina de sono adequada e definida ou dormir entre 7 e 9 horas por noite (Mairs & Mullan, 2015; Skovholt & Trotter-Mathinson, 2016). De acordo com os resultados da presente investigação, maior parte da amostra analisada (30.6%) dorme em média cerca de 7 horas, sendo que 24.2% dorme em média 8 horas por noite, e por fim, cerca de 16.1% dorme cerca de 6 horas por noite. Por isso, os participantes dormem em média entre as 6 e as 8 horas por noite, encontrando-se assim, dentro dos padrões de duração de sono recomendados.

Uma questão importante de mencionar que influenciam os problemas de sono e a sonolência diurna é a existência de uma prática clínica por vezes isolada e com pouco movimento físico, uma privação do meio ambiente exterior e o conteúdo das sessões, contribuindo para o aumento dessa sonolência e diminuição da concentração, e conseqüentemente da eficácia e qualidade da sua prática clínica (Norcross & VandenBos, 2018; Rokach & Boulazreg, 2020). Outra questão que influencia os problemas e questões de sono é a existência de dropout e desistências das sessões por parte dos clientes ou incapacidade de desenvolver uma relação e aliança terapêutica estável (Norcross & VandenBos, 2018).

O começo e desenvolvimento da pandemia provocou conseqüências a nível dos padrões e processos de sono, desencadeando problemas e disrupções nas rotinas de sono, assim como no ritmo e no sistema circadiano (Gupta et al., 2020a; Partinen et al., 2021). Os indivíduos com um declínio na saúde mental eram mais prováveis de desenvolver níveis baixos de qualidade de sono (Banthiya et al., 2021). Assim, verificou-se desenvolvimento de problemas de sono e a diminuição da qualidade de sono desde o início da pandemia (Banthiya et al., 2021; Moreno et al., 2022;

Rodríguez-De Avila et al., 2021), devido aos diversos confinamentos (Gupta et al., 2020a). A pandemia provocou o aumento de insónias iniciais, intermédias e finais, da sonolência diurna e de pesadelos (Banthiya et al., 2021; Moreno et al., 2022; Partinen et al., 2021). Averiguou-se uma redução no horário do sono noturno, deitando-se e acordando mais tarde, aumentando o número de sestas durante o dia, atuando como uma das razões para a diminuição da qualidade de sono e para a desregularização biológica do processo de sono (Gupta et al., 2020a; Moreno et al., 2022).

Ainda assim, os indivíduos dormiam poucas horas e continuavam insatisfeitos com a sua quantidade e qualidade de sono (Moreno et al., 2022). Contrariamente, alguns indivíduos relataram que a sua qualidade de sono melhorou devido à flexibilidade de horários (Gupta et al., 2020a; Patinen et al., 2021). A diminuição da qualidade de sono e aumento dos problemas relativamente ao mesmo são mais prováveis de acontecerem em profissionais de saúde e de saúde mental (Huang & Zhao, 2020). Estas conclusões são corroboradas pela presente investigação, visto que a qualidade de sono dos participantes foi caracterizada como sendo uma má qualidade de sono. Apesar disto, o número de horas de sono dormidas por noite pelos participantes encontra-se dentro das recomendações e parâmetros normais para adultos.

Ao analisarmos os resultados obtidos relativamente aos níveis de autocuidado, verificou-se que a amostra composta por psicólogos clínicos e psicoterapeutas apresentou níveis de autocuidado superiores aos valores médios estipulados, visto que as cinco subescalas do autocuidado apresentaram valores superiores à pontuação média estabelecida. A subescala de apoio profissional apresentou uma média de 30.53, em que o ponto médio é de 20. A subescala de desenvolvimento profissional exibiu uma média de 30.12, sendo que o ponto médio é de 20. A subescala de equilíbrio de vida possuiu uma média de 23.98, sendo que o seu ponto médio situa-se nos 14.5. A subescala de equilíbrio de diário apresentou uma média de 16.66, assim como um ponto médio de 12. Por fim, a subescala de estratégias cognitivas obteve uma média de 21.80, sendo o seu valor médio de 13. Os resultados explícitos anteriormente comprovam os níveis superiores de autocuidado em relação a valores médios estabelecidos.

Por outro lado, o autocuidado nesta profissão e população é percecionado como um dever, uma responsabilidade ética e deontológica e uma competência desenvolvida por estes profissionais (Reis, 2020). O autocuidado é considerado um dos objetivos principais destes profissionais, atuando como forma de lidar com os riscos e consequências da prática clínica (Barnett et al., 2007; Dorociak et al., 2017; Knapp et al. 2017; Lee e Miller, 2013; Thériault et al. 2015; Wise et al.,

2012; Wise & Barnett, 2016). Estes profissionais, frequentemente, negligenciam a própria saúde psicológica e física em detrimento das necessidades dos seus clientes (Coleman et al., 2016; Dattilio, 2015; Norcross & VandenBos, 2018; Skovholt e Trotter-Mathison, 2016),

O autocuidado contribui para o aumento do equilíbrio entre a vida pessoal e profissional destes profissionais (Rupert & Dorociak, 2019; Wise et al., 2011, 2012).

O autocuidado provoca consequências e influência positiva na prática, competência e eficácia clínica, assim como na relação e vínculo terapêutico eficaz entre cliente e profissional, contribuindo para combater os riscos, stressores e exigências da profissão (Craig & Sprang, 2010; Lee e Miller, 2013; Myers et al., 2012; Reis, 2020; Rodriguez & Arias, 2018; Rupert & Dorociak, 2019; Skovholt et al., 2001; Wise & Barnett, 2016). Se o autocuidado não for implementado de forma eficaz pode prejudicar a sua competência e eficácia clínica (Wise et al., 2012). Nesta população, os comportamentos de autocuidado devem ser direcionados para a manutenção do seu funcionamento e bem-estar emocional, físico e psicológico e do equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Mills et al., 2018; OPP, 2020; Rupert & Dorociak, 2019; Zahniser et al., 2017).

De acordo com Dorociak et al. (2017) existem 5 dimensões associadas ao autocuidado profissional em psicólogos, que se focam nas dimensões pessoais e profissionais do autocuidado, sendo estas o apoio profissional, o desenvolvimento profissional, o equilíbrio de vida, o equilíbrio diário e por fim, as estratégias cognitivas. Estas dimensões foram avaliadas e analisadas na presente investigação, verificando que a presente amostra encontra-se acima da média em todas estas dimensões avaliadas. O facto de esta amostra possuir um apoio profissional acima da média significa que no seu local de trabalho possuem colegas que fornecem o apoio psicológico, social e emocional essencial para uma boa prática terapêutica, possibilitando a partilha de experiências profissionais exigentes ou gratificantes. A amostra revela uma dimensão de desenvolvimento profissional também superior à média. Este resultado significa que os indivíduos avaliados estão inseridos em atividades, organizações ou eventos relacionados com o próprio trabalho consideradas prazerosas, atualizando a sua prática e conhecimento teórico e prático. O facto de a dimensão de equilíbrio de vida também se verificar superior à média pode significar que os indivíduos possuem e desenvolvem uma identidade profissional aliada à sua identidade pessoal, encontrando assim um equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal. Simultaneamente, os indivíduos pontuaram um equilíbrio diário superior à média, significando que conseguem encontrar e implementar estratégias e comportamentos de autocuidado durante o dia de trabalho.

Por fim, relativamente às estratégias cognitivas, os valores superiores à media, podem significar que estes indivíduos realizam autocuidado psicológico, procedendo a introspeções e monitorizações conscientes dos seus estados emocionais e psicológicas, implementando abordagens de resolução de problemas dos desafios e das dificuldades da própria profissão.

Algumas das consequências da falta de comportamentos de autocuidado são a insatisfação profissional, a diminuição da credibilidade enquanto profissional, perturbações relacionadas com o stress ou até violações deontológicas e éticas, diminuição da eficácia e aliança terapêutica eficaz, desenvolvimento de uma ligação psicológica e emocional excessiva, limites entre cliente e profissional não delineados de forma específica (Carona, 2017).

Algumas das estratégias de autocuidado a nível pessoal que podem ser implementadas por estes profissionais incluem o desenvolvimento das relações e do suporte social e familiar, a prática de exercício físico, uma rotina e hábitos de sono adequados e saudáveis, implementar atividades que lhe causem bem-estar e prazer (Barnett et al., 2007; Mota, 2017). A nível profissional, estes podem desenvolver as redes de suporte profissional através dos colegas de trabalho e de profissão, estabelecer limites entre a sua vida pessoal e profissional, proceder a uma formação teórica e prática contínua, principalmente em conceitos como a fadiga por compaixão, burnout e stress, a partilha com colegas de profissão as suas dificuldades, experiências e desafios, integrar grupos de supervisão, investir em psicoterapia individual, redução da carga horária e de trabalho, monitorizar os próprios casos clínicos, proceder a uma avaliação do seu estado mental, físico e psicológico (Corona, 2017; Coleman et al., 2016; Cramond et al., 2020; Dattilio, 2015; Mills et al., 2018; Mills et al., 2018; Mota, 2017; Norcross & Guy, 2007; Parsonson & Alquicira, 2019; Posluns & Gall, 2019; Richards et al., 2010; Rupert et al., 2012; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Estes profissionais relatam diversos obstáculos à implementação de comportamentos e estratégias de autocuidado, nomeadamente, inexistência de tempo para implementar tais estratégias, aumento significativo da carga de trabalho e horária, dificuldades interpessoais com colegas de trabalho, gestão inadequada do próprio tempo, valor elevado das formações teóricas e práticas, a ausência de recursos profissionais no local de trabalho como a supervisão e intervenção e o valor elevado da terapia individual, assim como a inexistência de atenção fornecida ao autocuidado nas formações académicas (Parsonson & Alquicira, 2019; Posluns & Gall, 2019; Sharifian, 2019; Ventura, 2018; Thériault et al. 2015).

Relativamente ao autocuidado durante a pandemia, verificou-se que as práticas e comportamentos de autocuidado aumentaram desde o início da pandemia, pois os indivíduos começaram uma nova atividade de autocuidado na quarentena que não tinha experimentado antes, como forma de lidar com as consequências do confinamento e da quarentena (Gupta et al., 2020b; Leese et al., 2021; Lewis et al., 2021). Este focou-se em diversas vertentes, tanto a nível pessoal, psicológico e emocional, como profissional, social e relacional, utilizando para isso métodos e instrumentos digitais e não digitais (Fiske et al., 2021). Alguns autores consideram que medidas implementadas de combate à pandemia como a utilização de máscaras, lavar as mãos, o distanciamento social e as relações interpessoais através de instrumentos tecnológicos são formas de autocuidado (Ayosanmi et al., 2022). Para os profissionais de saúde e de saúde mental, as atividades de autocuidado foram uma forma de escape e de ajudar a lidar com as consequências psicológicas e emocionais e exigências profissionais da pandemia, que causaram a diminuição de autocuidado nestes (Lewis et al., 2022; Nawaz et al., 2020). Assim, estes profissionais tiveram de implementar novas estratégias e comportamentos de autocuidado, dando mais importância a dimensões sociais, físicas, psicológicas e familiares. Estes profissionais de saúde e de saúde mental demonstraram possuir níveis mais baixos de autocuidado, principalmente de autocuidado físico. Estas conclusões são ainda corroboradas pela presente investigação, que demonstra que os níveis de autocuidado dos participantes verificam-se acima da média estabelecida.

Relativamente ao nível de autocompaixão, observou-se que os psicólogos clínicos e psicoterapeutas inseridos na amostra analisada possuíam níveis de autocompaixão entre moderados a elevados, visto que cerca de 60 participantes (48.4%) apresentaram autocompaixão moderada e da mesma forma, 60 participantes (48.4%) apresentaram autocompaixão elevada.

De acordo com a literatura recente referente à autocompaixão, verifica-se que a autocompaixão atua como um fator de proteção e prevenção contra o burnout e contra a fadiga por compaixão, desenvolvido devido às exigências psicológicas e emocionais da sua profissão (Beaumont et al., 2016; Figley, 2002; Grego et al., 2022; Nelson et al., 2017), contribuindo assim para o aumento das estratégias de regulação emocional (Bibeau et al. 2016, 2020).

A autocompaixão está associada ao aumento da sua qualidade de vida pessoal e profissional (Grego et al., 2022; Neff & Germer, 2013). Na população estudada na presente investigação, a autocompaixão verifica-se associada ao aumento da sua competência e eficácia terapêutica e da sua resiliência pessoal e profissional, contribuindo para o desenvolvimento da relação terapêutica

entre cliente e profissional e da autoconsciência dos próprios estados emocionais e psicológicos, sendo uma componente benéfica da sua prática clínica (Finlay-Jones et al., 2017; Germer & Neff, 2013; Latorre et al., 2021; Patsiopoulos & Buchanan, 2011; Voon et al., 2021). A autocompaixão contribui para o desenvolvimento da compaixão e empatia (Coaston, 2017). Os indivíduos que possuem níveis elevados a moderados de autocompaixão significativamente apresentam uma posição compreensiva e compassiva relativamente aos acontecimentos dolorosos do próprio e dos outros, preocupando-se com o próprio bem-estar e com o dos outros (Neff, 2003a; 2008).

Sendo o mindfulness uma das dimensões da autocompaixão, investigações afirmam que estudantes de licenciatura e pós-graduação de psicologia ao desenvolverem competências de mindfulness vivenciaram o aumento da autocompaixão, diminuição da ruminação e autocrítica e diminuição do burnout e do stress (Eriksson et al., 2018; Newsome et al., 2012; Richardson et al., 2020; Shapiro et al., 2007). O mindfulness torna-se assim crucial que seja desenvolvido por psicólogos e psicoterapeutas, pois contribuiu para o aumento da autocompaixão, da satisfação por compaixão, da diminuição da fadiga por compaixão (Coleman et al., 2016; Newsome et al., 2012). Na presente investigação, existe uma associação positiva entre a subescala de mindfulness e a autocompaixão ($r=0.666$; $p=0.001$), comprovando que existe uma associação positiva entre ambas.

Relativamente à autocompaixão durante a pandemia, averiguou-se que esta é considerada um fator de proteção contra o sofrimento e angústia emocional presente durante o início da pandemia assim como um fator protetor contra os efeitos e consequências negativas das quarentenas e confinamentos (Gutiérrez-Hernández et al., 2021; Li et al., 2021). Apesar disto, descobriu-se que os níveis de autocompaixão encontravam-se estáveis e não forem influenciados pelo confinamento e quarentena, sendo considerado um traço estável (Gutiérrez-Hernández et al., 2021; Liang et al., 2022; Paucsik et al., 2022). Na presente investigação, a autocompaixão é caracterizada entre elevada a moderada, o que confirma estes resultados.

Durante este período, a autocompaixão demonstrou estar associada de forma negativa com a intolerância pela incerteza, stress provocado pela pandemia, medo da Covid-19 e do futuro, da sintomatologia depressiva e ansiosa e de forma positiva com o bem-estar, com a satisfação com a vida, resiliência, da regulação emocional (Deniz, 2021; Hatun & Kurtça, 2022; Jansen et al., 2021; Li et al., 2021; Liang et al., 2022; Schnepfer et al., 2020). Palma et al. (2022) demonstrou que indivíduos do sexo masculino, solteiros, a viver sozinhos ou com amigos apresentavam níveis

baixos de autocompaixão e níveis elevados de stress, sendo que esta associação foi moderada pela identidade, a idade, a educação, o tipo de profissão, o rendimento e a sua saúde mental e emocional.

Objetivo 2: Averiguar associações entre as variáveis da qualidade do sono e do autocuidado em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Hipótese 1: É esperado que exista uma associação positiva entre qualidade do sono e o autocuidado

Hipótese 2: A qualidade de sono explica e prevê uma associação com o autocuidado

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que a hipótese 1 não se encontra confirmada, pois não existem associações significativas positivas ou negativas entre a qualidade de sono e a autocompaixão, nomeadamente, na subescala de apoio profissional ($r=0.023$; $p=0.804$), na subescala de desenvolvimento profissional ($r=-0.004$; $p=0.969$), na subescala de equilíbrio de vida ($r=-0.097$; $p=0.283$), na subescala de equilíbrio diário ($r=0.143$; $p=0.114$) e por fim, na subescala de estratégias cognitivas ($r=-0.062$; $p=0.496$). Assim, podemos concluir que a qualidade de sono não influencia e não demonstra impacto no autocuidado, nem demonstra influência nas cinco dimensões do mesmo.

No que se refere à hipótese 2, tal como se verifica na hipótese 1, esta não se pode confirmar pois não existem regressões significativas entre a qualidade de sono e as cinco dimensões do autocuidado, principalmente, na dimensão de apoio profissional ($B=0.102$; $p=0.607$; $R^2=-0.006$), na dimensão de desempenho profissional ($B=-0.015$; $p=0.739$; $R^2=-0.007$), na dimensão de equilíbrio de vida ($B=-0.059$; $p=0.212$; $R^2=0.005$), na dimensão de equilíbrio diário ($B=0.048$; $p=0.200$; $R^2=0.005$), e por fim, na dimensão de estratégias cognitivas autocuidado ($B=-0.041$; $p=0.514$; $R^2=-0.005$). Estes resultados significam que a qualidade de sono não explica ou prevê uma associação ou efeito significativo sobre o autocuidado.

Como conclusão, compreende-se que não existe nenhuma associação significativa positiva ou negativa entre a qualidade de sono e o autocuidado, assim como entre cada uma das suas dimensões associadas. A mesma situação acontece no sentido oposto, concluindo assim que não existe uma associação significativa positiva ou negativa entre o autocuidado e a qualidade de sono.

A literatura revista não é corroborada pelos resultados descritos anteriormente na presente investigação. De acordo com a literatura recente, existe uma associação positiva entre a qualidade de sono e o autocuidado, sendo que níveis mais baixos de qualidade de sono encontra-se associados

a níveis mais baixos de comportamentos de autocuidado, acontecendo o mesmo em sentido contrário, ou seja, níveis mais elevados de qualidade de sono estão associados a níveis elevados de autocuidado (Redeker, 2008; Rigel & Weaver, 2009), resultados estes que não se verificam na presente investigação. Uma boa qualidade e quantidade de sono é percebida como uma estratégia de autocuidado (Posluns & Gall, 2019; Mota, 2017; Rokach & Boulazreg, 2020).

De acordo com algumas investigações, a saúde física é uma das componentes essenciais do autocuidado, incluindo atividades como o exercício físico, alimentação e o ciclo do sono (Dattilio, 2015; McGarrigle & Walsh, 2011). Comportamentos como a meditação, alimentação saudável e exercício físico são frequentemente implementados por indivíduos com perturbações de sono ou com níveis baixos de qualidade de sono (Meredith et. al, 2020). Por esta razão, deveria haver uma associação entre a qualidade de sono e o autocuidado na presente investigação, visto que a qualidade de sono da amostra avaliada caracteriza-se com sendo uma má qualidade de sono e os níveis de autocuidado da mesma encontram-se acima da média. Este tipo de profissional foca-se em fornecer estratégias de autocuidado adequadas como é o caso de uma boa qualidade e quantidade de sono, mas negligenciam estas práticas (Norcross & VanderBos, 2018).

Meredith et al. (2020) afirma que indivíduos com perturbações de sono consideram que produtos farmacêuticos de autocuidado são considerados alternativas eficazes, utilizando frequentemente substâncias como a melatonina, a doxilamina e ervas medicinais. Dado os resultados obtidos, só cerca 1.6% é que utilizam substâncias como a melatonina e 0.8% é que utilizam ervas medicinais como forma de assistência para lidar com os problemas e questões de sono, sendo valores muito reduzidos e não significativos.

Durante o início da pandemia, os níveis elevados de autocuidado e afeto positivo relacionaram-se com o aumento da qualidade de sono (Werner et al., 2021).

Objetivo 3: Averiguar associações entre as variáveis da qualidade do sono e da autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Hipótese 3: É esperado que exista uma associação positiva entre autocompaixão e qualidade de sono

Hipótese 4: A autocompaixão prevê e explica uma associação com a qualidade de sono

Relativamente à hipótese 3, esta foi confirmada pois os resultados obtidos demonstram que existe uma associação significativa e positiva entre a autocompaixão e a qualidade do sono

($r=0.200$; $p= 0.026$). Desta forma, podemos concluir que exista uma associação positiva entre a qualidade de sono e a autocompaixão e por isso, quando uma destas variáveis aumenta os seus níveis, os níveis da seguinte aumentam simultaneamente, isto é, quando os níveis ou valores da qualidade de sono aumentam, os níveis e valores da autocompaixão também aumentam.

No que diz respeito à hipótese 4, pode-se afirmar que esta hipótese encontra-se confirmada pois existe uma regressão significativa entre a autocompaixão e a qualidade do sono ($B=0.212$; $p= 0,006$; $R^2= 0,052$). O valor de R quadrado ajustado afirma que 5,4% dos níveis de qualidade de sono estão associados de forma positiva à autocompaixão. Apesar desta percentagem não ser elevada ($\approx 100\%$), esta comprova que a autocompaixão possui um impacto e influencia significativa na qualidade de sono. Assim, pode-se concluir que a autocompaixão prevê e explica um efeito significativo sobre a qualidade de sono, sendo que o mesmo pode acontecer no sentido contrário, isto é, a qualidade de sono prevê e explica um efeito significativo sobre a autocompaixão, ainda que possua menos impacto.

Desta forma, é permitido compreender que a autocompaixão associa-se de forma positiva, possuindo influência impacto na qualidade de sono. Assim, verifica-se que quanto maior forem os níveis e valores da autocompaixão, maiores serão os níveis e valores de qualidade de sono. Esta relação verifica-se, simultaneamente, no sentido oposto, ou seja, quanto maiores forem os níveis e valores de qualidade de sono, maiores serão os níveis e valores de autocompaixão.

Os dados analisados são corroborados pela literatura recente. A revisão de literatura concluiu que a autocompaixão está associada a níveis mais baixos de perturbações do sono (Kemper et al., 2015), sendo que comportamentos focados no desenvolvimento da autocompaixão dos indivíduos provocam maiores níveis de qualidade subjetiva do sono, comprovando a associação positiva entre a qualidade do sono e a autocompaixão (Brown et al., 2020^a, 2020b; Butz & Stahlberg, 2018; Butz & Stahlberg, 2020; Kim et al., 2021; Rakhimov et al., 2022; Semenchuk et al., 2022), tal como a presente investigação afirma com os resultados apresentados.

De acordo com Kim e Ko (2018), os elementos positivos da autocompaixão (calor/compreensão, condição humana e mindfulness) associam-se negativamente às perturbações do sono, enquanto os elementos negativos (autocrítica, isolamento e sobreidentificação) encontram-se associados de forma positiva, o que significa que aumentando os níveis da autocompaixão, pode-se diminuir as perturbações do sono (Kim & Ko, 2018). A autocompaixão atua, ainda, como um fator protetor contra as consequências da diminuição da qualidade de sono, concluindo-se que

a autocompaixão aumenta a qualidade do sono e diminui as consequências da falta de qualidade e quantidade do mesmo, aumentando os comportamentos e hábitos saudáveis de sono (Butz & Stahlberg, 2018; Gunn et al., 2022; Hu et al., 2018; Kemper et al. 2015; Kim et al., 2021).

É possível que exista uma relação bidimensional entre a qualidade de sono subjetiva e a autocompaixão, significando que a qualidade de sono pode influenciar os níveis de autocompaixão, e os níveis de autocompaixão influenciam e estão associados à qualidade de sono (Brown et al., 2020b; Hu et al., 2018). Estes resultados foram corroborados pela presente investigação, em que as regressões demonstram esta associação e o seu sentido inverso.

De acordo com Brown et al (2020^a; 2020b), a autocompaixão é considerada como uma ferramenta psicológica que pode facilitar a qualidade de sono subjetiva e potencialmente ajudar o indivíduo a relaxar e a regular os pensamentos intrusivos e críticos que interferem com a qualidade de sono. Também o sono possui uma correlação positiva em relação à autocompaixão e ao mindfulness, bem como uma associação negativa com a autocrítica, a ruminação e pensamentos intrusivos (Butz & Stahlberg, 2020; 2018; Kemper et al., 2015).

Objetivo 4: Averiguar associações entre as variáveis de autocuidado e de autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas

Hipótese 5: É esperado que exista uma associação positiva entre o autocuidado e a autocompaixão/entre autocompaixão e o autocuidado

Hipótese 6: A autocompaixão prevê e explica uma associação com o autocuidado

No que toca à hipótese 5, verifica-se que esta foi apenas parcialmente confirmada, pois em apenas quatro das cinco dimensões e subescalas do autocuidado é que demonstraram possuir associações positivas com a autocompaixão.

Desta maneira, observou-se que a dimensão de apoio profissional do autocuidado não possui associação significativa com a autocompaixão ($r=0.136$; $p=0.133$), o que significa que esta dimensão não causa influencia na autocompaixão. Por outro lado, verificou-se que a dimensão de desempenho profissional encontra-se associada de forma positiva e moderada com a autocompaixão ($r=0.373$; $p=0.000$), demonstrando que esta dimensão possui influencia positiva na autocompaixão, isto é, um maior nível de desempenho profissional contribui e influencia o aumento dos níveis e valores da autocompaixão. Simultaneamente, observou-se a existência de uma associação positiva moderada entre a dimensão equilíbrio de vida e a autocompaixão ($r=$

0.358; $p= 0.000$), sendo que o equilíbrio de vida dos indivíduos influencia de forma positiva a autocompaixão, ou seja, um maior equilíbrio de vida significa uma influencia e aumento dos níveis e valores da autocompaixão. De igual forma, a dimensão de equilíbrio diário verifica-se associada de forma positiva e fraca à autocompaixão ($r= 0.262$; $p= 0.003$), sendo que o equilíbrio diário dos indivíduos influencia de forma positiva, ainda que fraca, a autocompaixão, ou seja, à medida que o equilíbrio diário aumenta, os níveis e valores da autocompaixão também aumentam. Por fim, observa-se que a dimensão de estratégias cognitivas encontra-se, da mesma forma, associada de forma positiva e fraca à autocompaixão ($r= 0.261$; $p= 0.003$). Com estes dados, podemos concluir que as estratégias cognitivas utilizadas pelos indivíduos influenciam de forma positiva a autocompaixão, isto é, um maior nível de estratégias cognitivas adequadas pode influenciar e contribuir para o aumento dos níveis e valores da autocompaixão.

Relativamente à hipótese 6, tal como se verificou na hipótese 5, comprova-se apenas parcialmente confirmada devido à existência de regressões significativas em quatro das cinco dimensões do autocuidado. Desta forma, constatou-se não existe uma regressão significativa entre a autocompaixão e a dimensão de apoio profissional do autocuidado ($B=0.070$; $=$; $p=0.139$; $R^2= 0.010$), demonstrando que a autocompaixão não explica ou prevê uma associação ou efeito significativo sobre o autocuidado. Contrariamente, verificou-se a existência de uma regressão significativa entre a autocompaixão e a dimensão de desempenho profissional ($B=0.197$; $p= 0.000$; $R^2= 0.114$). O valor de R quadrado ajustado afirma que 11,4% dos níveis de desempenho profissional estão associados de forma positiva à autocompaixão. Apesar desta percentagem não ser elevada ($\approx 100\%$), comprova-se que a autocompaixão possui impacto e influencia significativa no desempenho profissional. Assim, pode-se concluir que a autocompaixão prevê e explica um efeito significativo sobre o desempenho profissional. Simultaneamente, existe uma regressão significativa entre a autocompaixão e a dimensão de equilíbrio de vida ($B=0.237$; $p= 0.000$; $R^2= 0.151$), O valor de R quadrado ajustado afirma que 15.1% do níveis de equilíbrio de vida estão associados de forma positiva à autocompaixão. Apesar desta percentagem não ser elevada ($\approx 100\%$), comprova-se que a autocompaixão possui impacto e influencia significativa no equilíbrio de vida. Assim, pode-se concluir que a autocompaixão prevê e explica um efeito significativo sobre o equilíbrio de vida. Da mesma maneira, verificou-se a existência de uma regressão significativa entre a autocompaixão e a dimensão de equilíbrio diário ($B=0.114$; $p= 0.000$; $R^2= 0.050$). O valor de R quadrado ajustado comprova que apenas 5% dos níveis de

equilíbrio diário se encontram associados de forma positiva à autocompaixão. Apesar desta percentagem não ser elevada ($\approx 100\%$), comprova-se que a autocompaixão possui impacto e influencia significativa no equilíbrio diário. Desta forma, conclui-se que a autocompaixão prevê e explica um efeito significativo sobre o equilíbrio diário. Por fim, é observada a existência de uma regressão significativa entre a autocompaixão e a dimensão de estratégias cognitivas ($B=0.254$; $p=0.000$; $R^2=0.096$). O valor de R quadrado ajustado verifica que apenas 9.6% das estratégias cognitivas é que estão associados à autocompaixão. Apesar desta percentagem não ser elevada ($\approx 100\%$), comprova-se que a autocompaixão possui impacto e influencia significativa nas estratégias cognitivas utilizadas. Portanto, conclui-se que a autocompaixão prevê e explica um efeito significativo sobre as estratégias cognitivas.

Assim, compreende-se que a autocompaixão associa-se positivamente e possui impacto e influência com as quatro dimensões do autocuidado, nomeadamente, o desempenho profissional, o equilíbrio de vida, o equilíbrio diário e as estratégias cognitivas. Assim, verifica-se que quanto maior for a autocompaixão, maiores será o desempenho profissional, o equilíbrio diário, o equilíbrio de vida e as estratégias cognitivas. Esta análise também se verifica no sentido oposto, isto é, quanto maiores forem o desempenho profissional, o equilíbrio diário, o equilíbrio de vida e as estratégias cognitivas, maiores serão os níveis e valores de autocompaixão.

De acordo com a literatura e investigações mencionadas, a autocompaixão verifica-se relacionada e associada ao autocuidado, visto que o aumento dos níveis do autocuidado influencia o aumento dos níveis da autocompaixão, sendo a autocompaixão uma forma de autocuidado, nomeadamente em terapeutas e psicólogos (Beaumont et al., 2016; Coaston, 2017; Mills et al., 2018; Neff, 2009). Estes resultados foram verificados e corroborados pela presente investigação, existindo assim uma associação positiva entre o autocuidado e a autocompaixão.

A autocompaixão está ainda relacionada com um equilíbrio de vida mais ajustado e adequado entre a vida profissional e pessoal do profissional (Grego et al., 2022; Stamm, 2010; Voon et al., 2021). Verifica-se a existência de associações positivas com o autocuidado e com a autocompaixão, diminuindo os níveis de burnout e stress traumático secundário, principalmente, em profissionais de saúde mental (Christopher & Maris, 2010; Dorian & Killebrew, 2014; Friedman, 2017; Richards et al., 2010; Tarrasch, 2015; Turgoose & Maddox, 2017). A associação entre este equilíbrio de vida e diário, dimensões presentes no autocuidado e a autocompaixão

encontram-se corroboradas pela presente investigação, revelando a existência de uma associação positiva entre o equilíbrio de vida e o equilíbrio diário e a autocompaixão.

O autocuidado atua como um fator de proteção contra a fadiga por compaixão e preditor da satisfação por compaixão em profissionais de saúde mental (Cetrano et al., 2017; Coleman et al., 2016; Craig & Sprang, 2010; Sinclair et al., 2017; Sharifian, 2019; Sorenson et al., 2016; Thompson et al., 2014). A autocompaixão atua ainda como fator preditor do autocuidado profissional e pessoal (Miller et al., 2019), sendo considerada uma forma adequada de lidar e enfrentar o stress profissional e ocupacional, assim como gerir as exigências psicológicas e emocionais da profissão. Estes profissionais, frequentemente, fornecem compaixão aos seus clientes, mas negligenciam a própria compaixão, provocando consequências na sua eficácia terapêutica e no aumento da fadiga por compaixão (Coleman et al., 2016; Cuartero & Campos-Vidal, 2019; Patsiopoulos & Buchanan, 2011). Alguns estudos demonstraram que existe uma associação entre autocuidado, autocompaixão e resiliência (Garcia et al., 2022). Assim, existem diferenças significativas entre os comportamentos de autocuidado de higiene como lavar as mãos, uso de máscara e distanciamento social, o medo da Covid-19 e a autocompaixão o que significa que indivíduos que possuíam níveis mais elevados de medo da Covid-19 e ainda níveis elevados de autocompaixão possuíam mais probabilidade de desenvolver e implementar comportamentos de autocuidado e higiene como lavar as mãos, utilizar desinfetante frequentemente e manter o distanciamento social (Ayosanmi et al., 2022; Mohammadpour et al., 2020).

Objetivo 5: Verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas

Hipótese 7: É esperado que exista uma associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis estudadas

Relativamente à hipótese 7, esta encontra-se parcialmente confirmada, visto que só algumas das variáveis sociodemográficas é que se associam à qualidade de sono, ao autocuidado e à autocompaixão. Desta forma, observou-se que existe uma associação positiva e fraca entre as habilitações literárias e a autocompaixão ($r= 0.203$; $p= 0.024$), o que significa que as habilitações literárias influenciam e possuem um impacto positivo os valores e níveis de autocompaixão. Simultaneamente, as habilitações literárias apresentam uma associação positiva fraca com a dimensão de equilíbrio de vida ($r=0.182$; $p=0.002$) e a dimensão de estratégias cognitivas (0.227 ;

$p=0.011$), presentes no autocuidado, o que significa que as habilitações literárias influenciam e possuem um impacto positivo no equilíbrio de vida e na utilização de estratégias cognitivas, isto é, um maior grau de habilitações literárias e a utilização de estratégias cognitivas adequadas, contribui para os níveis e valores mais elevados de autocompaixão.

Assim, verificou-se que a experiência profissional encontra-se associada de forma positiva com a autocompaixão ($r=.704$; $p=0.034$) e com a dimensão de desempenho profissional do autocuidado ($r=0.658$; $p=0.040$). Estes resultados significam que a quantidade em anos de experiência profissional influencia os níveis de autocompaixão e o desempenho profissional. Estes resultados podem significar que quanto maior for a experiência profissional maiores serão os níveis de autocompaixão e de desempenho profissional.

Relativamente à experiência profissional, investigações afirmam que os níveis e valores de autocompaixão estão associadas à elevada quantidade de experiência profissional, assim como associados ao aumento dos níveis de autocuidado (Mills et al., 2019), significando que os profissionais com mais experiência profissional podem possuir níveis mais elevados de autocompaixão e de autocuidado (Sharifian, 2019), tal como comprovado pela presente investigação. Os profissionais com mais experiência fornecem um maior foco em estratégias de autocuidado, no desenvolvimento profissional, nas suas competências profissionais do que os indivíduos com menos experiência (Dorociak et al., 2017; Norcross & VandenBos, 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Rupert & Dorociak, 2019; Wise & Reuman, 2019).

De acordo com os resultados, verifica-se a existência de uma associação positiva fraca entre a frequência de supervisão e a dimensão de desempenho profissional ($r=0.233$; $p=0.009$). Estes dados significam que as quantidades de frequência de supervisão por parte dos indivíduos influenciam e possuem impacto no desempenho profissional, isto é, uma maior frequência em sessões de supervisão, contribui para o aumento dos níveis e valores de desempenho profissional. Por fim, existe uma associação negativa e fraca entre a carga horária semanal e a dimensão de equilíbrio diário ($r=0.270$; $p=0.002$), o que significa que o aumento da carga horaria de trabalho dos indivíduos, contribui e influencia a diminuição do equilíbrio diário.

Tal como descrito na revisão literária, a supervisão é considerada uma das estratégias de autocuidado mais utilizada pelos profissionais de saúde mental (Carona, 2017). O facto de por vezes não existir grupos de supervisão no local de trabalho é apontado como um obstáculo de impedimento do autocuidado profissional (Ventura, 2018). Desta forma, a supervisão contribui

para o desenvolvimento da competência e eficácia profissional, fornecendo orientações relativamente a sua prática clínica e profissional e para o desenvolvimento teórico e prático dos casos clínicos, assim como partilha de frustrações e dificuldades na sua prática clínica (Aviram & Nadan, 2022; O'Donovan et al., 2011). Esta associação entre a supervisão e o autocuidado é corroborada através da associação positiva entre a frequência de supervisão e a dimensão do desempenho profissional do autocuidado, visto que a supervisão está associada ao desenvolvimento e desempenho enquanto profissional e na sua prática clínica. Relativamente ao aumento da supervisão com o começo da pandemia, tal como foi afirmada por Grames et al. (2022) e Soheilian et al. (2022), esta não se verificou, pois os participantes não relataram o aumento da frequência de supervisão desde o começo da pandemia, tal como estes autores teria afirmado.

De acordo com os resultados, verificou-se que os participantes relataram um aumento da carga horária e semanal desde o começo da pandemia, assim como um aumento da carga laboral e do número de casos desde o começo da mesma. Ainda assim, os participantes relataram que não existiu um aumento da frequência da supervisão com o início e desenvolvimento da pandemia.

A elevada carga horária semanal e laboral é um dos comportamentos mais prejudiciais aos profissionais de saúde mental, constituindo uma barreira e obstáculo à implementação de comportamentos e estratégias de autocuidado (Parsonson & Alquicira, 2019; Posluns & Gall, 2019; Sharifian, 2019). Assim, a diminuição da carga horária semanal e laboral, do número de casos e do fluxo de clientes é recomendada por diversos autores (Mills et al., 2018; Parsonson & Alquicira, 2019; Ventura, 2018) e pela APA (2014). Se riscos e exigências como a carga horária e laboral não forem geridas de forma adequada e apropriada e estes profissionais não conseguirem encontrar um equilíbrio entre a sua vida profissional e pessoal, podem causar consequências nos psicólogos e nos seus clientes (Dorociak et. al, 2017). Esta associação entre a carga horária e o autocuidado foi corroborada através da associação entre a carga horária semanal e a dimensão de autocuidado, o equilíbrio diário, visto que gerir a própria carga horária é um ponto essencial para conseguirem um equilíbrio diário, não provocando consequências no próprio e nos seus clientes. Com o começo da pandemia, estes profissionais experienciaram um aumento da carga laboral, assim como do fluxo de clientes e da procura dos serviços de psicologia (Lewis et al., 2022; Ruiz-Fernández et al., 2021). Este resultado foi corroborado pela presente investigação, visto que os participantes relataram a existência do aumento da carga horária semanal e laboral, isto é, um aumento do número de horas de trabalho e do número de casos clínicos.

Parte V- Conclusão, Limites e Indicações Futuras

8. Conclusão

Com a presente investigação foi possível, descrever e caracterizar a qualidade de sono, o autocuidado e a autocompaixão em 124 psicólogos clínicos e psicoterapeutas, sendo que 115 são do sexo feminino e 9 apenas do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos. De acordo com os resultados obtidos, a qualidade de sono destes profissionais é caracterizada como sendo uma má qualidade de sono. Por outro lado, o autocuidado destes profissionais foi caracterizada como acima da média estabelecida. A autocompaixão caracterizou-se por estar entre valores elevados a moderados. Desta forma, concluiu-se o objetivo 1 com sucesso.

Não foi possível confirmar a hipótese 1 nem a hipótese 2, que colocava como hipótese uma possível associação positiva entre a qualidade de sono e as dimensões do autocuidado e que a qualidade de sono explica e prevê uma associação com o autocuidado, respetivamente. Estes resultados demonstram que a qualidade de sono não influencia o autocuidado nem positivamente ou negativamente, nem explica ou prevê uma associação com o autocuidado. Estes resultados não são vão de encontro à revisão de literatura realizada anteriormente, já que as investigações recentes afirmam que existe uma associação positiva entre estas variáveis.

Por outro lado, a hipótese 3 foi confirmada, sendo que esta colocava como possibilidade a existência de uma associação entre a autocompaixão e a qualidade de sono. Os resultados obtidos demonstram a existência de uma associação positiva entre a autocompaixão e a qualidade de sono, o que significa que a autocompaixão influencia de forma positiva a qualidade de sono. A hipótese 4 foi assim também confirmada, já que esta afirmava que a autocompaixão previa e explicava uma associação com a qualidade de sono, sendo esta descoberta corroborada pelos resultados. Estes significam que a autocompaixão prevê e explica um efeito significativo na qualidade de sono. Estes resultados foram corroborados pela literatura e investigações recentes que comprovavam a existência de uma associação positiva entre estas duas variáveis.

Simultaneamente, a hipótese 5 foi parcialmente confirmada na presente investigação. Esta hipótese afirmava que existe uma associação positiva entre o autocuidado e a autocompaixão. Os resultados alcançados confirmam apenas uma associação positiva entre quatro das cinco dimensões do autocuidado, nomeadamente, com o desempenho profissional, com o equilíbrio de vida, com o equilíbrio diário e com as estratégias cognitivas. Isto significa que apenas estas quatro dimensões influenciam a autocompaixão destes profissionais. A hipótese 6, que declarava que a

autocompaixão previa e explicava uma associação com o autocuidado, também foi apenas parcialmente confirmada, pois tal como aconteceu na hipótese 5, apenas houve regressões com as quatro dimensões mencionadas anteriormente, sendo estas, o desempenho profissional, com o equilíbrio de vida, com o equilíbrio diário e com as estratégias cognitivas. Estes resultados significam que apenas estas quatro dimensões preveem e explicam um efeito significativo na autocompaixão. Estes resultados são corroborados pela literatura recente que afirmam que existe uma associação positiva entre o autocuidado e a autocompaixão.

Podemos considerar que a hipótese 7 foi apenas parcialmente confirmada. Esta hipótese afirma que as variáveis sociodemográficas estão associadas com as três variáveis principais estudadas na investigação, ou seja, com a qualidade de sono, com o autocuidado e com a autocompaixão. Esta hipótese foi parcialmente confirmada, pois só algumas variáveis sociodemográficas é que se encontram associadas a estas variáveis. De acordo com os resultados, existe uma associação positiva entre as habilitações literárias e a autocompaixão, assim como com a dimensão de equilíbrio de vida e estratégias cognitivas. Estes resultados significam que as habilitações literárias podem influenciar a autocompaixão, o equilíbrio de vida dos indivíduos e ainda as estratégias cognitivas implementadas. Simultaneamente, existe uma associação positiva entre a frequência de supervisão e o desempenho profissional, inserido no autocuidado, sendo esta informação corroborada pela literatura existente, que afirma uma associação entre a supervisão, o autocuidado e o desempenho das competências profissionais e clínicas dos indivíduos. Por fim, existe uma associação negativa entre a carga horária semanal e o equilíbrio diário, que é comprovada por investigações que afirmam que a carga horária e laboral excessiva prejudica o autocuidado destes profissionais e o seu equilíbrio entre a vida profissional e laboral. Existe por fim, uma associação positiva entre a experiência profissional e a autocompaixão, assim como com o desempenho profissional, uma das dimensões do autocuidado, sendo esta informação confirmada pela literatura existente. Podemos ainda confirmar o impacto da pandemia Covid-19, visto que os participantes relataram o aumento da carga laboral e horária, tal como a literatura recente sugere. Contrariamente ao exposto, não houve aumento das sessões de supervisão por estes profissionais. Dito isto, é necessário ter em consideração o número reduzido da amostra e que infelizmente não é possível generalizar os resultados encontrados.

Em análise geral, podemos afirmar que foram cumpridos todos os objetivos gerais e específicos a que esta investigação se propôs. Além disto, podemos compreender a importância de

tal investigação nesta população específica em Portugal, mas ainda como forma de contributo para o reduzido conhecimento científico acerca destas variáveis associadas nestes profissionais.

9. Limites e indicações futuras

A presente investigação demonstra algumas limitações que se foram desenrolando ao longo do decorrer da mesma. Uma das principais limitações refere-se ao facto de o número da amostra e de participantes ser mais reduzido do que aquele expectável. No total de participações obteve-se cerca de 480 respostas ao protocolo estabelecido e divulgado, apenas das quais 124 participantes é que completaram o protocolo. Devido a este número reduzido e de esta investigação ser caracterizada como sendo transversal, não se consegue atribuir uma relação causal entre as variáveis estudadas. Relativamente ao número de participantes, uma das limitações relaciona-se com a discrepância entre o número de participantes do sexo feminino (N=115) e os do sexo masculino (N=9), não se conseguindo proceder à comparação entre estes dois grupos nas variáveis estudadas, apesar de diversas investigações relatarem a importância da comparação entre os dois sexos e essencial para a investigação desta amostra e desta população em Portugal.

Outra das limitações identificada refere-se à extensão do protocolo divulgado, sendo este constituído por quatro questionários de autorresposta. A extensão do mesmo pode provocar a diminuição da atenção e concentração dos participantes, levando a que possam não responder aos questionários iniciais com o meu grau de investimento a que respondem aos questionários apresentados no final. Além de que sendo um protocolo respondido utilizando a internet e os meios eletrónicos, é impossível controlar as condições em que este era respondido, podendo existir a manipulação de respostas ou a diminuição do investimento, respondendo as perguntas com pressa. Estas poderão ser algumas das razões pelo qual não se verificou uma associação positiva ou negativa entre a qualidade de sono e o autocuidado.

O facto de não existirem estudos muito recentes no que toca à investigação das variáveis na população e profissão estudada e associações entre as mesmas, principalmente em Portugal, constituiu uma das limitações a este estudo, impedindo uma análise mais profunda.

Para futuras investigações, indicamos a necessidade de explorar as variáveis estudadas e respetivas associações em Portugal, contribuindo assim, para o conhecimento científico nesta profissão e o impacto que a qualidade de sono, o autocuidado e a autocompaixão possuem nestes profissionais. Simultaneamente, salienta-se a importância de aplicar este ou outro protocolo

relacionado, a um maior número de participantes, principalmente, a um número maior e mais significativo de participantes do sexo masculino, de modo a proceder assim, à análise entre estes dois grupos nas variáveis apresentadas. Recomendamos ainda a sugestão de, sendo que se trata de um protocolo online e extenso, de trocar a ordem em que os questionários do protocolo são aplicados, de forma a homeogenizar as respostas e a prevenir a existência da falta de investimento e perda de concentração por parte dos participantes. Visto tratar-se de uma investigação transversal, recomendamos a utilização de uma investigação longitudinal, com o objetivo de verificar os resultados obtidos e possíveis diferenças encontradas.

Referências

- Ainsworth, K. & Sgorbini, M. (2010). Compassion Fatigue: who cares for the carers? *Transplant Journal of Australia*, 19(2), 21–24. <https://www.researchgate.net/publication/287000514> Compassion fatigue Who cares f or the carer
- Akerstedt, T., Fredlund, P., Gillberg, M. & Jansson, B. (2002). Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1), 585–588. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00447-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00447-6)
- Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 741–748. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00333-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00333-1)
- Akin, A., & Akin, U. (2015). Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 43–49. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(15\)30005-4](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(15)30005-4)
- Alarcó, G. (2018). *Autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidade* [Tesis de diploma] Facultad de Psicología Universidad de La Habana.
- Alimoradi, Z., Broström, A., Tsang, H. W. H., Griffiths, M. D., Haghayegh, S., Ohayon, M. M., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2021). Sleep problems during COVID-19 pandemic and its' association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Eclinical Medicine*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100916>
- 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>
- Almeneessier, A., Gupta, R., Pandi-Perumal, S., & BaHammam, A. (2019). Overview of Sleep Disorders. *The Behavioral, Molecular, Pharmacological, and Clinical Basis of the Sleep-Wake Cycle*, 103-122.
- Amaral, V., Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52, 271-292. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_11

- American Counseling Association. (2014). 2014 ACA code of ethics. <https://www.counseling.org/docs/default-source/default-document-library/2014-code-of-ethics-finaladdress.pdf>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing.
- Andel, S. A., Shen, W., & Arvan, M. L. (2021). Depending on your own kindness: The moderating role of self-compassion on the within-person consequences of work loneliness during the COVID-19 pandemic. *Journal of Occupational Health Psychology, 26*(4), 276–290. <https://doi.org/10.1037/ocp0000271>
- Armstrong, K. (2011). *Twelve steps to a compassionate life*. (1st ed). Alfred A. Knopf.
- Ausili, D., Rossi, E., Rebora, P., Luciani, M., Tonoli, L., Ballerini, E., Androni, S., Vellone, E., Riegel, B., & Di Mauro, S. (2018). Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study. *Acta Diabetologica, 55*(7), 691-702. <https://www.doi.org/10.1007/s00592-018-1135-x>
- Auttama, N., Seangpraw, K., Ong-Artborirak, P., & Tonchoy, P. (2021). Factors Associated with Self-Esteem, Resilience, Mental Health, and Psychological Self-Care Among University Students in Northern Thailand. *Journal of multidisciplinary healthcare, 14*, 1213–1221. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S308076>
- Aviram, A., & Nadan, Y. (2022). Online clinical supervision in couple and family therapy: A scoping review. *Family Process, 61*(4), 1417–1436. <https://doi.org/10.1111/famp.12809>
- Ayosanmi, O. S., Alli, B. Y., Akingbule, A., Adeniran, O., Adewuyi, A., Ayosanmi, T., Dada, S., Oparah, V. I., & Oden, L. (2022). Motivations for the Practice of Self-Care Measures Applicable to Mitigate COVID-19 Pandemic. *European Journal of Medical and Health Sciences, 4*(3), 17–22. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2022.4.3.1313>
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing, 30*(3), 564–572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>

- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *15*(3), 195–202. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x>
- Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: The therapist's guide to personal and professional well-being*. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10482-000>
- Bamonti, P. M., Keelan, C. M., Larson, N., Mentrikoski, J. M., Randall, C. L., Sly, S. K., Travers, R. M., & McNeil, D. W. (2014). Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care during graduate training: A call to action. *Training and Education in Professional Psychology*, *8*(4), 253–260. <https://doi.org/10.1037/tep0000056>
- Banthiya, S., Sharma, S., Jahagirdar, D., Jahagirdar, V., Garg, M., & Sahadev, H. K. (2021). Sleep Quality in the Indian Adult Population During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, *13*(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.17535>
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(6), 603–612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*(1), 16–20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Barnes, C. M., & Watson, N. F. (2019). Why healthy sleep is good for business. *Sleep Medicine Reviews*, *47*, 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.07.005>
- Barton H. (2020). An exploration of the experiences that counsellors have of taking care of their own mental, emotional and spiritual well-being. *Counselling & Psychotherapy Research*, *20*(3), 516–524. <https://doi.org/10.1002/capr.12280>
- Bauer-Staeb, C., Davis, A., Smith, T., Wilsher, W., Betts, D., Eldridge, C., Griffith, E., Faraway, J., & Button, K. S. (2021). The early impact of COVID-19 on primary care psychological therapy services: A descriptive time series of electronic healthcare records. *EClinical Medicine*, *37*. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100939>
- Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to Psychologists Seeking Mental Health Care. *Faculty Publications - Doctor of Psychology (PsyD) Program*, *14*. https://digitalcommons.georgefox.edu/gscp_fac/114
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with

- compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' Challenges With Online Therapy During COVID-19: Concerns About Connectedness Predict Therapists' Negative View of Online Therapy and Its Perceived Efficacy Over Time. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705699>
- Bian, X.-H., Hou, X.-L., Zuo, Z.-H., Quan, H., Ju, K., Wu, W., & Xi, J.-Z. (2022). Depression and sleep quality among Chinese college students: The roles of rumination and self-compassion. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 41(7), 4242–4251. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00946-3>
- Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness*, 7(1), 255–263. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0439-y>
- Bibeau, M., Dionne, F., Riera, A., & Leblanc, J. (2020). The Influence of Compassion Meditation on the Psychotherapist's Empathy and Clinical Practice: A Phenomenological Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/0022167820953258>
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2013). Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: The experience of practicing loving-kindness meditation. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(4), 267–277. <https://doi.org/10.1037/a0033092>
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>
- Bonvalet, M., Ollila, H. M., Ambati, A., & Mignot, E. (2017). Autoimmunity in Narcolepsy. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 23(6), 522-529. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000426>
- Borbély, A. A., Daan, S., Wirz-Justice, A., & Deboer, T. (2016). The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. *Journal of Sleep Research*, 25(2), 131–143. <https://doi.org/10.1111/jsr.12371>

- Bradley, N., Whisenhunt, J., Adamson, N., & Kress, V. E. (2013). Creative approaches for promoting counselor self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(4), 456–469. <https://www.doi.org/10.1080/15401383.2013.844656>
- Brion, J. M., Leary, M. R., & Drabkin, A. S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: the case of HIV. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 218–229. <https://doi.org/10.1177/1359105312467391>
- Broadbent, L. (2018). *Sleep: A basic introduction into the neuroscience of sleep and the effects of sleep deprivation on health, safety and wellbeing*. IOSH. <https://iosh.com/media/4030/sleep-a-basic-introduction.pdf>
- Brown, L., Houston, E. E., Amonoo, H. L. & Bryant, C. (2020a). Is Self-compassion Associated with Sleep Quality? A Meta-analysis. *Mindfulness*, 12(1), 82-91. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01498-0>
- Brown, S. L., Hughes, M., Campbell, S., & Cherry, M. G. (2020b). Could worry and rumination mediate relationships between self-compassion and psychological distress in breast cancer survivors? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2399>
- Bruch, D., Muehlensiepen, F., Alexandrov, A., Konstantinova, Y., Voß, K., Ronckers, C., Neugebauer, E., & May, S. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on professional practice and patient volume in medical practices: A survey among German physicians and psychotherapists. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 166, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.001>
- 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. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>
- Butz, S., & Stahlberg, D. (2018). Can self-compassion improve sleep quality via reduced rumination? *Self and Identity*, 17(6), 666-686. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1456482>
- Butz, S., & Stahlberg, D. (2020). The Relationship between Self-Compassion and Sleep Quality: An Overview of a Seven-Year German Research Program. *Behavioral Sciences*, 10(3), 64. <https://doi.org/10.3390/bs10030064>

- Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Bernam, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Campos, D. C. O., Soares, Y. P., Colaço, A. X. P., & Cruz, B. M. S. (2017). Síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Revista inspirar*, 12(1), 29, 36. <https://www.inspirar.com.br/wpcontent/uploads/2017/02/artigo5s%C3%83%C2%ADndrome-da-apn%C3%83%C2%A9ia.pdf>
- Cancio-Bello Ayes, C. (2018). *Programa psicoeducativo de autocuidado para mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad*. [Tesis de Maestría] Facultad de Psicología Universidad de La Habana. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63656>
- Cancio-Bello Ayes, C., Lorenzo Ruiz, A., & Alarcó Estévez, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119–138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Cantera, L., & Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406>
- Carleton, E. L., & Barling, J. (2020). Indirect effects of obstructive sleep apnea treatments on work withdrawal: A quasi-experimental treatment outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(6), 426–438. <https://doi.org/10.1037/ocp0000183>
- Carona, C. (2017). A importância da autocompaixão no exercício da psicologia. *Pensar a Psicologia*, 5-14. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/pensar_a_psicologia_ebook.pdf
- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª ed. Artmed.
- 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. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8

- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J., (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology, 71*, 856-870. <http://doi.org/10.1002/jclp.22187>
- Caurin, N. B., Santana, A. R., Negreiros, A. B. G. d., Ferreira, M. d. S., Pedrosa, V. M. F., Ximenes, J. M., Moura, L.W.F., Rodrigues, J.S., Trajano, J.M.S., & Rocha, A. S. (2021). Impactos da pandemia da Covid-19 em profissionais da Psicologia. *Research, Society and Development, 10*(4). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14140>
- Ceban, F., Ling, S., Lui, L. M. W., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., Di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblat, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V., & McIntyre, R. S. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity, 101*, 93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>
- Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., Manthorpe, J., & Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Services Research, 17*(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2726-x>
- Chong, S., Xin, L., Ptáček, L., & Fu, Y.-H. (2018). Disorders of sleep and circadian rhythms. *Neurogenetics, 531-538*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-64076-5.00034-x>
- Christopher, J. C., & Maris, J. A. (2010). Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling & 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*, 285-297 <https://doi.org/10.15241/scc.7.3.285>
- Cock, V. C. (2016). Sleepwalking. *Current Treatment Options in Neurology, 18*(2), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11940-0150388-8>
- Coleman, C., Martensen, C., Scott, R., & Indelicato, N. (2016). Unpacking self-care: the connection between mindfulness, self-compassion and self-care for counselors. *Counseling & Wellness: A Professional Counseling Journal*. <https://openknowledge.nau.edu/id/eprint/2337/>

- Cook-Cottone, C. P., & Guyker, W. M. (2018). The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment. *Mindfulness*, 9(1), 161–175. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0759-1>
- Costa, H. M. (2015). *Os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário* [Unpublished doctoral dissertation], Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/32438>
- Craig, C.D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*, 23(3), 319-39. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Cramond L, Fletcher I, Rehan C. (2020). Experiences of clinical psychologists working in palliative care: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 29(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.13220>
- Coutinho, C. P. (2014) *Metodologia de investigação em ciências humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Almedina.
- Cuartero, M. E., & Campos-Vidal, J. F. (2019). Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. *Social Work in Health Care*, 58(3), 274–290. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1558164>
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2014). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista De Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 4(2), 95–117. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/422>
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Temas e Debates.
- Danzmann, S., Silva, A.C.P., & Guazina F.M.N. (2020). Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia. *Journal of Nursing and Health*, 10. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18945/11556>
- Dattilio, F. M. (2015). The self-care of psychologists and mental health professionals: A review and practitioner guide. *Australian Psychologist*, 50(6), 393–399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>

- Deniz, M. E. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*, 177, 110824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110824>
- Diehl, M., & Hay, E. L. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology*, 46(5), 1132–1146. <https://doi.org/10.1037/a0019937>
- Dolcos, S., Moore, M., & Katsumi, Y. (2018). Neuroscience and well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers. https://www.researchgate.net/publication/323072027_Neuroscience_and_Well-Being
- Dorian, M., & Killebrew, J. E. (2014). A study of mindfulness and self-care: A path to self-compassion for female therapists in training. *Women & Therapy*, 37(1-2), 155–163. <https://doi.org/10.1080/02703149.2014.850345>
- Dorociak, K. E. (2015). "Development of the Personal and Professional Self-Care Scale". (*Master's Theses*, Loyola University Chicago). https://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4129&context=luc_theses
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a self-care assessment for psychologists. *Journal of Counseling Psychology*. 64(3), 325–334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>
- Dreisoerner, A., Junker, N. M., & van Dick, R. (2021). The relationship among the components of self-compassion: A pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 22(1), 21–47. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00217-4>
- El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(2), 122–134. <https://doi.org/10.1037/a0028768>
- Erci, B., Yılmaz, D., & Budak, F.K. (2017). Effect of Self-Care Ability and Life Satisfaction on the Levels of Hope in Elderly People. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 72-76. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.52714>
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E., & Rönnlund, M. (2018). Mindful Self-Compassion Training Reduces Stress and Burnout Symptoms Among Practicing Psychologists: a

- Randomized Controlled Trial of a Brief Web-Based Intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, 2340. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02340>
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin, J. F., & Sardinha, A., Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): Desenvolvimento e Adaptação de uma Medida Brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(8), 321-334. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300006&lng=pt&tlng=pt.
- Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times With Enduring Effects? *Frontiers in Psychology*, 12, 589536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
- Ferreira, P. L. (2005). Estatística descritiva e inferencial. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11),1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 573–593). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-029>
- Finlay-Jones, A., Kane, R., & Rees, C. (2017). Self-compassion online: A pilot study of an internet-based self-compassion cultivation program for psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 73(7), 797–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.22375>
- Fiske, A., Schneider, A., McLennan, S., Karapetyan, S., & Buyx, A. (2021). Impact of COVID-19 on patient health and self-care practices: a mixed-methods survey with German patients. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051167>
- Franceschini, C., Musetti, A., Zenesini, C., Palagini, L., Scarpelli, S., Quattropani, M. C., Lenzo, V., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Saita, E., Cattivelli, R., De Gennaro, L., Plazzi, G., Riemann, D., & Castelnuovo, G. (2020). Poor Sleep Quality and Its Consequences on Mental Health During the COVID-19 Lockdown in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 574475. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.574475>
- Friedman, K. (2017). Counselor Self-care and Mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 18 (2), 321-330, <https://doi.org/10.1080/14639947.2017.1373437>

- Fung, J., Chen, G., Kim, J. *et al.* (2021). The Relations Between Self-Compassion, Self-Coldness, and Psychological Functioning Among North American and Hong Kong College Students. *Mindfulness* 12, 2161–2172. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01670-0>
- Galili-Weinstock, L., Chen, R., Atzil-Slonim, D., Rafaeli, E., & Peri, T. (2020). Enhancement of self compassion in psychotherapy: The role of therapists' interventions. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(6), 815–828. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1650979>
- Garcia, A. C. M., Ferreira, A. C. G., Silva, L. S. R., da Conceição, V. M., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2022). Mindful Self-Care, Self-Compassion, and Resilience Among Palliative Care Providers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(1), 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.03.003>
- Gerber, M., Brand, S., Herrmann, C., Colledge, F., Holsboer-Trachsler, E., & Pühse, U. (2014). Increased objectively assessed vigorous-intensity exercise is associated with reduced stress, increased mental health, and good objective and subjective sleep in young adults. *Physiology and Behaviour*, 135, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.05.047>
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). Métodos de Pesquisa. (1ª Ed). Editora da UFRGS.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6), 239–254. <https://doi.org/10.1111/spc3.12176>
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). Routledge.

- Gilbert, P., & Tirsch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 99–110). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7
- Gockel, A., Burton, D., James, S., & Bryer, E. (2013). Introducing mindfulness as a self-care and clinical training strategy for beginning social work students. *Mindfulness*, 4(4), 343–353. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0134-1>
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self-care by other-care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 3–24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Gomes, M. M., Quinhones, M. S., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46(1), 5-15. <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>
- Goncher, I. D., Sherman, M. F., Barnett, J. E., & Haskins, D. (2013). Programmatic perceptions of self-care emphasis and quality of life among graduate trainees in clinical psychology: The mediational role of self-care utilization. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(1), 53–60. <https://doi.org/10.1037/a0031501>.
- Goudarzian, A. H., Nesami, M. B., Sedghi, P., Gholami, M., Faraji, M., & Hatkehlouei, M. B. (2019). The Effect of Self-Care Education on Emotional Intelligence of Iranian Nursing Students: A Quasi-experimental Study. *Journal of Religion and Health*, 58(2), 589–598. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0537-3>
- Goudarzian, A. H., Nesami, M. B., Zamani, F., Nasiri, A., and Beik, S. (2017). Relationship between depression and self-care in Iranian patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18, 101. <https://doi.org/10.5812/ijcm.7810>
- Grames, H., Sims, P., Holden, C., Rollins, P., Jeanfreau, M., & Fitzgerald, M. (2022). The changing face of telesupervision and digital training in response to COVID-19. *Journal of Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12415>
- Grandi, A., Zito, M., Sist, L., Martoni, M., Russo, V., & Colombo, L. (2022). Wellbeing in Workers during COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Personal Resources and Exhaustion. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1714.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031714>
- Grego, A., Yela, J. R., Riesco-Matías, P., Gómez-Martínez, M. Á., & Vicente-Arruebarrena, A. (2022). The Benefits of Self-Compassion in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Empirical Research. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 2599–2620. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S359382>
- Grincenkov, F.R. (2020). A Psicologia hospitalar e da saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. *Hu Revista*, 46, 1-2 <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30050>
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. & Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé* 17(2), 67-68. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000200006>
- Guerra Vio, C., Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A., & Rojas Vidal, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-328. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-637103>
- Gunn, S., Henson, J., Robertson, N., Maltby, J., Brady, E. M., Henderson, S., Hadjiconstantinou, M., Hall, A. P., Rowlands, A. V., Yates, T., & Davies, M. J. (2022). Self-compassion, sleep quality and psychological well-being in type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 10(5), 002927. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2022-002927>
- Gupta, R., Grover, S., Basu, A., Krishnan, V., Tripathi, A., Subramanyam, A., Nischal, A., Hussain, A., Mehra, A., Ambekar, A., Saha, G., Mishra, K. K., Bathla, M., Jagiwala, M., Manjunatha, N., Nebhinani, N., Gaur, N., Kumar, N., Dalal, P. K.,... Avasthi, A. (2020a). Changes in sleep pattern and sleep quality during COVID-19 lockdown. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 370–378. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_523_20
- Gupta, S. K., Lakshmi, P. V. M., Kaur, M., & Rastogi, A. (2020b). Role of self-care in COVID-19 pandemic for people living with comorbidities of diabetes and hypertension. *Journal of family medicine and primary care*, 9(11), 5495–5501. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1684_20
- Gutiérrez-Hernández, M. E., Fanjul, L. F., Díaz Megolla, A., Oyanadel, C., & Peñate Castro, W. (2022). Analysis of the Predictive Role of Self-Compassion on Emotional Distress during

COVID-19 Lockdown. *Social Sciences*, 11(4), 151.
<https://dx.doi.org/10.3390/socsci11040151>

- Gutiérrez-Hernández, M. E., Fanjul, L. F., Díaz-Megolla, A., Reyes-Hurtado, P., Herrera-Rodríguez, J. F., Enjuto-Castellanos, M. D. P., & Peñate, W. (2021). COVID-19 Lockdown and Mental Health in a Sample Population in Spain: The Role of Self-Compassion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042103>
- Hatun, O., & Kurtça, T. T. (2022). Self-compassion, Resilience, Fear of COVID-19, Psychological Distress, and Psychological Well-being among Turkish Adults. *Current psychology* 1–11.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-02824-6>
- Hayes, J. A., Lockard, A. J., Janis, R. A., & Locke, B. D. (2016). Construct validity of the Self-Compassion Scale-Short Form among psychotherapy clients. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(4), 405–422. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1138397>
- Hermanto, N., & Zuroff, D.C. (2016) The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving, *The Journal of Social Psychology*, 156 (5), 523-535, <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1135779>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Review*, 43, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
- Hoffman, L. (2020). Existential-humanistic therapy and disaster response: lessons from the COVID-19 pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 1–22.
<https://doi.org/10.1177/%200022167820931987>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

- Hu, Y., Wang, Y., Sun, Y., Arteta-Garcia, J., & Purol, S. (2018). Diary study: The protective role of self-compassion on stress-related poor sleep quality. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0939-7>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Humer, E., Stippl P., Pieh C., Pryss R., & Probst T. (2020). Experiences of Psychotherapists With Remote Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Web-Based Survey Study *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), <https://doi.org/10.2196/20246>
- International Self-Care Foundation (2020). *The seven pillars of self-care*. <https://isfglobal.org/practise-self-care/the-seven-pillars-of-self-care/>
- Ivy, C. C., Doerrler, S., Naughton, N., & Priganc, V. (2021). The impact of COVID-19 on hand therapy practice. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.01.007>
- Jansen, P., Schroter, F. A., & Hofmann, P. (2022). Are explicit and implicit affective attitudes toward different body shape categories related to the own body-satisfaction in young women? The role of mindfulness, self-compassion and social media activity. *Psychological Research*, 86(3), 698–710. <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01536-z>
- Jansen, P., Siebertz, M., Hofmann, P., Zayed, K., Zayed, D., Abdelfattah, F., Fernández-Méndez, L., & Meneghetti, C. (2021). Does self-compassion relate to the fear of the future during the 2020 coronavirus pandemic? A cross-cultural study, *Cogent Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1976438>
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38(1), 23–35. <https://doi.org/10.1007/s11031-013-9368-z>

- João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <http://hdl.handle.net/10400.1/13358>
- Joiner, W. (2018). The Neurobiological Basis of Sleep and Sleep Disorders. *Physiology*, 33, 317-327. <https://doi.org/10.1152/physiol.00013.2018>
- Kaeding, A., Sougleris, C., Reid, C., Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Dorrian, J., & Simpson, S. (2017). Professional burnout, early maladaptive schemas, and physical health in clinical and counselling psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1782–1796. <https://doi.org/10.1002/jclp.22485>
- Kalyani, M. N., Jamshidi, N., Salami, J., & Pourjam, E. (2017). Investigation of the Relationship Between Psychological Variables and Sleep Quality in Students of Medical Sciences. *Depression Research and Treatment*, 40, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2017/7143547>
- Karceski, S. (2018). Narcolepsy, Brain Imaging, and Cognition: Understanding the Connections. *Neurology*, 90(17), 1544-1547. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005371>
- Karekla, M., Höfer, S., Plantade-Gipch, A., Neto, D. D., Schjødt, B., David, D., Schütz, C., Eleftheriou, A., Pappová, P. K., Lowet, K., McCracken, L., Sargautytė, R., Scharnhorst, J., & Hart, J. (2021). The role of psychologists in healthcare during the COVID-19 pandemic: Lessons learned and recommendations for the future. *European Journal of Psychology Open*, 80(1-2), 5–17. <https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000003>
- Kemper, K.J, Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 496-503. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0281>
- Kemppainen, J. K., Brion, J. M., Leary, M., Wantland, D., Sullivan, K., Nokes, K., Bain, C. A., Chaiphibalsarisdi, P., Chen, W. T., Holzemer, W. L., Eller, L. S., Iipinge, S., Johnson, M. O., Portillo, C., Voss, J., Tyer-Viola, L., Corless, I. B., Nicholas, P. K., Rose, C. D.,... Kirksey, K. M. (2013). Use of a brief version of the self-compassion inventory with an international sample of people with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 25(12), 1513–1519. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.780119>
- Kim, H., Ji, J., & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social Work*, 56(3), 258–268.

- <https://doi.org/10.1093/sw/56.3.258>Kirac, D., Akcay, T., & Ulucan, K. (2020). Genetics of Sleep and Sleep Disorders. *Neurological Modulation of Sleep*, 49-54. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816658-1.00005-3>
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*, 39(6), 623-628. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>
- Kim, J., Oldham, M., Fernando, A., Kirby, J. (2021). Compassion mediates poor sleep quality and mental health outcomes. *Mindfulness*, 12 (5), <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01595-8>
- Kirac, D., Akcay, T., & Ulucan, K. (2020). Genetics of Sleep and Sleep Disorders. In Watson, R. R., & Preedy, V. R. (Ed). *Neurological modulation of sleep: Mechanisms and function of sleep health* (pp. 49-54). Elsevier.
- Kline, C. (2013). *Sleep quality*. In: Gellman MD, Turner JR (eds). *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer.
- Knapp, S., Gottlieb, M. C., & Handelsman, M. M. (2017). Enhancing professionalism through self-reflection. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(3), 167–174. <https://doi.org/10.1037/pro0000135>.
- Krieger, T., Martig, D. S., van den Brink, E., & Berger, T. (2016). Working on self-compassion online: A proof of concept and feasibility study. *Internet Interventions*, 6, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.001>
- Krishnan, V., & Collop, N. A. (2006). Gender differences in sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary medicine*, 12(6), 383–389. <https://doi.org/10.1097/01.mcp.0000245705.69440.6a>
- Latorre, C., Leppma, M., Platt, L. F., Shook, N., & Daniels, J. (2021). The relationship between mindfulness and self-compassion for self-assessed competency and self-efficacy of psychologists-in-training. *Training and Education in Professional Psychology*. <https://doi.org/10.1037/tep0000395>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, 94(2), 96–103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>

- Leger, D., Guilleminault, C., Dreyfus, J. P., Delahaye, C., & Paillard, M. (2000). Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 9(1), 35–42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2000.00178.x>
- Li, A., Wang, S., Cai, M., Sun, R., & Liu, X. (2021). Self-compassion and life-satisfaction among Chinese self-quarantined residents during COVID-19 pandemic: A moderated mediation model of positive coping and gender. *Personality and Individual Differences*, 170, 110457. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110457>
- Liang, L., Gao, T., Ren, H., Cao, R., Qin, Z., Hu, Y., Li, C., & Mei, S. (2020). Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1164–1175. <https://doi.org/10.1177/1359105320937057>
- Leese, J., Backman, C. L., Ma, J. K., Koehn, C., Hoens, A. M., English, K., Davidson, E., McQuitty, S., Gavin, J., Adams, J., Therrien, S., & Li, L. C. (2022). Experiences of self-care during the COVID-19 pandemic among individuals with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Health expectations: An international journal of public participation in health care and health policy*, 25(2), 482–498. <https://doi.org/10.1111/hex.13341>
- Leitão, M., & Antunes, N. L. (2019). Perturbações do sono. In N. L. Antunes & PIN (Eds.), *Sentidos* (2ª ed., pp. 475-494). Lua de Papel.
- Lenzo, V., Sardella, A., Musetti, A., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Plazzi, G., Palagini, L., Castelnuovo, G., Cattivelli, R., Mariani, R., Michelini, G., Manari, T., Saita, E., Quattropiani, M. C., & Franceschini, C. (2022). The Relationship Between Resilience and Sleep Quality During the Second Wave of the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study. *Nature and Science of Sleep*, 14, 41–51. <https://doi.org/10.2147/NSS.S344042>
- Lewis, S., Willis, K., Bismark, M., & Smallwood, N. (2022). A time for self-care? Frontline health workers' strategies for managing mental health during the COVID-19 pandemic. *SSM. Mental health*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100053>
- Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*. <https://doi.org/10.1177/0969733020940371>
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice.

- Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(46),16369–16373.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0407401101>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Mahoney, M. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology, Research and Practice*, 28, 14-16. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.1.14>
- Mairs, L., & Mullan, B. (2015). Self-Monitoring vs. Implementation Intentions: a Comparison of Behaviour Change Techniques to Improve Sleep Hygiene and Sleep Outcomes in Students. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 635–644. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9467-1>
- Malinowski, A. J. (2013). Characteristics of job burnout and humor among psychotherapists. *Humor: International Journal of Humor Research*, 26(1), 117–133. <https://doi.org/10.1515/humor-2013-0007>
- Marques, M., Pereira, A. T., Freitas, V., Bento, E., Azevedo, J., Xavier, S., et al. (2016). Self-compassion and insomnia at pregnancy. *European Psychiatry*, 33, S268–S268. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.703>
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hall.
- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203803349>
- Mayorga, M. G., de Vries, S. R., & Wardle, E. A. (2015). The practice of self-care among counseling students. *Journal of Educational Psychology*, 8(3), 21-28. https://digitalcommons.tamusa.edu/coun_faculty/5/
- McGarrigle, T., & Walsh, C. A. (2011). Mindfulness, self-care, and wellness in social work: Effects of contemplative training. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(3), 212–233. <https://doi.org/10.1080/15426432.2011.587384>

- Medic, G., Wille, M., & Hemels, M. E. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and Science of Sleep*, 9, 151–161. <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>
- Meredith, S., Frawley, J., Sibbritt, D., & Adams, J. (2020). A critical review of self-care for sleep disturbances: Prevalence, profile, motivation, perceived effectiveness and medical provider communication. *Sleep, Science and Practice*, 4, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s41606-019-0039-1>
- Merriman, J. (2015). Enhancing counselor supervision through compassion fatigue education. *Journal of Counseling & Development*, 93(3), 370–378. <https://doi.org/10.1002/jcad.12035>
- Miller, J., & Grise-Owens, E. (2020). Self-Care: An Imperative. *Social Work*, 65(1), 5–9. <https://doi.org/10.1093/sw/swz049>
- Miller, J., Lee, J., Niu, C., Grise-Owens, E., & Bode, M. (2019). Self-compassion as a predictor of self-care: A study of social work clinicians. *Clinical Social Work Journal*, 47(4), 321–331. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00710-6>
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *Palliative Care*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0318-0>
- Mohammadpour, M., Ghorbani, V., Khoramnia, S., Ahmadi, S. M., Ghvami, M., & Maleki, M. (2020). Anxiety, Self-Compassion, Gender Differences and COVID-19: Predicting Self-Care Behaviors and Fear of COVID-19 Based on Anxiety and Self-Compassion with an Emphasis on Gender Differences. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(3), 213–219. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i3.3813>
- Montaño, A. H., & Tovar, J.G. (2022). Modelo explicativo del autocuidado, la regulación emocional y el burnout en psicólogas en condición de aislamiento por COVID-19. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 90-103. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.6>
- Moore, S. E., Perry, A. R., Bledsoe, L. K., & Robinson, M. A. (2011). Social work students and self-care: A model assignment for teaching. *Journal of Social Work Education*, 47, 545–553. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2011.201000004>

- Moraes, C. P., Gomes, G. M. B., Machado, L. C. S., Daumas, L. P. & Gomes, M. M. B. (2021). Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde. *Research, Society and Development*, 10(4), <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14140>
- Moreno, C. R. C., Conway, S. G., Assis, M., Genta, P. R., Pachito, D. V., Tavares, A., Jr, Sguillar, D. A., Moreira, G., Drager, L. F., & Bacelar, A. (2022). COVID-19 pandemic is associated with increased sleep disturbances and mental health symptoms but not help-seeking: a cross-sectional nation-wide study. *Sleep Science*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20220027>
- Morin, C.M., & Benca, R. (2012). *Chronic Insomnia*, 379, 1129-1141. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
- Morin, C. M., Carrier, J., Bastien, C., Godbout, R., & Canadian Sleep and Circadian Network (2020). Sleep and circadian rhythm in response to the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de sante publique*, 111(5), 654–657. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00382-7>
- Mota, A. B. (2017). *O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional*. [Dissertação de Mestrado não publicada] Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Murawski, B., Wade, L., Plotnikoff, R. C., Lubans, D. R., & Duncan, M. J. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive and behavioral interventions to improve sleep health in adults without sleep disorders. *Sleep medicine reviews*, 40, 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.12.003>
- Murray, S., & Thimgan, M. (2016). Sleep disorders. *Human Fatigue Risk Management*, 81- 113.
- 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>
- Nawaz, M. W., Imtiaz, S., & Kausar, E. (2020). Self-care of Frontline Health Care Workers: During COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 557–562. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.557>
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In H. A. Wayment & J. J. Bauer (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95–105). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11771-009>
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 79–92). The Guilford Press.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0560-6>
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Mindfulness and Self-Regulation* (pp. 121-137). Springer.
- Neff, K., & Davidson, O. (2016). Self-compassion: Embracing suffering with kindness. In I. Ivztan & T. Lomas (Eds.), *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing* (pp. 37–50). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological well-being. In E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 371–385). Oxford University Press.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K., & Pommier, E. (2012). The Relationship between Selfcompassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12 (2), 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>

- Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the Factor Structure of the Self-Compassion Scale in Four Distinct Populations: Is the Use of a Total Scale Score Justified?. *Journal of Personality Assessment*, 99(6), 596–607. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1269334>
- Negash, S., & Sahin, S. (2011). Compassion fatigue in marriage and family therapy: implications for therapists and clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1),1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00147.x>
- Nelson, K. L., Davis, J. E., & Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 57(1), 144–151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>
- Nelson, J., Hall, B., Anderson, J., Birtles, C., & Hemming, L. (2017). Self-Compassion as Self-Care: A Simple and Effective Tool for Counselor Educators and Counseling Students, *Journal of Creativity in Mental Health*, <https://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. *Journal for Specialists in Group Work*, 37(4), 297–311. <https://doi.org/10.1080/01933922.2012.690832>
- Nguyen, T. M., & Le, G. N. H. (2021). The influence of COVID-19 stress on psychological well-being among Vietnamese adults: The role of self-compassion and gratitude. *Traumatology*, 27(1), 86–97. <https://doi.org/10.1037/trm0000295>
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483–495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Norcross, J., & Guy, J. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 1–23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0001>
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). Guilford Press.

- O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101–112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). Covid-19 entre a vida pessoal e profissional: uma necessidade básica (sobretudo em contexto de crise). https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_covid_19_equilibrio_vida_pessoalprofissional.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Our World in Data (2023). *Covid-19 Data Explorer*. Disponível em <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>
- Pack, M. (2015). Unsticking the stuckness': A qualitative study of the clinical supervisory needs of early-career health social workers. *British Journal of Social Work*, 45(6), 1821–1836. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu069>
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida*. (7ª ed.). Oficina do Livro.
- Paiva, T. & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono. Manual prático*. Lidel
- Paiva, T., & Pinto, H. (2010). *Os mistérios do sono*. Bertrand Editora.
- Pakenham, K. I. (2017). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*, 21(3), 186–194. <https://doi.org/10.1111/cp.12062>
- Palma, E. M. S., de Sousa, A. R., Teixeira, J. R. B., Moreira, W. C., de Araújo, A. C. M., Souza, L. F. V., dos Anjos, J. C. R., et al. (2022). Influence of Sociodemographic and Emotional Factors on the Relationship between Self-Compassion and Perceived Stress among Men Residing in Brazil during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19138159>

- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57>
- Parsonson, K., & Alquicira, L. (2019). The Power of Being There for Each Other: The Importance of Self-Awareness, Identifying Stress and Burnout, and Proactive Self-Care Strategies for Sex-Offender Treatment Providers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(11), 2018–2037. <https://doi.org/10.1177/0306624X19841773>
- Partinen, M., Bjorvatn, B., Holzinger, B., Chung, F., Penzel, T., Espie, C. A., Morin, C. M., & ICOSS-collaboration group (2021). Sleep and circadian problems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: the International COVID-19 Sleep Study (ICOSS). *Journal of Sleep Research*, 30(1), 13206. <https://doi.org/10.1111/jsr.13206>
- Patel, A. K., Reddy, V., & Araujo, J. F. (2020, April). Physiology, Sleep Stages. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/>
- Patsiopoulos, 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>
- Patterson, P.D. Weaver, M.D., Frank, R.C., Warner, C.W., Martin-Gill, C., Guyette, F.X., Fairbanks, R.J, Hubble. M.W., Songer, T.J., Callaway, C.W., Kelsey, S.F., Hostler, D. (2012). Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers. *Prehospital Emergency Care*, 16(1), 86-97. <https://doi.org/10.3109/109xx03127.2011.616261>
- Paucsik, M., Leys, C., Marais, G., Baeyens, C., & Shankland, R. (2022). Self-compassion and savouring buffer the impact of the first year of the COVID-19 on PhD students' mental health. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 38(5), 891–901. <https://doi.org/10.1002/smi.3142>
- Pavot, W., & Diener., E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3 (2), 137–152. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pelicand, J., Fournier, C., Le Rhun, A., & Isabelle, I. (2015). Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: Bridging the gap between patient education and health

- promotion? A review. *Health Expectations*, 18(3), 303–311. <https://doi.org/10.1111/hex.12041>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The journals of gerontology: Series B, psychological sciences and social sciences*, 68(4), 529–539. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. e Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 311–323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievan, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021) Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(4), 352–367, <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: a Literature Review on Self-Care. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 42(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Potter, R. F., Yar, K., Francis, A. J. P., & Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14(1), 33–43. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2016/06/Potter-2014.pdf>
- Prado Solar, L.A., Gonzalez Regeuira, M., Paz Gomez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835–845. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-730333>
- Quaglia, J. T., Cigrand, C., & Sallmann, H. (2022). Caring for you, me, and us: The lived experience of compassion in counselors. *Psychotherapy*, 59(3), 321–331. <https://doi.org/10.1037/pst0000412>

- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D. & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rahman, M. S. (2016). The Advantages and Disadvantage of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language “Testing and Assessment” Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1), 102-112. <https://doi.org/10.5539/jel.v6n1p102>
- Rakhimov, A., Ong, J., Realo, A., Tang, N., Ong, J. (2022). Being kind to self is being kind to sleep? A structural equation modelling approach evaluating the direct and indirect associations of self-compassion with sleep quality, emotional distress and mental well-being. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02661-z>
- Redeker, N.S. (2008) Sleep disturbance in people with heart failure: implications for self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 231-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18437065>
- Reis, M. T. (2020). O autocuidado dos psicólogos: adaptação da self-care assessment for psychologists scale (scap) para portugal. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Climepsi
- Ribeiro, C. R. F., Silva, Y. M. G. P., & Oliveira, S. M. C. (2014). O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica*, 12(1), 8-14. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n1/a4027.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>
- 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>
- Rico, T.M., dos SantosMachado, K., Fernandes, V. P.,Madruga, S.W., Noguez, P. T., Barcelos, C. R. G., et al. (2017). Text messaging (SMS) helping cancer care in patients undergoing

- chemotherapy treatment: a pilot study. *Journal of Medical Systems*, 41, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10916-017-0831-3>
- Riegel, B., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Freedland, K. E., Lee, C. S., Middleton, S., Stromberg, A., Vellone, E., Webber, D. E., & Jaarsma, T. (2021). Self-care research: Where are we now? Where are we going?. *International journal of nursing studies*, 116, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg A. A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS: Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Riegel, B., & Weaver, T. E. (2009). Poor Sleep and Impaired Self-Care: Towards a Comprehensive Model Linking Sleep, Cognition, and Heart Failure Outcomes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8 (5), 337-344. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.06.003>
- Rodrigues, M., Nina, S., & Matos, L. (2014). Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(1), 16–22. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S218251732014000100004&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodríguez, M. J., & Arias, S. (2018). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul-Americana De Psicologia*, 1(2), 216–234. <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/RSAP/article/view/1724>
- Rodríguez-De Avila, U. E., Rodrigues-De França, F., & Jesus Simões, M. de F. (2021). Psychological Impact and Sleep Quality in the COVID-19 Pandemic in Brazil, Colombia and Portugal. *Duazary*, 18(2), 120–130. <https://doi.org/10.21676/2389783x.4074>
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2020). The road to becoming a psychologist: Indicators of success and hardship during the university years. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 154(8), 632–661. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1771538>
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 380–390. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.10.001>

- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4321–4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Sánchez-Ruiz, M. J., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. *Research in Nursing & Health*, 44(4), 620–632. <https://doi.org/10.1002/nur.22158>
- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343–350. <https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- Rupert, P. A., Miller, A. O., Tuminello Hartman, E. R., & 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>.
- Sadeh, A., Keinan, G., & Daon, K. (2004). Effects of stress on sleep: the moderating role of coping style. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology: American Psychological Association*, 23(5), 542–545. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.542>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sammons, M. T., Elchert, D. M., & Martin, J. N. (2021). Mental Health Service Provision During COVID-19: Results of the Third Survey of Licensed Psychologists. *Journal of Health Service Psychology*, 47(3), 119–127. <https://doi.org/10.1007/s42843-021-00044-3>
- Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a Self-Care Behavior Inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 140–145. <https://doi.org/10.1037/tep0000142>

- Schlarb, A. A., Reis, D., & Schröder, A. (2012). Sleep characteristics, sleep problems, and associations to quality of life among psychotherapists. *Sleep Disorders*, 2012, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2012/806913>.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, 37, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Schnepper, R., Reichenberger, J., & Blechert, J. (2020). Being My Own Companion in Times of Social Isolation - A 14-Day Mobile Self-Compassion Intervention Improves Stress Levels and Eating Behavior. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.595806>
- Schwartz, W. J., & Klerman, E. B. (2019). Circadian Neurobiology and the Physiologic Regulation of Sleep and Wakefulness. *Neurologic clinics*, 37(3), 475–486. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31256784/>
- Scott, B. A., & Judge, T. A. (2006). Insomnia, Emotions, and Job Satisfaction: A Multilevel Study. *Journal of Management*, 32(5), 622–645. <https://doi.org/10.1177/0149206306289762>
- Sebastian, A. T., Rajkumar, E., John, R., Daniel, M., George, A. J., Greeshma, R., & James, T. (2022). Emotional Self-Care: Exploring the Influencing Factors Among Individuals With Cancer. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.898345>
- Self Care Forum. (2015). *What do we mean by self care and why is it good for people?* <https://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people/>
- Semenchuk, B.N., Onchulenko, S., & Strachan, S.M. (2022). Self-compassion and sleep quality: Examining the mediating role of taking a proactive health focus and cognitive emotional regulation strategies. *Journal of Health Psychology*, 27(10), 2435-2445. <https://doi.org/10.1177/13591053211047148>
- SeyedAlinaghi, S., MohsseniPour, M., Aghaei, E., Zarani, F., Fathabadi, J., Mohammadifirouzeh, M. (2020). The relationships between early maladaptive schemas, quality of life and self-care behaviors in a sample of persons living with HIV: The potential mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *The Open Aids Journal*, 14, 100. <https://doi.org/10.2174/1874613602014010100>

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Sharifian, B. (2019). Examining the Relationship Between Self-Care and Professional Quality of Life in Counseling and Clinical Psychology Trainees. *Psychology and Counseling Theses, 7*. <http://hdl.handle.net/10950/1855>
- Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., Goudarzian, A. H., Allen, K. A., Jamali, S., & Heydari Gorji, M. A. (2017). The Relationship between Religious Coping and Self-Care Behaviors in Iranian Medical Students. *Journal of Religion and Health, 56*(6), 2109–2117. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0376-2>
- Silva, J.M. & Pontífice, P. (2015, enero). Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. *Revista Enfermería Global 14*(37), 372-383. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100017&lng=es&tlng=es
- Simms, J. (2017). Transformative practice. *Counselling Psychology Review, 32*(2), 46-56.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies, 69*, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-Compassion and Adherence in Five Medical Samples: the Role of Stress. *Mindfulness, 10*(1), 46–54. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0945-9>
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 34*(6), 661–669. <https://doi.org/10.1037/hea0000158>
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career counselling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counsellor resilience. *Journal of Career Development, 27*(3), 167–176.

- Skovholt, T., & Trotter-Mathison, M. (2011). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals* (2nd ed.). Taylor & Francis.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology, 70*(9), 794–807. <https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
- Smith, L. P., Ng, S.W., & Popkin, B. M. (2014). No time for the gym? Housework and other non-labour market time use patterns are associated with meeting physical activity recommendations adults in full-time, sedentary jobs. *Social Science & Medicine, 120*, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.010>.
- Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A., & Akerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 17*(2), 175–183. <https://doi.org/10.1037/a0027518>
- Soheilian, S. S., O'Shaughnessy, T., Lehmann, J. S., & Rivero, M. (2022). Examining the impact of COVID-19 on supervisees' experiences of clinical supervision. *Training and Education in Professional Psychology. <https://doi.org/10.1037/tep0000418>*
- Sollars, P. J., & Pickard, G. E. (2015). The Neurobiology of Circadian Rhythms. *The Psychiatric clinics of North America, 38*(4), 645–665. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26600101/>
- Solomon, J. (2014). Nurses' coping strategies with compassion fatigue: A Literature Review. [Bachelor's Thesis].
- Song, C., Zhao, T., Song, Z., & Liu, Y. (2020). Effects of phased sleeping thermal environment regulation on human thermal comfort and sleep quality. *Building and Environment, 107*108. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2020.107108>
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 48*(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Sousouri, G., & Huber, R. (2019). Sleep and Plasticity. *Handbook of Sleep Research, 425-442*.
- Souza, L. K. d., & Hutz, C. S. (2016). Self-compassion in relation to self-esteem, self-efficacy and demographical aspects. *Paidéia, 26*(64), 181–188. <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201604>

- Spedale, V., Luciani, M., Attanasio, A., Di Mauro, S., Alvaro, R., Vellone, E., & Ausili, D. (2021). Association between sleep quality and self-care in adults with heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 192–201. <https://doi.org/10.1177/1474515120941368>
- Stamm, B. H. (2005). *The Pro-QOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual: Pocatello*. (2nd ed.). Eastwoods.
- Stefan, R., Mantl, G., Höfner, C., Stammer, J., Hochgerner, M., & Petersdorfer, K. (2021). Remote Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic. Experiences With the Transition and the Therapeutic Relationship. A Longitudinal Mixed-Methods Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 743430. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.743430>
- Svendsen, J. L., Kvernenes, K. V., Wiker, A. S., & Dundas, I. (2017). Mechanisms of mindfulness: Rumination and self-compassion. *Nordic Psychology*, 69(2), 71–82. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1171730>
- Swami, V., Horne, G., & Furnham, A. (2021). COVID-19-related stress and anxiety are associated with negative body image in adults from the United Kingdom. *Personality and Individual Differences*, 170, 110426. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110426>
- Swartz H. A. (2020). The Role of Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Psychotherapy*, 73(2), 41–42. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200015>
- Tarrasch, R. (2015). Mindfulness Meditation Training for Graduate Students in Educational Counseling and Special Education: A Qualitative Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, (24), 1322–1333. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9939-y>
- Teixeira, I. C. (2015). *Papel do autocriticismo e da autocompaixão na ocorrência de insônia em estudantes universitários [Tese de Doutorado]* Instituto Superior Miguel Torga.
- Teixeira, I., Simões, S., Marques, M., Espírito-Santo, H., & Lemos, L. (2016). Self-criticism and self-compassion role in the occurrence of insomnia on college students. *European Psychiatry*, 33, S268–S268. <https://www.semanticscholar.org/paper/Self-criticism-and-self-compassion-role-in-the-of-Teixeira-Sim%C3%B5es/aa61ade49bd6f08ade28e9c6b572197ffeabd729>

- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., & Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(4), 379–400. <https://www.semanticscholar.org/paper/Imparting-Self-Care-Practices-to-Therapists%3A-What-Th%C3%A9riault-Gazzola/7108d3905d0112771c6338a92cae45745bc44a5c>
- Thompson, R. (2003). *Compassion Fatigue: The Professional liability for caring too much*. Public Entity Risk Institut
- Thompson, I. A., Amatea, E. S., & Thompson, E. S. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58–77. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3>
- Thorpy, M. J. (2012). Classification of sleep disorder. *Neurotherapeutics*, 9, 687-701. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0145-6>
- Tóth-Király, I., & Neff, K. D. (2021). Is Self-Compassion Universal? Support for the Measurement Invariance of the Self-Compassion Scale Across Populations. *Assessment*, 28(1), 169–185. <https://doi.org/10.1177/1073191120926232>
- Tracy, E. L., Berg, C. A., Kent De Grey, R. G., Butner, J., Litchman, M. L., Allen, N. A., & Helgeson, V. S. (2020). The Role of Self-regulation Failures and Self-care in the Link Between Daily Sleep Quality and Blood Glucose Among Adults with Type 1 Diabetes. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 54(4), 249–257. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz044>
- Trompetter, H. R., Kleine, E., & de Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Tubbs, A., Dollish, H., Fernandez, F., & Grandner, M. (2019). The basics of sleep physiology and behavior. *Sleep and Health*, 3-10. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815373-4.00001-0>

- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172–185. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>
- Umran, A. (2014). Examining the predictive role of self-compassion on self-doubt. *Education Science and Psychology*, 30(4), 12-19. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0724-5>
- Van den Berg, N., Benoit, A., Toor, B., & Fogel, S. (2019). Sleep Stages and Neural Oscillations: A Window into Sleep's Role in Memory Consolidation and Cognitive Abilities. *Handbook of Sleep Research*, 455-470. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813743-7.00030-X>
- Vega, O. M., Suárez, J. & Acosta, S. (2015). Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10(10), 45-56. http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen10/006_articulo-4-Vol10_A10.pdf
- Ventura, I. (2018). *Cuidar de Si para cuidar do Outro: Autocuidado de Psicólogos Clínicos que trabalham com Pessoas que vivenciaram Situações Traumáticas*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Voon, S. P., Lau, P. L., Leong, K. E., & Jaafar, J. L. S. (2022). Self-Compassion and Psychological Well-Being Among Malaysian Counselors: The Mediating Role of Resilience. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 31(4), 475–488. <https://doi.org/10.1007/s40299-021-00590-w>
- Yarnell, L., & Neff, K. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. In *Self and Identity*, 12(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Yarnell, L., Stafford, R., Neff, K., Reilly, E., Knox, M., & Mullarkey, M. (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., and White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60, 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wei, M., Liao, K. Y., Ku, T. Y., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191–221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x>

- Werner, A., Kater, M. J., Schlarb, A. A., & Lohaus, A. (2021). Sleep and stress in times of the COVID-19 pandemic: The role of personal resources. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 13(4), 935–951. <https://doi.org/10.1111/aphw.12281>
- Wise, E. H., & Barnett, J. E. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (pp. 209–222). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14774-014>
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2011). Ethics and self-care: A developmental lifespan perspective. *Register Report*, 37, 20–29 <https://doi.org/10.1037/a0029446>
- 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. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029446>
- Wise, E. H., & Reuman, L. (2019). Promoting competent and flourishing life-long practice for psychologists: A communitarian perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(2), 129–135. <https://doi.org/10.1037/pro0000226>
- Wolf, M. R., & Rosenstock, J. B. (2017). Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 41(2), 174–179. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0526-y>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (2022). *Coronavirus Disease (Covid-19) pandemic*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Wright E. M. (2020). The Ethical Imperative of Self-Care: A Call to Action. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(6), 733–736. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13150>
- Wu, L., Schroevers, M. J., & Zhu, L. (2021). Positive Self-Compassion, Self-Coldness, and Psychological Outcomes in College Students: a Person-Centered Approach. *Mindfulness* 2021, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/S12671-021-01721-6>
- Zahniser, E., Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 283–289. <https://doi.org/10.1037/tep0000172>

- Zhang, B., & Wing, Y. K. (2006). Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*, 29(1), 85–93. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.1.85>
- Zhou, L., Chen, J., Liu, X., Lu, D., & Su, L. (2013). Negative cognitive style as a mediator between self-compassion and hopelessness depression. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 41(9), 1511–1518. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.9.1511>

Anexos

Anexo I- Consentimento Informado

Acordo de Consentimento Informado

Qualidade do sono, autocuidado e autocompaixão em psicólogos clínicos e psicoterapeutas portugueses, em contexto pandémico

Convidamos o presente psicólogo/psicoterapeuta a participar num estudo em que se irá investigar a influência da qualidade do sono, na autocompaixão e no autocuidado em psicólogos e psicoterapeutas portugueses. Esta investigação decorre em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia - CIP).

Objetivos Gerais do estudo – O objetivo geral deste estudo é analisar a influência qualidade do sono, na autocompaixão e no autocuidado em psicólogos e psicoterapeutas.

O que fará no estudo – O participante será convidado a participar num estudo de cariz transversal, em que será aplicado um questionário sociodemográfico e clínico e três questionários psicológicos

Recolha de dados – Será realizado um momento de avaliação, que acontecerá nos próximos meses. Neste momento será aplicado um protocolo constituído por 6 questionários fáceis de responder e que se referem:

- (a) Questionário Sociodemográfico e Clínico
- (b) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)
- (c) a Escala da Autocompaixão (SELFCS)
- (d) Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Crítérios de Inclusão: Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes:

- (a) Ser psicólogo e psicoterapeuta a exercer psicologia clínica
- (b) Possuir nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade
- (c) Ser membro efetivo e possuir cédula profissional da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Todos os dados serão trabalhados sem a identificação, pois será dado um código a cada um deles, não permitindo em qualquer momento que estes sejam identificados. Garantimos assim, absoluto anonimato e confidencialidade dos dados de cada um dos participantes. Até porque, assim que os dados tiverem sido todos recolhidos estes ficam automaticamente anonimizados.

Registo dos dados: pedimos autorização para recolher e arquivar os dados supramencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato dos participantes.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia. Os dados recolhidos serão arquivados, codificados e sem o nome dos participantes. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: os dados pessoais não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas dois elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os intervenientes que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos anonimizados.

Participação voluntária: A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto. No final do estudo, os participantes poderão pedir e ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, pode contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Coordenador do Projeto: Ana Maria Gomes ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt

Coordenador da Investigação: Ana Maria Gomes ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt

Investigadora:

Responsável pelo Tratamento de Dados: CEU Cooperativa de Ensino Universitário, Rua de Sta. Marta, 56, 1169-023, NIF: 501641238, e-mail: investigacao.privacidade@autonoma.pt

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados: Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados, devendo para o efeito dirigir-se pessoalmente às instalações da Universidade Autónoma de Lisboa, na Rua de Santa Marta, ou contactar-nos através dos e-mails: ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt. O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. O titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo e aceito participar, para tal assino este consentimento informado:

Anexo II- Email/mensagem através das redes sociais enviada às associações e sociedades de psicologia/psicoterapia e psicólogos e psicoterapeutas

Bom dia,

Venho por este meio convidar a presente associação a colaborar e a divulgar de forma voluntária no estudo que me encontro a realizar no momento, que tem como objetivo investigar a qualidade do sono, o autocuidado e a autocompaixão em psicólogos e psicoterapeutas portugueses.

Na sua totalidade, o protocolo tem uma duração de entre 30 e 40 minutos e consiste na aplicação de:

- (a) Questionário Sociodemográfico;
- (b) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP);
- (c) Escala da Autocompaixão - versão reduzida (SELFCS);
- (d) Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP).

Exponho de seguida os requisitos para que possam também confirmar a possibilidade de participação efetiva, através dos critérios de inclusão seguintes:

- (e) Ser psicólogo e/ou psicoterapeuta a exercer psicologia clínica;
- (f) Possuir nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade.
- (g) Ser membro efetivo com cédula profissional na Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Penso que a presente associação integra profissionais que se enquadram nos requisitos anteriormente mencionados. Por isso, aproveito para pedir, se possível, a divulgação do mesmo dentro da vossa associação, de modo a tornar a amostra o mais abrangente possível.

A participação é de **caráter voluntário** (sem qualquer tipo de bonificação ou remuneração) e possui o direito a desistir em qualquer momento sem penalização. O link de participação que contém primeiramente o consentimento informado, é:

<https://ci.ual.pt/inqueritos/index.php/988541?lang=pt>

Ressalvo que toda a informação fornecida é de imediato codificada e como tal, é garantido o total anonimato e confidencialidade da mesma.

Em breve e em colaboração com a Ordem dos Psicólogos Portugueses o link estará disponível na Newsletter de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica e no site Eu sinto.me.

Se tiverem dúvidas, podem sempre contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Ana Maria Gomes

ana.m28.gomes@gmail.com

amgomes@autonoma.pt

Agradeço desde já a atenção e aguardo resposta,

Marta Pereira

Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa

Anexo III- Questionário Sociodemográfico (Adaptado de Reis, 2020).

A- Características Sociodemográficas

1. Sexo

- a) Feminino ____
- b) Masculino ____

2. Idade: _____ anos

3. Nacionalidade:

- a) Portuguesa____
- b) Dupla Nacionalidade/Luso-Descendente/Emigrante ____
- c) Outra____

4. Habilitações Literárias: ____

5. Escolha uma das opções referentes à sua formação

- a) Psicólogo/a Clínico/a, sem formação numa das associações de psicoterapia__
- b) Psicólogo/a Clínico/a, ainda em formação numa das associações de psicoterapia__
- c) Psicólogo/a Clínico/a, membro de uma das associações de psicoterapia__
- d) Outra

6. Qual a sua área de atuação? Pode seleccionar mais do que uma resposta

- a) Crianças
- b) Adolescentes
- c) Adultos
- e) Idosos

7. Situação conjugal:

- a) Solteiro ____
- b) Casado ____
- c) Divorciado ____
- d) Viúvo ____
- e) União de Facto ____
- f) Outro

8. Tem filhos?

- a) Não _____
- b) Sim _____
- c) Se sim, quantos? _____

9. Vive com:

- a) sozinho ____
- b) marido/mulher/companheiro/companheira ____
- c) Apenas com os filhos ____
- d) Com familiares ____ Se sim, quais? _____
- e) Outro

10. Há quanto tempo exerce psicologia?

11. Número de casos atendidos por semana? _____

- a) Desde o início da pandemia, notou um aumento do número de casos? Sim _____ Não _____

12. Número de horas de trabalho por semana? _____

- a) Desde o início da pandemia, notou um aumento da carga horária? Sim _____ Não _____

13. Tem supervisão? Sim _____ Não _____

- a) Com que frequência tem supervisão?

b) Sente que frequenta mais a supervisão desde o início da pandemia? Sim _____ Não _____

14. É supervisor? Sim _____ Não _____

a) Sente que faz mais supervisão desde o começo da pandemia? Sim _____ Não _____

15. Sente que desde o começo da pandemia está inserido em mais projetos profissionais? Sim _____ Não _____

16. Em que contexto pratica psicologia clínica?

a) Privado (Hospital /Consultório privado/Outro)

b) Público (Hospital /Centro de saúde/Clínica/Ipss/Centro de dia/Outro)

c) Ambos

Anexo IV- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

As questões a seguir, são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU ADORMECER: _____

3) Durante o mês passado, a que horas acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana

- Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais
- d) Ter dificuldade para respirar:
- Nenhuma vez
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais
- e) Tossir ou roncar muito alto:
- Nenhuma vez
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais
- f) Sentir muito frio:
- Nenhuma vez
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais
- g) Sentir muito calor:
- Nenhuma vez
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais

- h) Ter sonhos maus ou pesadelos:
- Nenhuma vez
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais

- i) Sentir dores:
- Nenhuma vez
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma a duas vezes por semana
 - Três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

- Muito boa
- Boa
- Má
- Muito má

7) Durante o mês passado, tomou alguma medicação para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta? Qual (is)? _____

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

8) Durante o mês passado, se teve problemas para ficar acordado enquanto estava a conduzir, a fazer as suas refeições ou a participar noutra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, sentiu alguma indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

- Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo
- Indisposição e falta de entusiasmo pequenas
- Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
- Muita indisposição e falta de entusiasmo

Autorização do instrumento

Visto que o presente projeto está integrado no projeto do CIP-UAL da professora Doutora Ana Maria Gomes, orientadora do projeto, não é necessário proceder ao pedido de autorização do respetivo questionário, visto que este foi já utilizado e fornecido pela mesma, para utilização do mesmo nesta dissertação.


Anexo V- Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência pratica os comportamentos que lhe serão apresentados. Escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação, numa escala de 1 (*Nunca*) a 7 (*Sempre*).

1. Cultivo relações profissionais com os meus colegas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Evito isolar-me no local de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
3. Partilho os meus stresses de trabalho com colegas de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
4. Partilho experiências de trabalho positivas com os meus colegas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mantenho um sistema de apoio profissional.	1	2	3	4	5	6	7
6. Participo em atividades que promovem o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mantenho contacto com organizações da minha comunidade profissional que são importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
9. Encontro maneiras de me manter atualizado(a) ao nível do conhecimento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
10. Maximizo o tempo em atividades profissionais de que gosto.	1	2	3	4	5	6	7
11. Passo tempo com pessoas cuja companhia eu aprecio.	1	2	3	4	5	6	7
12. Passo tempo com a família ou amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Procuo atividades ou pessoas com as quais me sinto confortável.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tenho um bom sistema de suporte social e de pertença na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
16. Monitorizo os meus sentimentos e reações face aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
17. Estou consciente dos estímulos que desencadeiam ou aumentam o stresse profissional.	1	2	3	4	5	6	7
18. Faço um esforço proativo para gerir os desafios da minha atividade profissional.	1	2	3	4	5	6	7
19. Faço pausas ao longo do dia de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
20. Retiro algum tempo para relaxar todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
21. Evito comprometer-me excessivamente com responsabilidades do trabalho.	1	2	3	4	5	6	7

Pedido e Autorização do instrumento

Validação e Autorização da EAAP  Caixa de entrada x



Marta Pereira <marta20pereira@gmail.com>
para maria.teresa.reis, freitas1 ▾

10:45 (há 44 minutos) ☆ ↶ ⋮

Bom dia.

Venho por este meio proceder ao pedido de envio e autorização da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP), para efeitos do meu projeto de Dissertação no Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa.

Se forem necessários mais procedimentos, informações ou contactos adicionais, estarei ao dispor.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Marta Pereira



Maria Teresa Santos Coelho Da Costa Reis
para mim, freitas1 ▾

10:53 (há 35 minutos) ☆ ↶ ⋮

Bom dia Marta,

Peço-te imensa desculpa pelo atraso na minha resposta mas já não venho a este e-mail à imenso tempo e por isso não consegui ver nenhuma das mensagens deixadas!

Da minha parte, tens toda a autorização para utilizar a escala! Precisas de alguma coisa do nosso lado?

Beijinhos,
Teresa Reis



Anexo VI- Escala de Autocompaixão- Versão Reduzida (SELFCS-SV)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Quase Sempre
1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
1. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.					
2. Tento ser compreensivo/a e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto					
3. Quanto alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
4. Quando me sinto em baixo tenho a tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
5. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.					
6. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio/a ternura e o afeto que necessito.					

7. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
8. Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho/a no meu fracasso.					
9. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado/a com tudo aquilo que está errado.					
10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.					
12. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.					

Pedido e confirmação de autorização da escala



Marta Pereira <marta20pereira@gmail.com>
para paula ▾

seg., 24 de jan. 10:28 ☆ ↶ ⋮

Bom dia, Dra. Paula

Venho reforçar o meu pedido de algumas semanas que consistia em me fornecer, se for possível, um documento com a escala de autocompaixão de 12 itens, para efeitos de utilização e aplicação na minha dissertação de mestrado.

É de extrema urgência pois necessito de inserir o mesmo na dissertação e aplicá-lo aos participantes já no início do próximo mês

Peço mais uma vez desculpa pelo incómodo causado

Obrigada e Cumprimentos,
Marta Pereira



paula castilho <paulacastilhofreitas@gmail.com>
para mim ▾

seg., 31 de jan. 09:00 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Marta,

Agradeço o lembrete deste email. Lamento o atraso na resposta.
Autorizo a utilização da escala. Envio o artigo da aferição da medida.
Felicidades para a sua investigação.

cms
paula castilho

--

Paula Castilho
Clinical Psychologist and Supervisor
MD and PhD in Clinical Psychology
Assistant Professor of Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Portugal
Researcher of CINEICC, FPCE-UC