

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sofia Fernandes Nogueira

**A MENTALIDADE AFILIATIVA NO ACOLHIMENTO
RESIDENCIAL DE JOVENS EM RISCO
RESULTADOS PRELIMINARES DE UM TREINO DA MENTE
COMPASSIVA COM CUIDADORES**

**Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia
Clínica e da Saúde, Subárea Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas
Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria
Bugalho Rijo e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra**

2020

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

A Mentalidade Afiliativa no Acolhimento Residencial de Jovens em Risco

Resultados Preliminares de um Treino da Mente Compassiva com Cuidadores

Sofia Fernandes Nogueira

Email: sofia.nogueira2897@gmail.com

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2020



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



A presente Dissertação de Mestrado insere-se no âmbito do projeto “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), realizado no âmbito de um projeto de doutoramento que se encontra a ser desenvolvido no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), no grupo Cognitive and Behavioural Processes and Change, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

Agradecimentos:

Ao Professor Doutor Daniel Rijo, pelo trabalho como orientador presente e dedicado. Por toda ajuda e incentivos nos momentos mais difíceis e pelos conhecimentos que transmitiu ao longo deste percurso. Por querer sempre melhor e com mais rigor, pois só assim os resultados surgem.

À Dra. Laura, por toda a atenção que dedicou a este projeto e pela paciência nas horas mais difíceis. Pelas horas infindáveis de análises estatísticas. Por ter estado sempre conosco em todas as etapas, desde o primeiro momento. Pela sua compaixão nos momentos em que parecia que tudo corria mal. Por todos os incentivos e mais alguns. Obrigada pelo excelente ser humano que é.

Aos Professores Doutores Bruno de Sousa, Marco Pereira e Nélio Brazão pela partilha de conhecimentos de estatística e por se mostrarem sempre disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que surgisse.

À Filipa, por toda a ajuda nas dúvidas que surgiam sobre todos os aspetos possíveis e imagináveis. Por teres tornado este trabalho mais fácil e menos *stressante*. Por me fazeres sentir que nunca estava sozinha.

À Vanessa, Inês, Diana e Dora por todo o apoio e pela força que foram transmitindo em todos os momentos.

À Catarina e à Diana, por todo o apoio incondicional que prestaram em todos os momentos de *stress*, por ouvirem as minhas dúvidas e pelas opiniões sinceras que foram dando. Por me fazerem sentir segura e acarinhada nesta amizade que levo certamente comigo para a vida.

Ao Tiago pela disponibilidade que demonstrou sempre em ajudar-me nas revisões e correções do meu inglês imperfeito.

Ao meu namorado, Diogo, por aturar e compreender o meu mau humor nas fases em que os prazos apertavam, por ser o meu cozinheiro de serviço quando o meu tempo era reduzido. Por todos os abraços cheios de tranquilização que me davam força para ir trabalhar mais umas horas. Por todos os incentivos para não baixar os braços perante as minhas dificuldades e por me fazer acreditar que sou capaz de quase tudo.

À minha irmã, Ticha, pela ajuda nas revisões sempre que lhe pedia, pelas sempre sábias palavras de apoio que me reconfortavam sempre nas alturas em que me parecia tudo errado. Por me fazer ver que não havia problema em parar e descansar, e por tranquilizar o meu *stress* frenético em que às vezes me encontrava. Por me fazer ver o copo meio cheio e não meio vazio.

Aos meus pais pelo apoio incondicional em todas as fases deste meu percurso, pela preocupação em saber como estava em todos os momentos. Por demonstrarem que acreditam em mim e nas minhas capacidades. Por me darem a força imprescindível para nunca desistir dos meus objetivos.

Aos cuidadores das casas de acolhimento residencial que participaram neste estudo, pois sem eles nada teria sido possível.

Resumo

O acolhimento residencial é um dos meios utilizados para dar resposta às crianças e jovens que se encontram em situação de perigo. Devido às experiências de vida negativas e traumáticas, estes jovens podem apresentar problemas de comportamento, psicológico e emocionais, que podem dificultar uma interação positiva com os cuidadores das casas de acolhimento. Dado que a compaixão se tem revelado promissora na melhoria das relações interpessoais e de vários indicadores da saúde mental, o objetivo principal deste estudo foi promover o desenvolvimento de uma mentalidade afiliativa no contexto do acolhimento residencial de jovens em risco, através da estimulação do sistema de afiliação/apaziguamento e da regulação do sistema de defesa-ameaça nos cuidadores. Foi testado e avaliado o impacto de um programa estruturado de 12 sessões de Treino da Mente Compassiva (TMC) nos cuidadores que trabalham neste contexto. O estudo contou com uma amostra de 64 cuidadores de 6 casas de acolhimento residencial dos distritos de Coimbra e Leiria, com idades compreendidas entre os 25 e os 62 anos e de ambos os sexos. A aleatorização dos participantes foi realizada por clusters (i.e., casas de acolhimento) tendo sido alocadas três casas a cada condição, o que corresponde a 32 sujeitos no grupo experimental e 32 no grupo de controlo. Os participantes responderam a medidas de autorresposta antes e após a intervenção, com o objetivo de avaliar a compaixão pelos outros, a autocompaixão, os medos da compaixão e ainda a proximidade e ligação aos outros, clima emocional e qualidade de vida profissional dos cuidadores. Uma análise mista multivariada da variância (MANOVA) a dois fatores (tempo e grupo) revelou diferenças significativas entre os grupos na avaliação pós tratamento. Especificamente, os participantes do grupo experimental revelaram uma melhoria significativa na compaixão, autocompaixão e medos da compaixão e ainda uma maior proximidade e ligação aos outros e melhor clima emocional, enquanto que os participantes do grupo de controlo não melhoraram ou deterioraram os resultados nessas mesmas variáveis. Estes resultados oferecem evidência preliminar para o uso do TMC enquanto estratégia eficaz na promoção de uma mentalidade afiliativa nos cuidadores de jovens em risco em contexto de acolhimento residencial.

Palavras-chave: Acolhimento Residencial; Cuidadores; Jovens em Risco; Mentalidade Afiliativa; Treino da Mente Compassiva

Abstract

Residential care is one of the responses used to offer protection and care to children and youth at risk. Because of their early negative and traumatic life experiences, youth at risk can present behavioral, psychological, and emotional problems that can hinder a positive interaction with caregivers within residential care homes. Available research has shown that compassion based interventions had positive impact over interpersonal relationships and mental health symptoms. Following these findings, the main objective of this study was to promote the development of an affiliative care mentality in residential care homes staff, through both the stimulation of the soothing system and the regulation of the threat system. Specifically, the impact of a 12-session structured Compassionate Mind Training (CMT) program was evaluated in caregivers work in residential care facilities. The sample was made of 64 male and female caregivers from six residential care homes in the region of Coimbra and Leiria, aged between 25 and 62 years. Randomization was made at a cluster level, with three houses allocated in each experimental condition. In this sense, 32 caregivers were allocated to the experimental (treatment) group and the other 32 to the control group. Participants answered to a set of self-report measures before and after intervention. Assessed variables included compassion towards others, self-compassion, and fears of compassion, and also, social safeness and connection to others, emotional climate and quality of professional life. Two-factor (time and group) mixed multivariate analysis of variance (MANOVA) revealed significant differences between groups at post treatment. Specifically, participants of the treatment group revealed significant improvements in compassion towards others, self-compassion, and fears of compassion, and also significant improvement in social safeness and connection to others as well as in the threat and soothing systems related emotions, while the participants of the control group did not improve or even deteriorated results in that variables. These findings offer preliminary evidence for the use of the CMT as an appropriate intervention, capable of promoting an affiliative care mentality on caregivers working within residential care homes for youth at risk.

Keywords: Residential Care; Caregivers; Youth at Risk; Affiliative Mentality; Compassionate Mind Training

Índice

I.	Introdução.....	1
1.1.	O acolhimento residencial de jovens em risco	2
1.2.	Dificuldades dos cuidadores nas casas de acolhimento residencial	3
1.3.	A mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens em risco	4
1.4.	Treino da mente compassiva no acolhimento residencial com cuidadores.....	8
II.	Objetivos	9
2.1.	Objetivo Geral	9
2.2.	Objetivos Específicos	9
2.3.	Hipóteses	9
III.	Método.....	10
3.1.	Participantes	10
3.1.	Instrumentos	13
3.2.	Intervenção	16
3.3.	Procedimentos	17
3.3.1.	Procedimento de recolha de dados.....	18
3.3.2.	Procedimento de análise de dados	18
IV.	Resultados	20
4.1.	Recrutamento e retenção	20
4.2.	Análise dos <i>missings</i>	21
4.3.	Comparações na <i>baseline</i>	22
4.4.	Efeitos da intervenção nas variáveis em análise	23
V.	Discussão.....	27
5.1.	Implicações para a investigação e para a prática.....	30
5.2.	Limitações e pressupostos para investigações futuras	30
VI.	Conclusão	31
	Referências Bibliográficas	31
	Anexos	36

I. Introdução

O acolhimento residencial de crianças e jovens tem sido um recurso utilizado em vários países de todo o mundo, tendo como principal objetivo a proteção de crianças e jovens em risco (Kendrick et al., 2011). Em Portugal, o acolhimento residencial é um dos meios utilizados para dar resposta às crianças e jovens que se encontram em situações de perigo. No ano de 2018 foram contabilizadas 6118 crianças e jovens em situação de acolhimento residencial no país (Instituto Segurança Social, 2019).

As experiências de vida negativas dos jovens que chegam ao acolhimento residencial, tornam os mesmos inseguros e receosos em relação a novos contextos (Collin-Vézina *et al.*, 2011; Kendrick et al., 2011), o que pode dificultar o trabalho dos cuidadores que os acolhem nestes espaços (Barford & Whelton, 2010). Os cuidadores que trabalham nestes contextos têm um papel fundamental na vida destes jovens, tendo a responsabilidade de garantir que os mesmos se encontram seguros e saudáveis física e psicologicamente, sendo o objetivo primário do acolhimento residencial o de lhes proporcionar um desenvolvimento normal (Kendrick et al., 2011). No entanto, a acrescentar às dificuldades de interação com os jovens, estes trabalhadores enfrentam um conjunto de fatores profissionais como o trabalho rotativo e por turnos e carência de formação específica, que os deixam vulneráveis e menos capazes de realizar o seu trabalho de modo eficaz (Barford & Whelton, 2010; Del-Valle et al., 2007). Desta forma, os cuidadores podem comprometer a qualidade da prestação de cuidados aos jovens e, conseqüentemente, ter um impacto negativo na vida dos mesmos (Holmqvist & Jeanneau, 2006; Poghosyan et al., 2010).

Nos últimos anos, a investigação sobre os benefícios físicos e psicológicos da compaixão tem vindo a aumentar (Fredrickson et al., 2013). O Treino da Mente Compassiva (TMC) tem sido utilizado em vários contextos, precisamente, no sentido de facilitar o desenvolvimento de um *self* mais afiliativo tanto com o próprio como para com os outros e para ajudar os indivíduos a lidar de forma adaptativa e emocionalmente regulada com as dificuldades (Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017). Desta forma, o TMC no contexto do acolhimento residencial pode oferecer capacidades e ferramentas úteis aos cuidadores para que possam enfrentar as dificuldades diárias de forma compassiva e ajustada.

1.1. O acolhimento residencial de jovens em risco

O acolhimento residencial está previsto na alínea f) do artigo 35º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) e funciona como medida de promoção e proteção, tendo como objetivo principal afastar as crianças e jovens dos perigos em que se encontravam em contexto natural de vida e, por outro lado, proporcionar-lhes condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento de uma forma mais adaptativa e saudável. Esta medida é usada como último recurso, dado que a privação do meio familiar acarreta sempre uma rotura nos vínculos pessoais e sociais já estabelecidos e, por isso, pretende-se, em todas as situações, salvaguardar o superior interesse da criança (Carvalho, 2013).

As casas de acolhimento residencial possuem uma equipa técnica composta por psicólogos, assistentes sociais e/ou educadores que tem o objetivo de elaborar o diagnóstico da situação da criança em acolhimento e definir e executar o seu projeto de promoção e proteção. Existe ainda a equipa educativa composta por ajudantes de ação educativa e animadores sociais e a equipa auxiliar onde estão inseridos os cozinheiros, ajudantes de outros serviços gerais, entre outros profissionais, que ajudam nas dinâmicas da casa de acolhimento com as crianças e jovens (Carvalho, 2013). Os membros destas últimas equipas possuem, normalmente, menos habilitações académicas, tendo o 12º ano ou menos.

Em Portugal, no ano de 2018, 7032 crianças e jovens encontravam-se em situação de acolhimento, estando a maior parte destes jovens (6118 - 87%) colocados em respostas de acolhimento residencial (Instituto Segurança Social, 2019). Estas crianças e jovens que chegam ao acolhimento residencial já passaram, na sua maioria, por experiências de vida traumáticas (Collin-Vézina et al., 2011), tendo sido expostos a situações de negligência, maus tratos, abusos e modelos de conduta desviantes (Carvalho, 2013), apresentando, por isso, problemas de comportamento, psicológicos e emocionais (Barford & Whelton, 2010). Desta forma, estes jovens sentem-se, frequentemente, sozinhos, com medo e receosos em relação ao novo meio onde foram colocados (Frensch & Cameron, 2002).

As experiências tóxicas prévias e a experiência de vinculação na infância com figuras significativas têm um papel fundamental na forma como os jovens interagem, futuramente, em contextos sociais, interferindo nas representações mentais que criam dos outros. Os jovens que se encontram no contexto de acolhimento residencial apresentam, habitualmente um nível elevado de insegurança no que diz respeito ao seu relacionamento com os outros devido às suas experiências de vinculação insegura na infância (Zegers et al., 2006). Por esse motivo, os

jovens têm dificuldade em identificar um cuidador da casa de acolhimento como um adulto significativo e uma figura de suporte e confiança (Campos et al., 2019). É ainda sabido que estes jovens têm tendência para exibir um comportamento agressivo, devido aos aspetos falados anteriormente (e.g. experiências traumáticas, vinculação insegura), sendo a agressividade verbal a forma mais comum de demonstrar este comportamento (Connor et al., 2004). Desta forma, os jovens podem apresentar um comportamento desafiador e de oposição perante as figuras de autoridade e perante os cuidadores nas casas de acolhimento residencial (Campos et al., 2019).

Durante o tempo de permanência das crianças e jovens nas casas de acolhimento residencial, os trabalhadores das mesmas devem assegurar não só os cuidados básicos assistencialistas, mas também garantir resposta às necessidades sociais, emocionais e de segurança dos jovens, de modo a não comprometer o seu desenvolvimento físico, psicológico e social (Carvalho, 2013). É, por isso, necessário que os trabalhadores destas instituições possuam as competências necessárias de forma a potenciar uma maior eficácia das práticas e modelos da instituição (Carvalho, 2013).

1.2. Dificuldades dos cuidadores nas casas de acolhimento residencial

Na sua rotina diária, os cuidadores das casas de acolhimento enfrentam dificuldades em interagir com estes jovens, que, por vezes, são agressivos e não respeitam as barreiras interpessoais (Barford & Whelton, 2010; Steinlin et al., 2017). Lidar com esta população de crianças e adolescentes pode trazer elevados níveis de *stress* para os cuidadores (Barford & Whelton, 2010). A acrescentar a estas dificuldades relacionadas com os jovens, os cuidadores possuem outros fatores de risco que os tornam vulneráveis a desenvolver patologias associadas ao *stress*. Destes, destaca-se o trabalho realizado por turnos, muitas vezes, rotativos, a carência de formação específica para as funções que desempenham na casa de acolhimento ou ainda a falta de suporte social e profissional por parte dos seus superiores (Del-Valle et al., 2007). Adicionalmente, este tipo de trabalho é na generalidade mal remunerado e instável (Barford & Whelton, 2010)

As características inerentes à profissão de cuidador, tornam-na numa das mais difíceis do setor das ciências humanas e sociais (Krueger, 2002). Isto faz com que os cuidadores sintam a sua profissão como desafiante e causadora de *stress*, o que pode contribuir para o desenvolvimento de quadros clínicos associados ao *stress*, como a Síndrome de *Burnout* (Barford & Whelton, 2010). Esta pode ser caracterizada pela exaustão emocional,

despersonalização e baixa sensação de realização pessoal (Maslach et al., 2001). O *Burnout* tem um impacto negativo significativo no trabalhador, quer a nível psicológico, quer ao nível da eficácia com que realiza o seu trabalho. Concomitantemente, altos níveis de *Burnout* podem agravar o grau da sintomatologia apresentada. Este agravamento pode levar ao surgimento de sintomatologia depressiva ou ansiosa até dificuldades em dormir, dor de cabeça ou doenças cardiovasculares (Maslach et al., 2001).

Outro problema que tem sido reportado como estando associado a esta profissão é a Fadiga da Compaixão, caracterizada por um estado de tensão e preocupação com as crianças e jovens traumatizadas como consequência de reviver frequentemente as experiências ou eventos traumáticos dos mesmos (Figley, 2002). Os sintomas incluídos na Fadiga da Compaixão incluem sentimentos de inutilidade, isolamento e confusão (Eastwood & Ecklund, 2008; Figley, 2002). De acordo com Eastwood and Ecklund (2008), a perceção por parte dos cuidadores de altos níveis de *stress* está diretamente ligada ao desenvolvimento da Fadiga da Compaixão. Os mesmos autores encontraram evidências de que o suporte social e familiar fora do local de trabalho, assim como o envolvimento em atividade que promovam o autocuidado e bem-estar podem atuar como fatores de proteção no que concerne ao desenvolvimento da Fadiga da Compaixão.

O desenvolvimento destes quadros pode ter um impacto negativo, não só ao nível do bem-estar do cuidador (Kirby et al., 2017), como também na qualidade dos cuidados prestados aos jovens (Poghosyan *et al.*, 2010), promovendo uma atitude negativa para com eles (Holmqvist & Jeanneau, 2006).

Assim, para prevenir o surgimento e desenvolvimento destes problemas associados ao stress laboral é necessário fornecer aos cuidadores ferramentas para que possam lidar com a exposição diária a estes fatores de uma forma mais equilibrada (Mattingly, 1995), dado que, de acordo com Steinlin et al. (2017), “o bem estar dos cuidadores tem um efeito importante no bem estar das crianças e jovens” (p.160) e, ainda de acordo com o mesmo autor, “criar um lugar seguro para os cuidadores é tão importante como criar um lugar seguro para as crianças e jovens” (p.171).

1.3. A mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens em risco

A compaixão pode ser definida como “a sensibilidade ao sofrimento do próprio e do outro, com o profundo desejo de o aliviar ou prevenir” (Dalai Lama, 1995). Gilbert (2014), sugere

que a compaixão pode existir em três fluxos: a compaixão em direção aos outros, a compaixão que recebemos dos outros e a compaixão em relação a nós próprios (autocompaixão).

A autocompaixão, identicamente à compaixão, envolve uma atitude de cuidado e compreensão para com o próprio, sem julgar as próprias falhas, reconhecendo que as experiências do *eu* fazem parte das experiências da humanidade comum (Neff, 2003).

No entanto, a evidência disponível mostra que alguns indivíduos têm mais dificuldade em desenvolver um *self* mais compassivo e autocompassivo (Matos, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2017), principalmente indivíduos com níveis mais altos de autocriticismo (Gilbert et al., 2011). Os indivíduos podem desenvolver medo da compaixão pelos outros, medo de receber compaixão dos outros e medo da autocompaixão. Estes medos podem implicar uma maior resistência por parte dos sujeitos no que diz respeito ao envolvimento em comportamentos e experiências compassivas, como explica Gilbert et al. (2011). Neste sentido, as intervenções nesta área devem procurar aumentar os níveis de compaixão e autocompaixão, mas também diminuir os medos compaixão.

A investigação tem revelado que os resultados das intervenções baseadas na compaixão são promissores no que diz respeito à redução do sofrimento (Kirby et al., 2017), estando positivamente associados a indicadores de saúde mental (Fredrickson et al., 2013) e à qualidade das relações interpessoais (Yarnell & Neff, 2013). Resultados de um estudo seguido por Beaumont *et al.* (2016) indicam ainda que os indivíduos que apresentam maiores níveis de compaixão e autocompaixão, reportam níveis mais baixos de fadiga da compaixão e de *burnout*. Para promover o desenvolvimento da compaixão nos cuidadores de jovens em acolhimento residencial, é essencial que esses mesmos cuidadores ativem uma mentalidade mais afiliativa que os motive positivamente para o ato de cuidar.

Segundo a teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 2014), que tem por base uma perspetiva evolucionária, agimos consoante determinadas motivações sociais e contextos e, dependendo da mentalidade mais desenvolvida, organizamos e regulamos a nossa atenção, as emoções, as cognições e o comportamento de forma diferente. Gilbert (2000) destaca cinco principais mentalidades sociais: a mentalidade de *ranking* social, relacionada com a competição pelos recursos existentes e pelo estatuto social (liderança); a mentalidade sexual, assente em motivações sexuais como atrair ou ser atraído e manutenção dos parceiros sexuais; a mentalidade de formação de alianças referente a relacionamentos com base na cooperação e reciprocidade; a mentalidade de solicitação de cuidados, onde os comportamentos são dirigidos para a procura do afeto e da proteção dos outros e são desenvolvidas competências de

aproximação e evitamento da separação; e a mentalidade de prestação de cuidados ou mentalidade afiliativa que pressupõe investimento e atenção no outro com o intuito de cuidar do mesmo e de satisfazer as suas necessidades emocionais e sociais que não estão totalmente realizadas.

A mentalidade afiliativa está na base do desenvolvimento da compaixão, dado que, segundo a literatura, indivíduos mais empenhados no ato de cuidar do outro e do próprio têm níveis mais elevado de compaixão (Gilbert, 2015) e autocompaixão (Hermanto & Zuroff, 2016). Para o desenvolvimento de uma mentalidade afiliativa no contexto do acolhimento residencial, é necessário ajudar os cuidadores a experienciar emoções mais afiliativas e que sejam transmissoras de maior segurança (Gilbert, 2014). Maiores sentimentos de segurança e tranquilização permitem regular de forma mais adaptativa as emoções perante as adversidades ou o stress experienciado no ambiente das casas de acolhimento (Castilho et al., 2010).

De acordo com (Gilbert, 2014) possuímos um sistema tripartido de regulação emocional, constituído pelo sistema de defesa/ameaça (*Threat*), responsável por nos alertar para as ameaças e pela procura de estratégias de proteção; o sistema de procura (*Drive*), informa-nos sobre os recursos e incentivos e ativa estratégias de procura dos mesmos e, por fim, o sistema de afiliação (*Soothing*), assente nas emoções mais afiliativas e de segurança, está positivamente ligado aos sentimentos de bem-estar e às experiências de vinculação prévias do indivíduo. Os três sistemas têm uma função adaptativa na nossa regulação emocional, sendo os três necessários para que essa regulação seja alcançada. No entanto, a hiperativação ou subativação de algum dos sistemas pode interferir de forma negativa na regulação emocional, trazendo consequências indesejadas (Gilbert, 2009b, 2010; Gilbert, 2014).

Assim, deve-se estabelecer um equilíbrio entre os três sistemas, onde o objetivo não é eliminar o sistema de defesa-ameaça, mas assegurar que ele não assume o controlo sobre o comportamento, na prestação de cuidados. Através desta regulação emocional, pressupõe-se o desenvolvimento de uma mente mais afiliativa, que, por sua vez, estimula um *self* mais compassivo (Gilbert, 2014).

Devido às experiências de vida negativas que enfrentaram, os jovens que chegam ao acolhimento residencial poderão apresentar, tendencialmente, uma sobrestimulação do sistema de defesa/ameaça (Collin-Vézina et al., 2011). Quando este sistema está sobreativado, provoca um estado de alerta contante (Gilbert, 2014), que dá origem a comportamentos defensivos e ao afeto negativo (Castilho et al., 2010). O uso destes comportamentos como um padrão repetitivo torna-os mais automáticos e duradouros, podendo causar mudanças nos caminhos neuronais

dos jovens (Castilho et al., 2010). Em contrapartida, estes jovens apresentam uma pobre estimulação do sistema de afiliação, o que não lhes permite uma regulação mais adaptativa das suas emoções perante as adversidades enfrentadas. Este sistema tem a capacidade de regular os dois outros sistemas, acalmando a excitação e procura exagerada de recursos provocada pelo sistema de procura e o sofrimento relacionado com as ameaças percebidas pelo sistema de defesa-ameaça (Gilbert, 2009b, 2010).

Os cuidadores destes jovens podem apresentar também uma subestimulação do sistema de afiliação. Além disso, os comportamentos mais desafiantes dos jovens podem estimular a ativação do sistema de defesa-ameaça, dado que se sentem ameaçados pelos jovens, fazendo com que ajam de uma forma mais defensiva para com os mesmos (Gilbert, 2014). Além disso, uma sobre ativação do sistema de defesa-ameaça pode levar a atacar os outros de forma recorrente, ou pode aumentar os níveis de autocrítico, sendo os ataques dirigidos ao próprio. A sobrestimulação deste sistema está ainda associada ao aumento da raiva, tristeza e exaustão emocional, e diminuição da sensação de segurança experienciada, bem como dos níveis de autocuidado. Estes fatores atuam como potenciais desencadeadores de altos níveis de stress, podendo originar quadros mais graves como o *burnout* ou a fadiga da compaixão (Beaumont & Martin, 2016).

Este modo de funcionamento dos cuidadores pode deteriorar a sua prestação de cuidados aos jovens, criando um ambiente hostil e stressante nas casas de acolhimento, que não fortalece o sistema de afiliação (Gilbert, 2010). Quando tal acontece, fica comprometida a criação de um ambiente mais seguro e estável dentro das casas de acolhimento, o que é prejudicial para os jovens e também para os cuidadores. Por todos estes motivos, é essencial que os cuidadores dos jovens em acolhimento residencial consigam regular o seu sistema de ameaça de modo a não comprometer a prestação de cuidados, e desenvolvam, por outro lado, o sistema de afiliação. Ao estimular o recurso ao sistema de afiliação, os cuidadores aumentam os sentimentos de segurança em relação aos jovens e em relação a si próprios, proporcionando, dessa forma, um aumento do afeto positivo. A partilha deste afeto positivo com os jovens permite maior frequência de sentimentos de conexão, compreensão e aceitação nos mesmos (Castilho et al., 2010), estimulando, desta forma uma mentalidade afiliativa quer nos cuidadores, quer nos jovens.

A mentalidade afiliativa, no contexto do acolhimento residencial, é neste sentido fundamental, para que os cuidadores possam enfrentar o seu dia a dia com os jovens de uma forma mais positiva e empática, evitando, desta forma, os estados de constante alerta

provocados por uma hiperativação do sistema de ameaça que levam ao aumento do *stress* dos cuidadores (Gilbert, 2009b).

1.4. Treino da mente compassiva no acolhimento residencial com cuidadores

O Treino da Mente Compassiva (TMC), inserido na Terapia Focada na Compaixão, é composto por um conjunto de práticas que promovem o desenvolvimento de competências físicas e mentais (Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017)

O TMC tem como objetivos fornecer aos indivíduos as ferramentas e competências ligadas à compaixão e ajudá-los a desenvolver uma relação compassiva com eles próprios e com os outros (Gilbert, 2010), como indicam vários estudos nesta área (Beaumont & Martin, 2016; Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017). Permite ainda prevenir ou reduzir os sintomas de *Burnout* e Fadiga por Compaixão como indica o estudo desenvolvido por Beaumont *et al.* (2016). O TMC promove uma mentalidade dirigida para o cuidar do outro e do próprio, aumentando os sentimentos de segurança experienciados (Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017). Para o desenvolvimento de uma mente compassiva, é necessária a adoção de estratégias e comportamentos de autocuidado, numa base diária, para ajudar os indivíduos a aprenderem a lidar e a reagirem às diferentes situações de forma compassiva (Gilbert, 2014).

O TMC envolve psicoeducação sobre a natureza e dificuldades da mente do ser humano como a tendência que existe para se tornar autocrítico e negativo relativamente ao que o rodeia (Gilbert, 2009a). São ainda utilizadas várias técnicas de *mindfulness* para ajudar os indivíduos a estar mais conscientes das suas experiências diárias no momento presente (Gilbert & Choden, 2014). O TMC oferece ainda diferentes práticas com recurso a imagens que têm apresentado evidências de que têm um impacto significativo nos processos neuronais e psicológicos (Klimecki et al., 2012).

O TMC apresenta evidências empíricas da sua eficácia em diversas áreas (Gilbert & Procter, 2006), tendo já sido aplicado noutras populações como estudantes de medicina obstetrícia (Beaumont & Martin, 2016), estudantes de psicologia (Beaumont et al., 2017), e enfermeiros e educadores (Beaumont, 2016), ou seja, em populações onde a mentalidade de prestação de cuidados é essencial para uma boa prática profissional. Estes estudos indicam que o TMC pode ser eficaz na redução de sintomas de *stress* (Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017), no desenvolvimento da compaixão e autocompaixão e, conseqüentemente, no aumento do bem-

estar (Kirby et al., 2017) e de sentimentos de segurança (Gilbert & Procter, 2006), bem como na promoção de uma melhor qualidade de vida a nível profissional (Beaumont & Martin, 2016).

Neste sentido, para dar uma resposta às dificuldades sentidas pelos cuidadores ao nível da regulação emocional e forma como lidam com os jovens diariamente, e dada a falta de programas específicos para os cuidadores de jovens em acolhimento residencial, este estudo propõe-se a investigar os efeitos do Treino da Mente Compassiva nesse contexto.

II. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

O objetivo principal deste estudo foi a implementação de um programa de Treino da Mente Compassiva com cuidadores de jovens em acolhimento residencial no sentido de os ajudar a enfrentar as exigências profissionais de uma forma mais compassiva, avaliando a eficácia do mesmo. Pretendeu-se promover o desenvolvimento de uma mentalidade afiliativa através da estimulação do sistema de afiliação e apaziguamento e regulação do sistema de defesa-ameaça. Através de 12 sessões de 2 horas e 30 minutos procurou-se ajudar os cuidadores a desenvolver estratégias que lhes permitissem lidar de uma forma mais ajustada às situações de *stress* que enfrentam diariamente.

2.2. Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, este estudo pretendeu avaliar primeiramente se ocorreram mudanças significativas nas variáveis compaixão, autocompaixão e medos da compaixão nos cuidadores após a participação no TMC. Em segundo lugar, pretendeu-se avaliar o impacto do programa nas variáveis proximidade e ligação aos outros, qualidade de vida profissional e ainda no clima emocional no local de trabalho.

2.3. Hipóteses

Ao nível das hipóteses estabelecidas, é esperado que após a intervenção (Treino da Mente Compassiva), os participantes do grupo experimental reportem um aumento significativo relativamente à variável compaixão enquanto que no grupo de controlo é esperado que não haja alterações ou haja uma deterioração dos níveis dessa variável (H1). Relativamente à variável autocompaixão espera-se que haja um aumento no grupo experimental após a intervenção, e

no grupo de controlo prevê-se uma manutenção ou deterioração dos níveis de autocompaixão (H2). No que concerne aos medos da compaixão, após a intervenção espera-se observar uma diminuição dos mesmos no grupo experimental, enquanto que no grupo de controlo se prevê que os níveis se mantenham iguais ou deterioresem, ou seja, que os cuidadores desse grupo aumentem mais os medos relativos à compaixão (H3). Relativamente ao segundo grupo de variáveis, na variável proximidade e ligação aos outros é esperado que haja uma melhoria após a intervenção no grupo experimental e, por outro lado, espera-se que no grupo de controlo haja uma diminuição dos valores dessa variável ou manutenção dos mesmos em T2 (H4). Na qualidade de vida profissional, que é avaliada através da satisfação da compaixão, *burnout* e stress traumático secundário, é esperado que haja uma melhoria no primeiro fator e uma diminuição nos dois últimos, no grupo experimental após a intervenção. No grupo de controlo espera-se uma deterioração dos três fatores, ou seja, diminuição da satisfação da compaixão e aumento do *burnout* e stress traumático secundário, ou manutenção dos mesmos em T2 (H5). Por fim, no que concerne ao clima emocional no local de trabalho, avaliado através da experiência de emoções associadas aos três sistemas de regulação do afeto, no grupo experimental é esperado que haja uma diminuição nas emoções dos sistemas de defesa-ameaça e sistema de procura e um aumento nas emoções associadas ao sistema de afiliação e apaziguamento, e no grupo de controlo espera-se que não haja alterações significativas nos três fatores, ou que se verifique um aumento das emoções dos sistemas de defesa-ameaça e sistema de procura e uma diminuição das emoções ligadas ao sistema de afiliação e apaziguamento (H6).

III. Método

3.1. Participantes

Para este estudo, foi pedida a colaboração de cuidadores de seis casas de acolhimento residencial dos distritos de Coimbra e Leiria, que foram aleatoriamente alocadas ao grupo de controlo ($n=3$) e ao grupo experimental ($n=3$).

No total, este estudo contou com 64 cuidadores, com idades compreendidas entre os 25 e os 62 anos ($M=45.23$, $DP=10.89$), sendo 10.9% ($n=7$) do sexo masculino e 89.1% ($n=57$) do sexo feminino. Ainda em relação à amostra total, 17.2% ($n=11$) dos sujeitos eram solteiros, 78.1% ($n=50$) casados/união de facto e 4.7% ($n=3$), divorciados. A maior parte dos sujeitos tinha o 9º ano de escolaridade ($n=21$, 32.8%), 4.7% tinham apenas o 4º ($n=3$) e o 6º ano ($n=3$),

18.7% ($n=12$) o 12º ano, 26.6% ($n=17$) apresentavam licenciatura e 12.5% ($n=8$), mestrado. Maioritariamente, os sujeitos pertenciam à equipa educativa ($n=44$, 68.8%), onde estavam inseridos os auxiliares de ação educativa ($n=40$, 62.5%), 16 sujeitos eram da equipa técnica (25.0%), que incluía 6 psicólogos (9.4%), 4 diretores técnicos (6.3%) e 4 assistentes sociais (6.3%) e os restantes 4 eram da equipa auxiliar (6.2%), mais concretamente 2 cozinheiros (3.1%) e 2 auxiliares de serviços gerais (3.1%). Em média os sujeitos já trabalhavam em contexto de acolhimento residencial há 12.11 anos ($DP=9.40$), com um mínimo de 0 anos e um máximo de 39 anos. Grande parte exercia a sua função por turnos ($n=38$, 59.4%). Uma percentagem reduzida tinha ou já teve acompanhamento psicológico ($n=16$, 25.0%) e só 4.7% ($n=3$) realizavam algum tipo de meditação.

O grupo experimental foi constituído por 32 sujeitos com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos ($M=44.22$, $DP=10.08$) e o grupo de controlo por 32 sujeitos com idades compreendidas entre 26 e 62 anos ($M=46.25$, $DP=11.74$), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito à idade dos participantes ($t_{(62)}=-0.744$, $p=.460$). Nas restantes variáveis sociodemográficas avaliadas, não se verificaram também diferenças significativas entre os participantes das duas condições experimentais (cf. Tabela 1).

Tamanho da Amostra. Através do programa G*Power v3.1 *software* (Faul *et al.*, 2009), foi feita uma análise para calcular o tamanho da amostra necessário para um poder de .80 e para um nível de significância de .05. Os resultados indicaram que, para detetar efeitos de tamanho moderado entre os grupos, seria necessária uma amostra de 128 sujeitos. Devido à pandemia do COVID-19 e conseqüente paragem da recolha dos dados, não foi possível alcançar o tamanho da amostra inicialmente pretendido. Neste sentido, este estudo foi realizado a título exploratório.

Tabela 1.*Descrição da amostra por condição experimental*

Varáveis Sociodemográficas	Grupo Experimental		Grupo Controlo		t	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Idade	44.22	10.08	46.25	11.74	-0.744	.460	0.19
Tempo de atividade	10.28	6.67	13.94	11.32	-1.574	.122	0.39
	n	%	n	%	χ^2	p	V de Cramer
Sexo							
Masculino	2	6.3	5	15.6	1.444	.230	0.150
Feminino	30	93.8	27	84.4			
Estado civil							
Solteiro(a)	6	18.8	5	15.6	0.424	.809	0.081
Casado(a)/União de facto	25	78.1	25	78.1			
Divorciado(a)	1	3.1	2	6.3			
Escolaridade							
4º Ano	1	3.1	2	6.3	3.154	.676	0.222
6º Ano	1	3.1	2	6.3			
9º Ano	9	28.1	12	37.5			
12º Ano	6	18.8	6	18.8			
Licenciatura	9	28.1	8	25.0			
Mestrado	6	18.8	2	6.3			
Profissão							
Psicólogo(a)	3	9.4	3	9.4	1.667	.948	0.161
Educador(a) Social	2	6.3	4	12.5			
Assistente Social	2	6.3	2	6.3			
Auxiliar de Ação Educativa	20	62.5	20	62.5			
Auxiliar de Serviços Gerais	1	3.1	1	3.1			
Cozinheiro(a)	1	3.1	1	3.1			
Diretor(a) Técnico	3	9.4	1	3.1			
Equipa							
Técnica	9	28.1	7	21.9	0.341	.843	0.073
Educativa	21	65.6	23	71.9			
Apoio	2	6.3	2	6.3			
Turnos							
Não	11	34.4	15	46.9	1.036	.309	0.127
Sim	21	65.6	17	53.1			
Acompanhamento Psicológico							
Não	24	75.0	24	75.0	0.000	1.000	0.000
Sim	8	25.0	8	25.0			
Prática de Meditação							
Não	30	93.8	31	96.8	0.350	.554	0.074
Sim	2	6.3	1	3.1			

3.1. Instrumentos

Os instrumentos que foram utilizados neste estudo, para avaliar as variáveis acima identificadas, foram questionários de autorresposta validados para a população portuguesa. Para avaliar os valores da consistência interna, foram seguidos os seguintes pontos de corte para os valores do alfa de Cronbach: inferior a 0.60, valores inadmissíveis; entre 0.60 e 0.70, fracos; entre 0.70 e 0.80, razoáveis; entre 0.80 e 0.90 bons; e superiores a 0.90, muito bons (Pestana & Gageiro, 2014).

Questionário Sociodemográfico, construído para o efeito, que teve como objetivo a caracterização da amostra. Através deste instrumento foi recolhida informação relativa à idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, função exercida na casa, se o trabalho exercido era efetuado por turnos ou não, se tinham ou já tiveram algum tipo de acompanhamento psicológico e se praticava algum tipo de meditação.

Escala da Compaixão – EC (Compassion Scale - CS; Pommier, 2010, tradução e adaptação de Vieira, Castilho e Duarte, 2013). Esta escala é um instrumento de autorresposta que procura avaliar a compaixão pelos outros. É composto por 24 itens, divididos em seis subescalas: Bondade, Indiferença, Humanidade Comum, Separação, Mindfulness e Não Envolvimento. Os participantes avaliam cada item de acordo com a frequência com que sentem e agem relativamente aos outros, usando para o efeito uma escala tipo Likert (1=quase nunca e 5=quase sempre). No estudo original, a escala revela propriedades psicométricas muito boas, apresentando um alfa de Cronbach de 0.90 para a escala total, e para as subescalas varia de 0.57 para o Não Envolvimento e 0.77 para a Bondade (Pommier, 2010). A versão portuguesa da escala apresentou uma consistência interna muito boa, com um alfa para a escala geral de 0.92 e para as subescalas um alfa que varia de entre 0.74 para o Mindfulness e 0.79 para a Bondade (Vieira & Castilho, 2013). Num estudo conduzido por Sousa *et al.* (2017) foi testada a estrutura fatorial da escala e encontrados dois grandes fatores: Compaixão, que engloba a bondade, humanidade comum e mindfulness e Desconexão, onde estão incluídos a indiferença, separação e não envolvimento. Estes dois fatores apresentaram consistências internas muito boas de 0.91 e 0.92, respetivamente. Para este estudo, foram utilizados apenas esses dois fatores da escala que apresentaram valores de consistências internas razoáveis, apresentando um valor do alfa de 0.74 na pré-intervenção e 0.80 na pós-intervenção para a Compaixão e 0.82 e 0.78 na pré e pós intervenção para a Desconexão.

Escala de Autocompaixão – SCS (Self Compassion Scale – SELFCS; Neff, 2003, tradução e adaptação de Pinto Gouveia e Castilho, 2006). Esta escala é uma medida de autorresposta composta por 26 itens que se dividem em seis subescalas: Calor/Compreensão; Autocrítica; Humanidade Comum; Isolamento, Mindfulness e Sobre-Identificação. As qualidades psicométricas da escala foram muito boas, apresentando no estudo original uma consistência interna de 0.92 (Neff, 2003). Na versão portuguesa a escala apresentou um alfa de Cronbach bom de 0.89 para a escala total (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Um estudo realizado por Costa *et al.* (2016) testou a validade da escala, utilizando apenas dois fatores: Autocompaixão e Autocriticismo. As consistências internas encontradas foram de 0.91 e 0.89, respetivamente. No presente estudo foram considerados apenas os dois grandes fatores. A escala apresentou boas consistências internas, com alfas de 0.87 na pré-intervenção e 0.85 na pós-intervenção para a Autocompaixão, e 0.85 e 0.87 na pré e pós-intervenção para o Autocriticismo.

Escalas dos Medos da Compaixão (Fears of Compassion Scales – FCS; Gilbert, McEwan, Matos e Rivis, 2010; tradução e adaptação por Matos, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011). Este instrumento é uma medida de autorresposta que compreende três escalas que avaliam respetivamente o medo de desenvolver compaixão pelos outros (10 itens, 9 na versão portuguesa), medo de receber sentimentos de compaixão por parte dos outros (13 itens) e medo de desenvolver sentimentos de compaixão pelo *Eu* (15 itens). Os participantes respondem a cada item através de uma escala tipo Likert (0=Discordo Totalmente; 4=Concordo Totalmente). No estudo original, foram encontradas boas consistências internas para as três escalas, nomeadamente 0.84 para o medo de dar compaixão, 0.85 para o medo de receber compaixão e 0.92 para o medo da autocompaixão (Gilbert et al., 2011). No estudo da versão portuguesa, a consistência interna para o medo de dar compaixão foi de 0.88, para o medo de receber compaixão, 0.91 e para o medo da autocompaixão, 0.94 (Simões, 2012). Neste estudo, as consistências internas encontradas foram muito boas para as três escalas tanto em pré como em pós intervenção. Para o medo de dar compaixão, os valores de alfa foram 0.91 nos dois tempos; para o medo de receber compaixão os alfas foram 0.95 e 0.94, respetivamente; e para o medo da autocompaixão, 0.96 e 0.95.

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros – EPLO (Social Safeness and Pleasure Scale – SSPS; Gilbert et al., 2009; tradução e adaptação de Dinis, Matos & Pinto-Gouveia, 2008). A EPLO é uma medida de autorresposta que foi concebida para avaliar a forma como as pessoas experienciam sentimentos e emoções positivas em situações sociais. A escala é composta por

11 itens, aos quais os participantes respondem segundo uma escala tipo Likert (1=quase nunca e 5=quase sempre). No estudo original, esta escala apresentou uma consistência interna muito boa, com um alfa de Cronbach de 0.91 (Gilbert *et al.*, 2009). Neste estudo, os valores do alfa da escala variaram entre 0.85 na pré-intervenção e 0.87 na pós-intervenção, revelando, assim, boas consistências internas.

Escala de Qualidade de Vida Profissional (Professional Quality of Life Scale 5 – ProQOL; Stamm, 2009; tradução e adaptação de Carvalho e Sá, 2011). Esta escala é formada por 30 itens que pretendem avaliar três fatores distintos: Satisfação por Compaixão (10 itens), *Burnout* (10 itens) e Stress Traumático Secundário (10 itens). Para responder a esta escala, os participantes usam uma escala de frequência, tipo Likert (1=Nunca; 5=Muito Frequentemente). Na versão original, para os três fatores avaliados, o alfa de Cronbach foi de 0.88, 0.75 e 0.81, respetivamente (Stamm, 2010). No estudo de validação da versão portuguesa, a consistência interna apresentou valores de alfa de 0.86, 0.71 e 0.83, respetivamente (Carvalho, 2011). Neste estudo, para a Satisfação por compaixão, os valores do alfa foram 0.80 para a pré-intervenção e pós intervenção; o *Burnout* apresentou consistências internas fracas, de 0.59 em pré intervenção e 0.64 em pós intervenção e o Stress Traumático Secundário, os valores do alfa apresentados foram 0.71 e 0.74 nas condições pré e pós tratamento. Devido aos valores baixos da subescala do *burnout*, os resultados devem ser lidos e interpretados com especial cuidado.

Escala de Avaliação do Clima Emocional no Local de Trabalho/Estudo – EACELT/E (Albuquerque et al., 2018). Esta escala pretende avaliar como os trabalhadores se sentem no seu local de trabalho tendo em conta as últimas duas semanas. A escala é composta por duas partes com 15 itens cada uma. A primeira parte da escala pretende avaliar as emoções sentidas no local de trabalho, enquanto que a segunda parte pretende avaliar os motivos/motivações que levaram o trabalhador a comportar-se de determinada maneira durante as últimas duas semanas. Os itens da primeira parte descrevem diferentes sentimentos (ex: “entusiasmado”) e os da segunda parte descrevem comportamentos (ex: “evitar”; “cuidar de outros”), sendo que os conteúdos dos itens, quer da primeira parte quer da segunda, estão associados aos três sistemas de regulação do afeto: defesa-ameaça, procura e afiliação (5 itens cada um). Os itens são respondidos segundo uma escala de frequência, que varia entre 0=Nunca e 4=Sempre. Esta escala, originalmente portuguesa, apresentou resultados de consistência interna bons para a parte um, com um alfa de Cronbach de 0.75 para o sistema de defesa-ameaça, 0.83 para o sistema de afiliação e 0.86 para o sistema de procura; e para a parte dois, com um alfa de 0.82

para o sistema de defesa-ameaça, 0.64 para o sistema de afiliação e 0.78 para o sistema de procura (Albuquerque et al., 2018). No presente estudo apenas foi considerada para análise a primeira parte das emoções, dado que a segunda parte apresentou valores de consistência interna fracos ($\alpha < 0.6$). Sendo assim, para a primeira parte, os valores das consistências internas encontrados foram 0.77 e 0.74 no para o sistema de defesa-ameaça, na pré e pós intervenção, 0.60 e 0.84 para o sistema de procura e 0.71 e 0.78 para o sistema de afiliação.

3.2. Intervenção

O programa do Treino da Mente Compassiva avaliado neste estudo foi desenvolvido por Santos, Rijo & Pinheiro (2020), no âmbito do projeto de doutoramento “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), que se encontra a ser desenvolvido no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

O Treino da Mente Compassiva é composto por 12 sessões estruturadas, que decorrem semanalmente, com duração de duas horas e meia cada uma, e é dirigido a grupos de 8 a 10 cuidadores, em cada casa de acolhimento. As sessões foram dinamizadas pela psicóloga clínica que criou o programa.

O TMC envolve diferentes técnicas e temáticas que têm como objetivo promover o equilíbrio dos sistemas de regulação do afeto, experienciar a compaixão e o desenvolvimento de vários aspetos da autocompaixão e compaixão pelos outros, no contexto do acolhimento residencial (cf. Anexo A: Temáticas e objetivos das sessões do TMC).

O programa foi desenvolvido em torno da metáfora de uma viagem, sendo equiparado a uma viagem compassiva com doze paragens, estando cada sessão dividida em três partes: a) *Check-in*; b) Exploração e desenvolvimento do tema; c) *Check-out*. No *check-in* é feita a “aterragem” na sessão, sendo realizados exercícios de relaxamento, *mindfulness* ou compaixão. É feita uma revisão da sessão anterior e é realizada a partilha da prática semanal por parte dos cuidadores. Na segunda parte da sessão, exploração e desenvolvimento do tema, há um momento inicial de psicoeducação sobre a temática e são realizadas várias práticas (e.g. dinâmicas de grupo, imaginação, de reflexão) que auxiliem na compreensão do tema e estimulem o desenvolvimento de emoções afiliativas. Na última parte da sessão, é feito um resumo dos aspetos fundamentais abordados e é feita uma aplicação prática do tema. É ainda

realizada uma reflexão em conjunto sobre os conteúdos aprendidos e como os mesmos podem ser aplicados no contexto do acolhimento residencial. Neste sentido, é também lançado um desafio para a prática semanal para incentivar a prática regular da compaixão. Os cuidadores ainda são incentivados a repetir os exercícios de meditação realizados nas sessões, através da disponibilização dos áudios das mesmas. No final é feita a avaliação da sessão pelos cuidadores através do Formulário de *Check-out* e é feita a “descolagem” da sessão.

Na primeira sessão são explicados os objetivos do programa e são estabelecidas as regras para a criação de um “espaço seguro” (e.g. honestidade, confidencialidade). É explorado o conceito de humanidade comum e compaixão, realizando algumas dinâmicas em grupo. Da sessão 2 à sessão 6, as temáticas abordadas prendem-se com a compreensão da mente humana como evolucionariamente determinada, e com os sistemas de regulação do afeto. Durante estas sessões é, ainda, iniciada a prática de mindfulness. Na sessão 7 o tema principal é a compaixão, tendo como objetivo ajudar os cuidadores a identificar os seus fluxos, bem como os atributos e competências da compaixão. A sessão 8 centra-se nos medos da compaixão com o objetivo de colocar os cuidadores a refletir sobre os seus bloqueios e resistência à compaixão nas casas de acolhimento. É feita a comparação entre o funcionamento do autocrítico e o funcionamento da autocompaixão. Da sessão 9 à sessão 11 é dada ênfase ao desenvolvimento do Eu cuidador e compassivo, incentivando os cuidadores a desenvolverem a compaixão pelos outros, a autocompaixão e a receber compaixão por parte dos outros. A última sessão sintetiza as aprendizagens realizadas ao longo do programa e é avaliado o progresso ao longo das sessões nos vários temas abordados. São ainda definidas estratégias em conjunto com os cuidadores para promover um ambiente compassivo na casa de acolhimento (Santos et al., 2020).

Durante as sessões foram utilizados vários materiais como o muro da compaixão e a mala da viagem compassiva, que era composta pelo diário de bordo, pelo bilhete de embarque entregue na sessão 1 e pelo postal *souvenir* que foi entregue no final de cada uma das sessões com um lembrete para o exercício semanal e com os exercícios praticados na sessão.

3.3. Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

3.3.1. Procedimento de recolha de dados

O projeto foi, primeiramente, apresentado às várias casas de acolhimento residencial, sendo explicados os propósitos e finalidades do mesmo. Após concordância da instituição em participar no estudo, foram selecionados os participantes. Para tal, foi atendido o critério de inclusão que determinou que apenas poderiam participar colaboradores que trabalhassem diretamente com os jovens. Foram excluídos do estudo todos aqueles que estariam na instituição temporariamente em substituição de outro colaborador ou aqueles cuja saída da instituição estivesse próxima de acontecer.

Depois de realizada a seleção dos participantes, os mesmos foram informados sobre a causa e os objetivos do programa e foi-lhes explicado que a sua participação seria voluntária e confidencial. Todos os participantes assinaram o respetivo consentimento informado (cf. Anexo B: consentimento informado).

A recolha dos dados foi feita presencialmente e em grupo nas casas de acolhimento, de modo a permitir o esclarecimento de qualquer dúvida que surgisse no momento do preenchimento da bateria de instrumentos e garantir que todos os itens ficavam devidamente preenchidos.

O preenchimento dos respetivos instrumentos foi realizado em dois momentos diferentes, em pré e em pós intervenção, com intervalo de 3 meses entre cada (tempo de duração da intervenção). Nos dois momentos, os cuidadores preencheram uma bateria com os instrumentos mencionados, com vista a avaliar a compaixão, autocompaixão, medos da compaixão, proximidade e ligação aos outros, os sistemas de regulação emocional e o clima emocional da casa. Para além dos instrumentos de autorresposta acima mencionados, no primeiro momento foi ainda passado o questionário sociodemográfico.

3.3.2. Procedimento de análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa *IBM SPSS* na versão 22.0.

Em primeiro lugar, foi feita uma análise aos *missings* para verificar a sua ocorrência e padrão de distribuição. A distribuição aleatória dos *missings* foi verificada através do valor da significância do teste MCAR (*Missing Completely at Random*) de Little, sendo considerado aleatório quando superior a .05 (Meyers *et al.*, 2005). Os sujeitos que apresentaram mais de 20% de valores omissos em alguma escala foram eliminados da análise (Peng *et al.*, 2006). Os restantes *missings* foram imputados através de interpolação linear (Meyers *et al.*, 2005).

A fim de verificar se os sujeitos estavam distribuídos de forma semelhante pelos grupos, analisou-se se existiam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas entre o grupo experimental e o grupo de controlo. Através de testes *t* para amostras independentes com correção de Bonferroni, foram, ainda, analisadas diferenças nas medidas de resultado entre os dois grupos na *baseline*.

Para estudar os efeitos da intervenção nas variáveis em análise, foi realizada uma análise mista multivariada da variância (MANOVA) a dois fatores (*two way*; grupos e tempo). Os tamanhos do efeito para o tempo e Tempo x Grupo foram calculados através do eta quadrado parcial (η_p^2) com $\eta_p^2 = .01$ como referência para efeitos pequenos, .06 para efeitos médios e .14 para efeitos grandes (Tabachnick & Fidell, 2013).

Antes de realizada a análise, foram primeiramente verificados os pressupostos da MANOVA (Tabachnick & Fidell, 2013) para as variáveis em estudo: (1) existência de variáveis dependentes (VD) contínuas; (2) existência de uma variável independente (VI) com dois ou mais grupos; (3) dimensão suficiente de cada grupo (i.e. maior número de sujeitos do que VD's); (4) existência de normalidade multivariada; na impossibilidade de testar eficazmente a normalidade multivariada no SPSS, foi utilizada a ferramenta informática *Biosoft* (<http://www.biosoft.hacettepe.edu.tr/MVN/>), tendo sido analisado o resultado através do Teste de Análise Multivariada de Mardia (Korkmaz et al., 2014). No SPSS, procedeu-se, ainda, à análise da normalidade univariada de cada uma das variáveis dependentes através do valor do teste univariado de *Shapiro-Wilk*. A fim de testar, ainda, a normalidade foi analisada a assimetria e curtose, considerando para tal os valores absolutos de |3| para a assimetria e |10| para a curtose (Kline, 2005). Foram também observados os histogramas; (5) ausência de *outliers* univariados e multivariados, analisados através da observação da caixa-de-bigodes e da distância de Mahalanobis, respetivamente. A distância de Mahalanobis foi calculada para cada uma das condições e para ambos os tempos de avaliação; (6) existência de homogeneidade da matriz de covariâncias, analisada através do teste de *Box*, considerando-se uma amostra potencialmente homogénea quando $p < .001$; (7) ausência de multicolinearidade, ou seja, verificação de que não existe uma relação entre as variáveis dependentes superior a .9 (Marôco, 2011). No entanto deve verificar-se alguma correlação entre as variáveis em estudo, dado tratar-se de uma análise multivariada, considerando-se uma correlação mínima de .1 (Cohen, 1988). Para tal, recorreu-se às correlações de *Pearson*.

IV. Resultados

4.1. Recrutamento e retenção

Uma amostra de 78 cuidadores de seis casas de acolhimento foi selecionada para participar neste estudo (cf. Figura 1). Três sujeitos (3.8%) desistiram antes do primeiro momento de recolha de dados devido a baixa prolongada, rescisão do contrato e desistência do estudo, e 75 sujeitos (96.2%) completaram a avaliação na *baseline*. Foram alocadas 3 casas no grupo experimental, ficando o mesmo composto por 36 sujeitos (48.0%) e 3 casas no grupo de controlo, que ficou composto por 39 sujeitos (52.0%). Dos 36 sujeitos iniciais do grupo experimental, 2 (5.5%) desistiram devido a baixa prolongada, 1 (2.7%) devido a rescisão do contrato e 1 (2.7%) desistiu do programa, tendo concluído a intervenção e a avaliação pós-tratamento 32 (88.8%) sujeitos deste grupo. Do grupo de controlo, 3 (7.7%) sujeitos desistiram do estudo e 1 (2.6%) abandonou o estudo devido a rescisão do contrato. Os restantes 35 (89.7%) completaram o programa e avaliação pós-tratamento. No total 67 sujeitos realizaram a avaliação pós-intervenção.

A aleatorização foi realizada considerando as casas de acolhimento (estudo aleatorizado por clusters), ficando, para o efeito, três casas no grupo de controlo (GC) e três casas no grupo experimental (GE). A aleatorização foi feita tendo em conta as casas de acolhimento e não os sujeitos, dado que não seria viável ter na mesma casa de acolhimento sujeitos de suas condições experimentais, pois dificultaria a organização da intervenção e do estudo no seu todo.

No grupo experimental foi implementado o programa do Treino da Mente Compassiva com os cuidadores, entre T1 (pré-intervenção) e o T2 (pós-intervenção).

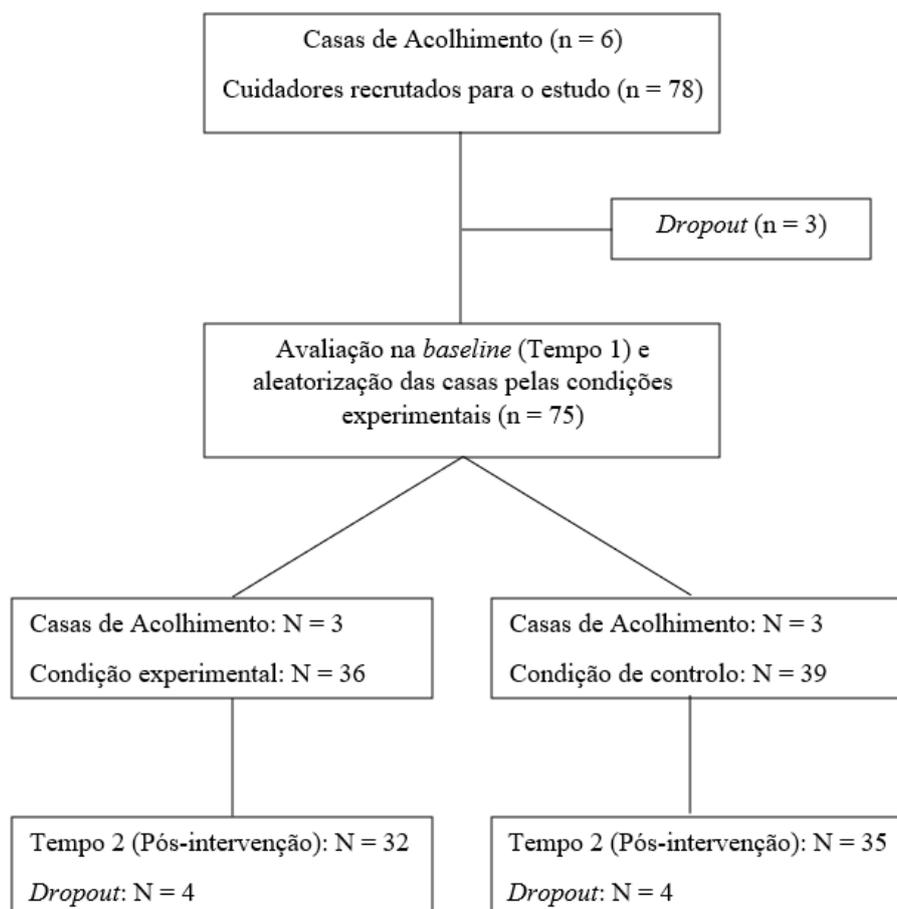
Uma vez que uma percentagem significativa da amostra do grupo experimental (65.6%) trabalha por turnos e as sessões são grupais (devido ao teor e finalidade da intervenção), estas poderiam coincidir com folgas ou férias dos colaboradores. Mais ainda, como as casas de acolhimento funcionam 24h por dia, poderiam ocorrer, coincidentemente com a sessão, diligências ou emergências que tinham de ser resolvidas. Devido a estes fatores, não foi possível que todos os colaboradores do grupo experimental frequentassem todas as sessões do programa. Em média, os sujeitos do grupo experimental, participaram em 9.72 sessões (DP = 1.75), tendo participado no mínimo a 7 e no máximo às 12 sessões. Uma vez que os participantes frequentaram mais de metade das sessões, todos preencheram o protocolo em pós-intervenção (T2).

4.2. Análise dos *missings*

A análise dos *missings* detetou a existência de valores omissos em todas as variáveis, com exceção da subescala de burnout na avaliação pré-intervenção (T1) e do stress traumático secundário tanto na pré como na avaliação pós-intervenção (T2). Das restantes variáveis, cerca de metade apresentou uma distribuição aleatória dos *missings* ($p > .05$). As restantes apresentaram um nível de significância superior a .05 no teste MCAR (*Missing Completely at Random*) de Little, indicando uma distribuição não aleatória. Três sujeitos do grupo de controlo apresentaram uma percentagem de *missings* superior a 20%, tendo sido eliminados da amostra. Os restantes valores omissos foram imputados através do método da interpolação linear, dado que tendo em conta o tamanho reduzido da amostra não era viável a eliminação de mais sujeitos. No final, a amostra ficou composta por 64 sujeitos, sendo 32 do grupo experimental e 32 do grupo de controlo.

Figura 1.

Fluxograma da participação dos cuidadores



4.3. Comparações na *baseline*

Os dados sociodemográficos e diferenças entre os dois grupos encontram-se reportados na Tabela 1, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos.

Os grupos experimental e de controlo foram ainda comparados relativamente às medidas de resultado deste estudo na *baseline*. Como apresentado na Tabela 2, as comparações entre grupos com o p ajustado segundo a correção de Bonferroni para múltiplas comparações, não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na *baseline*.

Tabela 2.

Diferenças nas medidas de resultado na baseline entre grupos

Medidas de resultado	Grupo Experimental		Grupo Controlo		t	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Compaixão pelos Outros							
Compaixão	50.27	5.21	49.81	5.04	0.354	.725	0.09
Disconexão	23.16	6.68	24.95	6.49	-1.092	.279	0.27
Autocompaixão							
Autocompaixão	42.98	7.24	42.94	2.27	0.028	.978	0.01
Autocriticismo	31.31	6.73	34.38	6.95	-1.790	.078	0.45
Medos da Compaixão							
Medo de Dar Compaixão	15.69	8.86	18.80	6.88	-1.568	.122	0.39
Medo de Receber Compaixão	15.06	11.26	14.84	12.15	0.075	.941	0.02
Medo da Autocompaixão	13.06	13.17	13.38	11.74	-0.100	.921	0.03
Proximidade e Ligação aos Outros	40.25	5.79	41.73	6.06	-1.002	.320	0.25
Clima Emocional: Emoções							
Sistema de Defesa-Ameaça	8.19	2.87	7.00	2.77	1.685	.097	0.42
Sistema de Procura	12.83	2.18	12.86	2.26	-0.056	.955	0.01
Sistema de Afiliação	12.16	2.71	12.64	2.22	-0.782	.437	0.19
Qualidade de Vida Profissional							
Satisfação por Compaixão	37.72	4.85	36.58	4.11	1.014	.314	0.25
Burnout	24.63	4.46	24.22	3.31	0.414	.681	0.10
Stress Traumático Secundário	25.97	4.99	25.91	4.824	0.051	.959	0.01

Nota. Bonferroni $p < .004$.

4.4. Efeitos da intervenção nas variáveis em análise

Tendo em consideração os pressupostos teóricos mencionados anteriormente para a realização da MANOVA, os mesmos foram avaliados para verificar se era possível realizar o teste previsto. No que diz respeito à normalidade multivariada, tal como foi referido, não sendo possível a realização desta análise no *SPSS*, procedeu-se à análise da mesma no *Biosoft* que revelou a não existência de normalidade multivariada ($p < .05$), segundo o teste de Mardia. Recorrendo ao *SPSS*, foi avaliada a normalidade univariada através da verificação dos valores do teste de *Shapiro-Wilk* ($p > .05$). Ainda que se tenha verificado a violação da normalidade multivariada e que algumas variáveis não apresentavam normalidade univariada, apresentado significâncias superiores a .05, tendo em conta o N da amostra e o facto da MANOVA não ser muito sensível a violações da normalidade (Tabachnick & Fidell, 2013), deu-se prosseguimento à análise. Foi também verificada a inexistência de coeficientes de assimetria superiores a |3| e coeficientes de achatamento superiores a |10|, o que indica que não há graves problemas de desvio da distribuição normal (Kline, 2011). No que concerne à existência de *outliers* multivariados, a análise foi realizada através da distância de Mahalanobis cujo valor crítico para o número de variáveis dependentes em estudo (VD's = 14 em cada grupo), tendo em conta $p = .001$, era 36.12 (Tabachnick & Fidell, 2013). Tendo em consideração esse valor não foram encontrados *outliers* multivariados em nenhum dos grupos, dado que o máximo no grupo experimental em T1 foi 25.26 e em T2 foi 23.29. No grupo de controlo o valor máximo encontrado em T1 foi 23.46 e em T2 foi 25.09. Não foram também encontrados *outliers* univariados na amostra, após observação das caixas-de-bigodes. A homogeneidade da matriz de covariâncias também foi assumida, dado que, o valor do teste de *Box* apresentou uma significância de .134 ($p > .001$). Por fim, no que diz respeito ao critério da multicolinearidade, foi realizada uma matriz de correlações de *Pearson* (r) (cf. Tabela 3) e não foram encontradas correlações superiores a .9 (Marôco, 2011), indicando, desta forma ausência de multicolinearidade. Também foi verificado se as variáveis estavam minimamente correlacionadas entre si ($r > .1$). Tal nem sempre se verificou, e algumas variáveis apresentaram valores inferiores ao estabelecido. No entanto, essas variáveis foram mantidas tendo em conta que são conceptualmente relacionadas.

Deste modo, foi realizada a MANOVA a dois fatores para as 14 variáveis em análise. Os testes multivariados indicaram um efeito de interação Tempo x Grupo significativo, Wilks' $\lambda = .582$, $F = 2.516$, $p = .009$, $\eta_p^2 = .419$. As estatísticas univariadas para o efeito de interação

Tempo x Grupo, encontraram também diferenças estatisticamente significativas para as variáveis compaixão ($p = .049$), autocompaixão ($p = .017$), medo de dar compaixão ($p = .046$), medo de receber compaixão ($p = .013$), medo da autocompaixão ($p = .025$), proximidade e ligação aos outros ($p = .002$), clima emocional de ameaça ($p = .027$) e clima emocional de afiliação ($p = .046$). Os tamanhos dos efeitos associados a estas diferenças foram todos médios (cf. Tabela 4). Para as restantes variáveis o efeito de interação Tempo x Grupo não foi significativo.

Através da análise das médias e desvios padrão das variáveis de T1 para T2, foi verificado que na compaixão pelos outros, o efeito das diferenças encontradas parece dever-se à deterioração dos níveis de compaixão no grupo de controlo e não à melhoria dos mesmos no grupo experimental que não revelou grandes alterações. Na autocompaixão a diferença encontrada entre os grupos nos dois tempos de análise aparenta advir simultaneamente da melhoria dos níveis de autocompaixão no grupo experimental e da deterioração dos níveis de autocompaixão no grupo de controlo. Relativamente aos medos da compaixão, no medo de dar compaixão foi verificada uma melhoria no grupo experimental, não se tendo verificado alterações significativas no grupo de controlo. No medo de receber compaixão e no medo da autocompaixão ocorreu concomitantemente uma melhoria no grupo experimental e uma deterioração no grupo de controlo. Na variável proximidade e ligação aos outros, o efeito das diferenças encontradas foi tendencialmente devido à melhoria dos níveis da variável no grupo experimental e à deterioração no grupo de controlo. No respeitante às variáveis do clima emocional, no sistema de defesa-ameaça houve uma melhoria mais acentuada no grupo experimental quando comparada com o grupo de controlo, onde os valores também indicaram uma ligeira melhoria, ainda que em menor intensidade. Por último, as diferenças encontradas ao nível do sistema de afiliação apontaram para uma melhoria no grupo experimental e, simultaneamente, para uma deterioração no grupo de controlo.

Tabela 3.

Matriz de correlações de Pearson

Medidas de resultado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
1: T1. Compaixão	1.00																												
2: T2. Compaixão	.59**	1.00																											
3: T1. Desconexão	-.21	-.29*	1.00																										
4: T2. Desconexão	-.43**	-.42**	.52**	1.00																									
5: T1. Autoconpaixão	.38**	.36**	-.09	-.25*	1.00																								
6: T2. Autoconpaixão	.36**	.59**	-.22	-.38**	.62**	1.00																							
7: T1. Autocriticismo	.06	-.01	.12	.23	-.17	-.10	1.00																						
8: T2. Autocriticismo	.02	-.03	.13	.27*	-.12	-.14	.66**	1.00																					
9: T1. Medo de dar compaixão	-.24	-.29*	.47**	.37**	-.28*	-.44**	.46**	.41**	1.00																				
10: T2. Medo de dar compaixão	-.08	-.25	.43**	.34**	-.02	-.23	.23	.24	.50**	1.00																			
11: T1. Medo de receber compaixão	-.13	-.22	.51**	.21	-.20	-.22	.32**	.39**	.63**	.31*	1.00																		
12: T2. Medo de receber compaixão	-.27*	-.43**	.43**	.48**	-.20	-.38**	.25*	.40**	.46**	.61**	.52**	1.00																	
13: T1. Medo da autoconpaixão	-.18	-.27*	.42**	.25*	-.19	-.15	.42**	.34**	.68**	.29*	.80**	.43**	1.00																
14: T2. Medo da autoconpaixão	-.21	-.37**	.25	.42**	-.19	-.41**	.20	.36**	.40**	.52**	.42**	.81**	.41**	1.00															
15: T1. Proximidade e ligação aos outros	.35**	.31*	-.15	-.19	.39**	.32*	-.04	-.23	-.26*	-.08	-.32**	-.29*	-.19	-.08	1.00														
16: T2. Proximidade e ligação aos outros	.20	.20	-.01	-.01	.34**	.23	-.26*	-.23	-.25	-.25	-.15	-.27*	-.14	-.01	.53**	1.00													
17: T1. Sistema de defesa-ameaça	-.18	-.05	.05	.23	-.18	-.14	.35**	.30*	.27*	-.16	.11	.07	.13	-.05	-.17	-.10	1.00												
18: T2. Sistema de defesa-ameaça	-.25*	-.32*	.02	.17	-.27*	-.24	.38**	.33**	.26*	.05	.18	.38**	.21	.22	-.11	-.24	.56**	1.00											
19: T1. Sistema de procura	.24	.23	-.14	-.24	.28*	.27*	-.24	-.25	-.09	.02	.05	-.18	.04	.04	.24	.38**	-.27*	-.31*	1.00										
20: T2. Sistema de procura	.25*	.33**	.01	-.15	.36**	.22	-.05	-.09	-.16	-.17	-.01	-.28*	-.13	-.16	.22	.24**	-.12	-.29	.57**	1.00									
21: T1. Sistema de afiliação	.29*	.17	-.29*	-.24	.28*	.22	-.28*	-.12	-.18	.08	-.15	-.14	-.10	.11	.29*	.18	-.60**	-.34**	.58**	.29*	1.00								
22: T2. Sistema de afiliação	.24	.36**	-.06	-.17	.38**	.39**	-.22	-.24	-.25*	-.15	-.20	-.42**	-.28*	-.24**	.32**	.38**	-.27*	-.45**	.48**	.68**	.47**	1.00							
23: T1. Satisfação por compaixão	.43**	.47**	-.28*	-.36**	.39**	.24	-.24	-.12	-.27*	-.07	-.18	-.30*	-.30*	-.11	-.36**	.38**	-.29*	-.28*	.33**	.39**	.50**	.48**	1.00						
24: T2. Satisfação por compaixão	.32*	.45**	-.19	-.25	.43**	.41**	-.09	.01	-.18	-.10	-.15	-.33**	-.14	-.23	-.30*	-.45**	-.05	-.18	.26*	.46**	.34**	.52**	.63**	1.00					
25: T1. Burnout	-.45**	-.26*	.30*	.35**	-.38**	-.30*	-.29*	.20	.45**	.09	.30*	.27*	.41**	.16	-.44**	-.26*	.49**	.36**	-.35**	-.33**	-.48**	-.43**	-.48**	-.24	1.00				
26: T2. Burnout	-.13	-.14	.12	.15	-.42**	-.45**	.30*	-.30*	-.29*	.01	.24	.36**	.22	.25*	-.22	-.35**	.38**	.47**	-.25*	-.31*	-.43**	-.65**	-.41**	-.53**	.50**	1.00			
27: T1. Stress traumático secundário	-.04	-.14	.25*	.04	-.23	-.31*	.19	.32*	.25*	.06	.32**	.23	.29*	.24	-.20	-.02	.24	.28*	-.01	-.14	-.02	-.18	-.02	-.06	.44**	.37**	1.00		
28: T2. Stress traumático secundário	-.05	-.14	.07	-.17	-.16	-.25*	.13	.24	.23	.07	.31*	.28*	.18	.29*	-.12	-.06	.11	.34**	.10	-.20	.03	-.21	-.05	-.19	.16	.37**	.63**	1.00	

Nota. T1= Pré-intervenção; T2= Pós-intervenção. * $p < .05$ ** $p < .01$

Tabela 4.*Média e Desvio Padrão para os Dois Grupos no Pré e Pós Tratamento, e Testes Univariados*

Medidas de resultado	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Tempo	Tempo x Grupo
	T1	T2	T1	T2		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Compaixão pelos Outros						
Compaixão	50.27 (5.21)	50.83 (5.73)	49.81 (5.03)	47.92 (5.57)	$F = 1.185; p = .280; \eta^2_p = .019$	$F = 4.044; p = .049; \eta^2_p = .061$
Disconexão	23.16 (6.68)	21.64 (5.94)	24.95 (6.49)	24.34 (5.63)	$F = 1.880; p = .175; \eta^2_p = .029$	$F = 0.342; p = .561; \eta^2_p = .005$
Autocompaixão						
Autocompaixão	42.98 (7.24)	43.81 (6.29)	42.94 (6.27)	40.44 (5.51)	$F = 1.527; p = .221; \eta^2_p = .024$	$F = 6.050; p = .017; \eta^2_p = .089$
Autocriticismo	31.31 (6.73)	31.74 (8.32)	34.38 (6.95)	32.25 (5.83)	$F = 1.414; p = .239; \eta^2_p = .022$	$F = 3.162; p = .080; \eta^2_p = .049$
Medos da Compaixão						
Medo de Dar Compaixão	15.69 (8.86)	11.22 (8.85)	18.80 (6.88)	18.36 (5.57)	$F = 6.165; p = .016; \eta^2_p = .090$	$F = 4.162; p = .046; \eta^2_p = .063$
Medo de Receber Compaixão	15.06 (11.26)	11.64 (9.53)	14.84 (12.15)	18.03 (10.50)	$F = 0.008; p = .928; \eta^2_p = .000$	$F = 6.492; p = .013; \eta^2_p = .095$
Medo da Autocompaixão	13.06 (13.17)	9.34 (9.64)	13.37 (11.74)	16.95 (12.62)	$F = 0.002; p = .965; \eta^2_p = .000$	$F = 5.244; p = .025; \eta^2_p = .078$
Proximidade e Ligação aos Outros	40.25 (5.79)	43.03 (5.65)	41.73 (6.06)	40.31 (5.69)	$F = 1.041; p = .312; \eta^2_p = .017$	$F = 9.952; p = .002; \eta^2_p = .138$
Clima Emocional: Emoções						
Sistema de Defesa/Ameaça	8.19 (2.87)	6.66 (2.75)	7.00 (2.77)	6.89 (2.56)	$F = 6.867; p = .011; \eta^2_p = .100$	$F = 5.158; p = .027; \eta^2_p = .077$
Sistema de Procura	12.83 (2.18)	13.69 (2.31)	12.86 (2.26)	12.70 (2.94)	$F = 1.550; p = .218; \eta^2_p = .024$	$F = 3.235; p = .077; \eta^2_p = .050$
Sistema de Afiliação	12.16 (2.71)	13.25 (2.20)	12.64 (2.22)	12.45 (2.85)	$F = 2.073; p = .155; \eta^2_p = .032$	$F = 4.143; p = .046; \eta^2_p = .063$
Qualidade de Vida Profissional						
Satisfação por Compaixão	37.72 (4.85)	39.05 (4.28)	36.58 (4.11)	36.13 (4.55)	$F = 0.822; p = .368; \eta^2_p = .013$	$F = 3.408; p = .070; \eta^2_p = .052$
Burnout	24.63 (4.46)	23.44 (3.78)	24.22 (3.31)	24.22 (3.81)	$F = 1.553; p = .217; \eta^2_p = .024$	$F = 1.553; p = .217; \eta^2_p = .024$
Stress Traumático Secundário	25.97 (4.99)	24.59 (4.68)	25.91 (4.82)	25.84 (4.71)	$F = 1.980; p = .164; \eta^2_p = .031$	$F = 1.650; p = .204; \eta^2_p = .026$

Nota. T1: Pré-intervenção; T2: Pós-intervenção; η^2_p : Eta quadrado parcial

V. Discussão

O presente estudo analisou os efeitos da implementação de um programa de 12 sessões de Treino da Mente Compassiva com cuidadores de jovens em acolhimento residencial, com o objetivo de promover o desenvolvimento de uma mentalidade afiliativa que ajudasse na melhoria da qualidade da prestação de cuidados aos jovens. Os dados do recrutamento e retenção indicaram que a maior parte (88.8%) dos cuidadores do grupo experimental concluiu o protocolo de intervenção, tendo havido uma reduzida percentagem de *drop-outs* (11.2%). Dado que a maior parte dos *drop-outs* se deveram a questões logísticas e não à desistência voluntária dos participantes do programa, tal pode significar que a metodologia utilizada no programa do TMC contribui para a elevada taxa de retenção e adesão dos participantes até à conclusão do mesmo. No entanto, é importante salientar que a assiduidade às sessões nem sempre se verificou por motivos inerentes às dinâmicas das instituições ou às características do trabalho dos cuidadores. Tal pode ter sido uma dificuldade na implementação do programa e uma dificuldade no estudo em geral, que deve tentar ser melhorada em estudos futuros.

As comparações iniciais entre os dois grupos ao nível das variáveis sociodemográficas revelaram a ausência de diferenças significativas entre as duas condições. Foram encontrados resultados similares entre grupo experimental e grupo de controlo nas medidas de resultado na *baseline*. Estes dados indicam que os sujeitos foram distribuídos de forma idêntica pelas condições no momento da aleatorização por casas de acolhimento. O facto de as análises terem sido realizadas a grupos equivalente, permitiu retirar conclusões mais fiáveis dos efeitos do programa do TMC nas variáveis em estudo em ambos os grupos.

Considerando todas as variáveis conjuntamente, os resultados das análises revelaram diferenças significativas entre os dois grupos nos dois tempos de avaliação (i.e. pré e pós intervenção). Estes resultados sugerem que o programa de Treino da Mente Compassiva aplicado aos cuidadores em contexto de acolhimento residencial teve um impacto significativo, sendo capaz de produzir mudanças no sentido desejado. Nos cuidadores do grupo experimental, após a intervenção, verificou-se um aumento dos níveis de compaixão e autocompaixão e diminuição dos medos da compaixão. Estes resultados corroboram os encontrados noutros estudos onde o treino da mente compassiva foi aplicado a diferentes tipos de profissionais (Beaumont & Martin, 2016; Beaumont *et al.*, 2017). Os dados encontrados no presente estudo, alinhados com a evidencia empírica disponível para outros contextos de intervenção, apontam

para a eficácia deste tipo de intervenção, sugerindo que a mesma deve ser disponibilizada aos cuidadores de jovens em acolhimento residencial.

Analisando as variáveis individualmente, foi possível observar que no grupo de controlo houve uma deterioração entre a primeira avaliação e a segunda no que concerne à compaixão e autocompaixão. Tal pode sugerir que, tendencialmente, os cuidadores apresentam um padrão decrescente no que diz respeito a estes dois construtos. As exigências deste contexto específico podem influenciar a diminuição dos níveis de compaixão e autocompaixão e, esta propensão pode carregar implicações negativas tanto para os cuidadores como para os jovens que podem ver a prestação de cuidados deteriorada. Dado que no grupo experimental se verificou um padrão inverso, observando-se uma melhoria da compaixão e autocompaixão, pode inferir-se que o programa do TMC pode ter capacidade para contrariar a tendência apresentada pelo grupo de controlo.

Relativamente aos medos da compaixão, foi possível observar uma diminuição significativa nesta variável no grupo experimental após a intervenção. Contrariamente, no grupo de controlo verificou-se um aumento significativo dos medos da compaixão, principalmente no medo de receber compaixão e no medo da autocompaixão. Estes resultados parecem sugerir que o TMC permitiu desbloquear alguns bloqueios, medos e resistências relativamente à compaixão nos seus três fluxos, o que poderá ter possibilitado o envolvimento dos cuidadores em experiências e comportamentos de natureza afiliativa (Gilbert *et al.*, 2011). Ainda é possível inferir que, sem a intervenção, os cuidadores parecem apresentar, tendencialmente, níveis mais elevados de medo de receber compaixão e medo da autocompaixão. Tal parece ir de encontro à teoria que tem apontado que estes dois construtos estão fortemente relacionados com altos níveis de *stress* (Gilbert *et al.*, 2011; Matos, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2017), o que corresponde à realidade vivida pelos cuidadores que trabalham acolhimento residencial (Barford & Whelton, 2010).

No que concerne à proximidade e ligação aos outros, foi possível verificar uma melhoria significativa no grupo experimental. Este resultado sugere que os cuidadores deste grupo, após a intervenção do TMC passaram a experienciar mais sentimentos e emoções positivas e aumentaram a sensação de segurança percebida relativamente aos outros (Gilbert *et al.*, 2009). No grupo de controlo verificaram-se resultados opostos, havendo uma deterioração dos níveis desta variável. Tal demonstra que o TMC pode ser eficaz não só a garantir que os cuidadores não deterioram os níveis de proximidade e ligação aos outros, como também os podem melhorar. O aumento dos níveis desta variável pode estar diretamente relacionado com a melhoria da compaixão e autocompaixão e com a diminuição dos medos da compaixão, dado

que tal promove uma maior experiência de sentimentos e emoções positivas e uma melhor qualidade das relações com outros, através do aumento de sentimentos de segurança (Fredrickson et al., 2013; Yarnell & Neff, 2013).

Relativamente ao clima emocional, verificaram-se alterações significativas no que diz respeito às emoções do sistema de defesa-ameaça e do sistema de afiliação e apaziguamento. Mais concretamente, no grupo experimental, após o TMC, houve uma diminuição dos níveis de emoções do sistema de defesa-ameaça e um aumento das emoções associadas ao sistema de afiliação. No grupo de controlo os resultados mantiveram-se quase inalteráveis de T1 para T2. Tais resultados vão de encontro à teoria, que indica que uma estimulação do sistema de afiliação e das emoções associadas ao mesmo, pode ajudar a regular as emoções do sistema de defesa-ameaça, fazendo com que este não fique sobreativado (Gilbert, 2009b; Gilbert, 2014; Gilbert & Procter, 2006). Pode concluir-se que os cuidadores deste grupo passaram a desenvolver emoções mais afiliativas e positivas no local de trabalho, o que contribui para o aumento da sensação de segurança e melhor regulação do sistema de defesa-ameaça, que passou a não estar tão sobreativado. Deste modo, depreende-se que os cuidadores do grupo experimental poderão ter desenvolvido uma forma de regulação dos afetos mais positiva, o que poderá contribuir e influenciar de uma forma positiva também a prestação de cuidados aos jovens.

Nas restantes variáveis, nomeadamente na desconexão, autocrítico, sistema de procura do clima emocional, na satisfação por compaixão, burnout e stress traumático secundário, não foram obtidos resultados com diferenças significativas entre os dois grupos. Como a maior parte destas variáveis são negativas, com exceção do sistema de procura e da satisfação por compaixão, tal poderá querer dizer que numa primeira fase, poderá ser mais fácil as pessoas aumentarem construtos positivos do que regular os negativos. Como os níveis de compaixão e autocompaixão melhoram e estes dois construtos estão fortemente ligados ao autocrítico e à satisfação por compaixão, burnout e stress traumático secundário, estas variáveis poderão ter uma maior alteração em avaliações de *follow-up*. Outra hipótese pode prender-se com o facto de o programa implementado não ter tido impacto suficiente nestas variáveis. Assim, é necessária mais investigação nesta área para estudar melhor estas variáveis e aprimorar estes resultados.

5.1. Implicações para a investigação e para a prática

Este estudo veio contribuir para aprofundar o conhecimento relativo à área do acolhimento residencial de jovens em Portugal, mais concretamente no que se refere à população dos trabalhadores que asseguram os cuidados a estes jovens. Foram atendidas as dificuldades dos cuidadores no que diz respeito à gestão do *stress* e influência que o mesmo pode ter na execução das tarefas nas casas de acolhimento. A implementação do TMC parece ter ajudado a combater e minimizar os efeitos que essas dificuldades têm no dia-a-dia. Mais ainda, este estudo tem potenciais implicações no sentido de apoiar empiricamente a eficácia dos componentes do treino da mente compassiva na melhoria da regulação emocional, bem como dos níveis de compaixão e autocompaixão. Além disso, este estudo pode proporcionar a expansão do modelo para o contexto de acolhimento residencial, junto de uma nova população.

5.2. Limitações e pressupostos para investigações futuras¹

Apesar dos resultados encontrados neste estudo preliminar se terem revelado promissores, o mesmo não está livre de limitações. Em primeiro lugar, sugere-se que o estudo possa ser realizado com uma amostra mais alargada de cuidadores, de modo a aumentar o poder dos efeitos obtidos, dado que a reduzida amostra neste estudo poderá ter limitado alguns resultados obtidos (Faul *et al.*, 2009).

Dado que o estudo encontrou bons resultados no que diz respeito à implementação do treino da mente compassiva com cuidadores de jovens em acolhimento residencial, será também uma possibilidade repetir este estudo noutras populações onde igualmente a dificuldade de interação com jovens possa ser visível, como nas próprias famílias dos jovens.

Sugere-se ainda a realização de um estudo mais alargado que envolva tanto cuidadores como jovens e onde a aplicação do programa seja feita às duas populações, tendo sempre o objetivo primário de promover a qualidade da resposta do acolhimento residencial.

¹ O estudo sobre o impacto da intervenção com cuidadores, nos jovens em risco, foi apresentado na dissertação de mestrado da mestranda Filipa Ferreira.

Ferreira, F. (2020). Treino da Mente Compassiva com Cuidadores no Acolhimento Residencial de Jovens em Risco: Resultados de um Ensaio Clínico a partir da Perceção de Mudança pelos Jovens. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.

Finalmente, estudos de *follow-up* serão necessários para verificar a estabilidade e manutenção dos resultados ao longo do tempo.

VI. Conclusão

Sendo o objetivo da presente investigação a promoção de uma mentalidade afiliativa nos cuidadores em contexto do acolhimento residencial através da implementação de um programa de Treino da Mente Compassiva, os resultados parecem indicar, ainda que preliminarmente, que o TMC pode ter impacto no que diz respeito à melhoria da compaixão, autocompaixão e medos da compaixão. Foi ainda eficaz no que diz respeito à melhoria da proximidade e ligação aos outros e das emoções associadas ao sistemas de afiliação, tendo contribuído ainda para a diminuição das emoções associadas ao sistema de defesa-ameaça.

Este estudo poderá ter contribuído para colmatar a inexistência de programas ou formações específicas para os cuidadores que os pudessem ajudar a lidar com as dificuldades que enfrentam diariamente. O TMC neste contexto propõe fornecer a esta população ferramentas psicológicas para que possam enfrentar essas mesmas dificuldades de forma adaptativa e capaz e consigam lidar com o *stress* que é inerente a esta profissão (Barford & Whelton, 2010).

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, I., Matos, M., Cunha, M., Galhardo, A., Palmeira, L., Lima, M., Gilbert, P. e Irons, C. (2018). Manuscrito em preparação.
- Barford, S. W., & Whelton, W. J. (2010). Understanding Burnout in Child and Youth Care Workers. *Child & Youth Care Forum*, 39(4), 271-287. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9104-8>
- Beaumont, E. (2016). Building resilience by cultivating compassion. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, 16(3), 22-27. <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/39358/>
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15-23. <https://doi.org/10.1002/capr.12054>
- Beaumont, E., & Martin, C. H. (2016). Heightening levels of compassion towards self and others through use of compassionate mind training. *British Journal of Midwifery*, 24(11), 777-786. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.11.777>

- Beaumont, E., Rayner, G., Durkin, M., & Bowling, G. (2017). The effects of compassionate mind training on student psychotherapists. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(5), 300-312. <https://doi.org/10.1108/jmhtep-06-2016-0030>
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and Behavioral Problems and Psychosocial Skills in Adolescents in Residential Care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 237-246. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>
- Carvalho, M. J. (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala "Professional Quality of Life 5"* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo de validação portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-231.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Amaral, V. (2010). Recordação das Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância e Psicopatologia: o efeito mediador do Auto-Criticismo. *Psychologica*, 2(52), 475-498.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2 ed.). LEA, Lawrence Erlbaum Associates.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma Experiences, Maltreatment-Related Impairments, and Resilience Among Child Welfare Youth in Residential Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>
- Connor, D., Doerfler, L., Toscano, P., Volungis, A., & Steingard, R. (2004). Characteristics of Children and Adolescents Admitted to a Residential Treatment Center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510.
- Costa, J., Maroco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2016, Sep). Validation of the Psychometric Properties of the Self-Compassion Scale. Testing the Factorial Validity and Factorial Invariance of the Measure among Borderline Personality Disorder, Anxiety Disorder, Eating Disorder and General Populations. *Clin Psychol Psychother*, 23(5), 460-468. <https://doi.org/10.1002/cpp.1974>
- Del-Valle, J., López, M., & Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential care workers in Spain. *Psicothema*, 19(4), 610-615.
- Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion Fatigue Risk and Self-Care Practices Among Residential Treatment Center Childcare Workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 103-122. <https://doi.org/10.1080/08865710802309972>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009, Nov). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Figley, C. R. (2002, Nov). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Coffey, K. A., Algoe, S. B., Firestine, A. M., Arevalo, J. M., Ma, J., & Cole, S. W. (2013, Aug 13). A functional genomic perspective on human well-being. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 110(33), 13684-13689. <https://doi.org/10.1073/pnas.1305419110>
- Frensch, K., & Cameron, G. (2002). Treatment of choice or last resort? A review of residential mental placements for children and youth. *Child & Youth Care Forum*, 31(5), 307-339.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 118-150). Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). *The Compassionate Mind: a new approach to life's challenges* (1 ed.). New Harbinger Publications, Inc.
- Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2014, Mar). The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*, 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., & Choden. (2014). *Mindful Compassion: How the Science of Compassion can Help you Understand your Emotions, Live the Present, and Connect Deeply with Others*. New Harbinger Publications, Inc.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011, Sep). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychol Psychother*, 84(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R., & Gale, C. (2009). An Exploration of Different Types of Positive Affect in Students and Patients with Bipolar Disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6(4), 135-143.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

- Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016, Sep-Oct). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *J Soc Psychol*, 156(5), 523-535. <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1135779>
- Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006, Dec 7). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res*, 145(2-3), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.012>
- Instituto Segurança Social, I. P. (2019). *CASA 2018 - Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em situação de Acolhimento*.
- Kendrick, A., Steckley, L., & McPheat, G. (2011). Residential Child Care: Learning from International Comparisons. In R. Taylor, M. Hill, & F. McNeill (Eds.), *Early Professional Development for Social Workers* (pp. 81-87). British Association of Social Workers.
- Kirby, J., Tellegen, C., & Steindll, S. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2012, Jul). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cereb Cortex*, 23(7), 1552-1561. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs142>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2 ed.). Guilford Press.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3 ed.). Guilford Press.
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R Package for Assessing Multivariate Normality. *The R Journal*, 6(2), 151-162.
- Krueger, M. (2002). A Further Review of the Development of the Child and Youth Care Profession in the United States. *Child & Youth Care Forum*, 31(1), 13-26.
- Lama, D. (1995). *The Power of Compassion*. HarperCollins.
- Lei nº 23/2017, Publicada no Diário da República, série 1, nº99, de 23 de maio.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5 ed.). Report Number.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Barnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and Physiological Effects of Compassionate Mind Training: a Pilot Randomised Controlled Study. *Mindfulness*, 8(6), 1699-1712. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7>

- Matos, M., Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017, Nov 17). The Origins of Fears of Compassion: Shame and Lack of Safeness Memories, Fears of Compassion and Psychopathology. *The Journal of Psychology*, 151(8), 804-819. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393380>
- Mattingly, M. (1995). Developing Professional Ethics for Child and Youth Care Work: Assuming Responsibility for the Quality of Care. *Child & Youth Care Forum*, 24(6), 379-391.
- Meyers, L., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2005). *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation* (1 ed.). SAGE Publications, Inc.
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Peng, C. J., Harwell, M., Liou, S., & Ehman, L. H. (2006). Advances in Missing Data Methods and Implications for Educational Research. In S. S. Sawilowsky (Ed.), *Real Data Analysis* (pp. 31-78). Information Age Publishing.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (M. Robalo, Ed. 6 ed.). Edições Sílabo.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010, Aug). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health*, 33(4), 288-298. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>
- Pommier, E. A. (2010). *The Compassion Scale* [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Texas].
- Santos, L., Rijo, D., & Pinheiro, M. R. (2020). *T.M.C.: Manual do Programa de Treino da Mente Compassiva com Cuidadores de Jovens em Acolhimento Residencial* [Manuscrito não publicado].
- Simões, D. (2012). *Medo da Compaixão: estudo das propriedades psicométricas da Fears of Compassion Scales (FCS) e da sua relação com medidas de Vergonha, Compaixão e Psicopatologia* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].
- Sousa, R., Castilho, P., Vieira, C., Vagos, P., & Rijo, D. (2017). Dimensionality and gender-based measurement invariance of the Compassion Scale in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 117, 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.003>
- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2 ed.). Pocatello.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159-175. <https://doi.org/10.1080/0145935x.2017.1297225>

- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6 ed.). Pearson.
- Vieira, C. S., & Castilho, P. (2013). *Olhar(es) sobre a Compaixão* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Zegers, M., Schuengel, C., Ijzendoorn, M., & Janssens, J. (2006). Attachment Representations of Institutionalized Adolescents and Their Professional Caregivers: Predicting the Development of Therapeutic Relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325-334. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.325>

Anexos

Anexo A

Tabela A1.

Temáticas e objetivos das sessões do TMC

Sessão	Tema	Objetivos
1	Humanidade Comum	<p>Conhecer a estrutura das sessões e objetivos do programa;</p> <p>Definir regras para criação de um ambiente seguro no grupo;</p> <p>Reconhecer a universalidade do sofrimento humano;</p> <p>Compreender o conceito de compaixão;</p> <p>Reconhecer a compaixão como uma motivação pessoal;</p> <p>Reconhecer as causas e impacto da fadiga da compaixão.</p>
2	Uma mente evolucionariamente determinada	<p>Iniciar o treino de mindfulness;</p> <p>Reconhecer o funcionamento da mente como resultado de fatores evolucionários, genéticos e sociais;</p> <p>Identificar as funções do cérebro velho e do cérebro novo;</p> <p>Reconhecer as dificuldades associadas ao conflito entre cérebro velho e cérebro novo;</p> <p>Compreender o princípio “Não tenho culpa, mas tenho responsabilidade”.</p>
3	Modelo de regulação do afeto “as cores da mente”	<p>Compreender o funcionamento dos três sistemas de regulação do afeto;</p> <p>Aplicar o modelo de regulação do afeto ao próprio e ao contexto de trabalho;</p> <p>Perceber as dificuldades associadas ao desequilíbrio dos três sistemas.</p>
4	Sistema de ameaça “Alerta Vermelho”	<p>Compreender o funcionamento e respostas do sistema de defesa-ameaça;</p> <p>Distinguir ameaças internas de ameaças externas;</p> <p>Identificar ameaças existentes na rotina da casa de acolhimento para os colaboradores e para os/as jovens;</p> <p>Identificar as funções e consequências do autocriticismo;</p>

Sessão	Tema	Objetivos
		Analisar as estratégias de <i>coping</i> com a ameaça no local de trabalho.
5	Sistema de Procura-Excitação “Para onde nos leva o azul?”	Compreender o funcionamento e outputs do Sistema de Procura; Identificar os “perigos” do Sistema de Procura; Reconhecer as características e consequências associadas à Mentalidade Competitiva; Distinguir vergonha de culpa.
6	Sistema de Tranquilidade “Verde apaziguador”	Compreender o funcionamento e respostas do sistema de tranquilidade; Compreender a relação entre a vinculação e o sistema de tranquilidade; Identificar estratégias de ativação do sistema de tranquilidade; Estimular a imagem do lugar seguro; Reconhecer a importância da mentalidade afiliativa no sistema de acolhimento; Reconhecer as necessidades de calor e segurança dos jovens.
7	Compaixão	Identificar os fluxos da Compaixão; Identificar os atributos e competências da Compaixão; Treinar as competências da compaixão;
8	Medos, bloqueios e resistência à Compaixão	Reconhecer os medos e bloqueios associados a cada fluxo da compaixão; Identificar medos, bloqueios e resistência à compaixão no funcionamento da Casa de Acolhimento; Comparar funcionamento auto-crítico ao funcionamento autocompassivo.
9	Desenvolver a compaixão pelo outro	Identificar as qualidades do eu compassivo; Estimular o eu cuidador e compassivo; Praticar o ato de dar compaixão ao outro.
10	Desenvolver autocompaixão	Reconhecer a tendência em ser autocrítico; Reconhecer a existência de múltiplos eus; Treinar dar autocompaixão.

Sessão	Tema	Objetivos
11	Receber compaixão do outro	Reconhecer a necessidade de receber compaixão dos outros; Estimular a imagem do amigo compassivo; Praticar receber compaixão dos outros.
12	Construir uma Casa de Acolhimento Compassiva	Sintetizar as aprendizagens realizadas ao longo do programa de TMC; Rever as conclusões redigidas no Muro da Compaixão; Avaliar o progresso na regulação dos sistemas de afeto dos cuidadores; Definir estratégias para promover um ambiente compassivo na casa de acolhimento.

Anexo B

Consentimento informado



FACULDADE
DE PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Caro(a) colaborador(a) do(a) _____,

O estudo de eficácia do Programa de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, insere-se no projeto de doutoramento em Psicologia, intitulado "Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores" (SFRH/BD/132327/2017), desenvolvido por Laura Santos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro. Insere-se ainda no projeto de Mestrado Integrado em Psicologia, intitulado "Treino da Mente Compassiva: desenvolvimento da compaixão em cuidadores de jovens em acolhimento residencial", desenvolvido pela aluna Sofia Nogueira na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e co-orientação da Mestre Laura Santos.

O presente estudo tem como objetivo o desenvolvimento, implementação e estudo de eficácia de um programa estruturado de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores e a avaliar o seu impacto na qualidade dos processos e das práticas de prestação de cuidados no acolhimento residencial.

Este estudo apresenta uma metodologia experimental. Deste modo, a casa de acolhimento onde trabalha será distribuída aleatoriamente pelo grupo experimental ou pelo grupo de controlo. As casas alocadas no grupo experimental participarão no programa de Treino da Mente Compassiva (TMC), sendo constituídos nas respetivas Casas, um ou mais grupos de intervenção com os colaboradores que pretendam voluntariamente participar neste programa. O TMC contempla 12 sessões, com 2 horas e meia de duração cada, realizadas com frequência semanal nas instalações da Casa de Acolhimento. Independentemente da condição experimental atribuída, a participação neste estudo requer o preenchimento de questionários de autorresposta que abordam questões sobre emoções, a forma de pensar e a forma de reagir a situações do dia a dia. Os dados serão recolhidos em cinco momentos, distribuídos por um período de 12 meses. A intervenção será realizada pela doutoranda e a recolha de dados pela mestranda em colaboração com a doutoranda.

A participação no estudo apresenta caráter voluntário, pelo que poderá ser interrompida a qualquer momento sem prejuízos para o/a participante. Será assegurado o anonimato e total confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que os mesmos serão utilizados exclusivamente no projeto referido.

Mais informo que este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Poderá contactar a investigadora para qualquer esclarecimento adicional.

Agradecemos desde já pela sua colaboração.

A Doutoranda

A Mestranda

O Orientador

A Orientadora

Laura Santos

C.P. 012266
Ordem dos Psicólogos Portugueses

Sofia Nogueira

Aluna de Mestrado Integrado em
Psicologia

Daniel Rijo

Professor Auxiliar
Universidade de Coimbra

Maria do Rosário Pinheiro

Professor Auxiliar
Universidade de Coimbra

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado(a) _____

Estou de acordo em participar no estudo de eficácia do Programa de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, inserido no projeto de doutoramento em Psicologia, intitulado "Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores" (SFRH/BD/132327/2017), desenvolvido por Laura Santos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro; e no projeto de Mestrado Integrado em Psicologia, intitulado "Treino da Mente Compassiva: desenvolvimento da compaixão em cuidadores de jovens em acolhimento residencial", desenvolvido pela aluna Sofia Nogueira na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Mestre Laura Santos.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Foi-me garantido que a minha identidade não será revelada e que os dados permanecerão confidenciais e utilizados exclusivamente para fins dos presentes projetos de investigação. Concordo que os dados sejam analisados pelas investigadoras em questão para fins dos projetos acima mencionados.

O(A) cuidador(a)

A Doutoranda

A Mestranda

O Orientador

A Orientadora

Laura Santos

C.P. 012266
Ordem dos Psicólogos Portugueses

Sofia Nogueira

Aluna de Mestrado Integrado em
Psicologia

Daniel Rijo

Professor Auxiliar
Universidade de Coimbra

Maria do Rosário Pinheiro

Professor Auxiliar
Universidade de Coimbra