



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Isabel Craveiro de Sousa

**QUALIDADE DE SONO NOS PROFESSORES: O IMPACTO
DE UMA INTERVENÇÃO FOCADA NA COMPAIXÃO**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na área de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob orientação da Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes e co-orientação da Professora Doutora Marcela Salomé Albuquerque Andrade de Matos e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2019

Índice

Agradecimentos	2
Resumo	4
Abstract	5
1. Introdução	6
2. Metodologia.....	16
3. Resultados	26
4. Discussão e Conclusão.....	35
5. Referências	40

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Allen Gomes, minha orientadora, agradeço-lhe pela excelente professora, profissional e pessoa que sempre demonstrou ser, dando o apoio e a disponibilidade necessária ao longo do desenvolver deste trabalho. Agradeço-lhe pela sugestão e orientação científica de artigos e pelos ensinamentos/sugestões que foi transmitindo para que o trabalho pudesse ser concretizado com o rigor necessário.

À Professora Doutora Marcela Matos, minha co-orientadora, agradeço-lhe profundamente toda a atenção, preocupação e apoio nesta etapa tão importante do meu percurso académico, por me ter envolvido no projeto das Escolas Compassivas e ter permitido fazer parte dele, pela transmissão de um enorme entusiasmo em volta de todo o projeto e que me fez aprender novos conceitos e aprofundar novos temas, pela oportunidade que me deu de poder assistir às sessões em diversas escolas e estar em contacto com o *feedback* dos professores, assim como pela sua total disponibilidade na revisão crítica e orientação científica dos artigos e, pelo seu constante incentivo para que eu pudesse fazer sempre melhor.

Aos meus pais e ao meu irmão, um agradecimento muito especial, pela força que sempre me deram para enfrentar os desafios que a vida me ia propondo e por me fazerem acreditar, sempre, que seria capaz de os ultrapassar. Sem o vosso apoio e o vosso amor, este percurso até aqui não seria possível. Para mim são e serão sempre um exemplo a seguir, uma inspiração e um ‘porto seguro’, onde sei que poderei voltar quando mais precisar.

Aos meus avós, Angelina, Estrela e António, que têm sempre uma palavra amiga e sábia para me transmitir, através da sua experiência de vários anos de vida e, que sempre me recebem com muito carinho.

Aos meus tios e também padrinhos de batismo, Marília e Paul, pela importância que têm na minha vida, que mesmo vivendo longe, conseguem estar presentes nos momentos mais importantes.

Ao Ruben, a pessoa que me acompanha há 7 anos e que faz de mim a mulher mais feliz do mundo. Estás sempre lá para me dar apoio nos momentos bons e maus, consegues perceber quando estou a precisar de atenção e de carinho, és tu que me “puxas” para cima e me convences de que sou capaz, de que tenho capacidades para chegar onde eu quiser e ser uma pessoa ainda melhor. Quando estou ao teu lado o tempo desaparece, o mundo desaparece, só tu existes, obrigada por todos os momentos que já passámos.

Às minhas amigas e colegas de mestrado, agradeço a forma como partilhámos as angústias umas das outras, neste momento importante para todas, pois estas partilhas acabaram por nos dar força e permitiu criar laços de amizade ainda mais fortes. Certamente, são amizades que levarei para a vida!

Por fim, quero agradecer a todas as pessoas que voluntariamente contribuíram para que este trabalho fosse possível e pelo tempo despendido a responder aos questionários, de forma tão cuidadosa e atenciosa. Um agradecimento especial a todas as professoras com quem pude contactar e partilhar todos os ensinamentos transmitidos ao longo das sessões do projeto Escolas Compassivas.

Resumo

A literatura tem demonstrado que os professores são uma das classes profissionais mais afetada pelo stress e *burnout*, apresentando também uma qualidade de sono pobre e sintomas de insónia. Paralelamente, tem demonstrado que as intervenções focadas na compaixão e o treino da mente compassiva (TMC) são eficazes na redução destes problemas. Assim, o presente estudo, teve como objetivo, averiguar a qualidade de sono, numa amostra de professores inscritos num programa de intervenção, explorar as relações entre a qualidade de sono e indicadores de bem-estar e saúde mental, e testar o impacto de um programa de TMC, na qualidade de sono e nos sintomas psicológicos associados ao *burnout*. Participaram 151 professores e psicólogos, distribuídos pelo grupo experimental e grupo de controlo/*waiting list*. Os participantes que realizaram o TMC (8 semanas), preencheram questionários para avaliar a compaixão, o autocrítico, a qualidade de sono, o afeto positivo, a depressão, a ansiedade e o stress, nos momentos antes e após a intervenção, em ambos os grupos. Os resultados mostraram que os participantes apresentavam em média uma qualidade de sono intermédia/pobre, associada significativamente a mais autocrítica, sintomatologia depressiva, ansiedade e stress; por sua vez, uma melhor qualidade de sono está significativamente associada a mais autocompaixão, afeto positivo, atos compassivos para com os outros e disponibilidade para receber compaixão. A intervenção não mostrou efeitos significativos na qualidade de sono, no grupo experimental, em comparação com o grupo de controlo, mas revelou efeitos significativos na relação com outras variáveis (e.g. diminuição da ansiedade, *burnout*, autocrítico e depressão).

Palavras-Chave: Qualidade de sono; Compaixão; Professores; Intervenção; Treino da mente compassiva

Abstract

The literature has shown that teachers are one of the professional classes most affected by stress and burnout, which are associated with poor sleep quality and insomnia symptoms. Similarly, several authors and researches demonstrated that compassionate interventions and compassionate mind training (CMT) are effective in reducing these problems. The aim of the current study was to understand the quality of sleep in a sample of teachers enrolled in an intervention program, to explore the relationships between sleep quality and indicators of well-being and mental health, and to measure the impact of the CMT program on sleep quality and other psychological symptoms associated with burnout. A sample of 151 school teachers and psychologists participated in this research, being assigned by one of two conditions: compassion mind training and wait-list control. Participants in CMT condition performed a range of CMT practices during 8 weeks. Self-report measures of compassion, self-criticism, sleep quality, positive affect, depression, anxiety, and stress were collected at pre- and post- interventions, in both conditions. The results showed that participants had on average an intermediate/poor sleep quality, significantly associated with higher levels of self-criticism, depressive symptomatology, anxiety and stress, as well as a significant relationship between sleep quality, self-compassion, positive affect, compassion for others and compassion from others. The compassion mind training did not report significant effects on sleep quality in the experimental group in comparison to the control group, but showed significant effects in relation to other variables, such as lower levels of anxiety, burnout, self-criticism and depression.

Keywords: Sleep Quality; Compassion; Teachers; Intervention; Compassion mind training

1. Introdução

1.1. *Burnout* e problemas de sono, nos professores

A saúde no trabalho tem sido uma das grandes áreas de interesse nas investigações sobre o comportamento organizacional, devido à importância que deve ser dada tanto à saúde física como mental dos funcionários, para que consigam exercer o seu trabalho com qualidade e rentabilidade (Ferreira & Martinez, 2012; Harrison & Martocchio, 1998). Através do crescente aparecimento destas investigações, é possível observar que uma das classes profissionais mais afetadas por elevados níveis de stresse e de *burnout*, ao longo do desenvolvimento das suas carreiras, são os professores (Brand et al., 2010; Brown, 2012; Mousavy, Thomas, Mukundan, & Nimehchisalem, 2012).

Estas descobertas, geram uma maior preocupação em torno da implementação de investigações focadas na promoção do seu bem-estar e na melhoria da sua qualidade de vida profissional, visto que o seu mal-estar tem consequências negativas quer ao nível pessoal quer organizacional, criando também um impacto negativo na escola e no sucesso dos alunos (Brand et al., 2010; Brown, 2012; Kyriacou, 2001; Mousavy, Thomas, Mukundan, & Nimehchisalem, 2012; Thomas, 2004). Como fatores de stresse diários dos professores, e que contribuem para os níveis elevados de stresse e de *burnout* sentidos, surgem, por exemplo, as dificuldades em lidar com o comportamento de alguns alunos, a falta de motivação e de interesse dos mesmos, os problemas na relação professor-pais, a carga de trabalho e a pressão em termos de tempo, más condições de trabalho e o conflito entre colegas. Estes fatores, por vezes, acabam por ser determinantes na decisão dos que optam pelo abandono da profissão de professor, logo nos primeiros anos de trabalho (Brown, 2012; Ferreira & Martinez, 2012; Howard e Johnson, 2004; Kyriacou, 2001; Mousavy et al., 2012; Skaalvik & Skaalvik, 2007). Alguns professores têm tendência para desenvolver sintomas psicológicos mais problemáticos que outros, associado ao contexto profissional stressante que vivem diariamente. Estes podem variar entre casos menos graves, através da demonstração de alguma frustração ou ansiedade diárias, até sintomas mais graves, como é o caso da síndrome de *burnout* (Brown, 2012; Chan, 2007).

Maslach e Jackson (1981) definem a síndrome de *burnout*, de uma forma geral, como “um conjunto de comportamentos e atitudes relacionados com a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal diminuída”. Para Melamed et al. (2006), o termo *burnout* é percebido como “um estado de afetividade negativa, relacionado com sentimentos de exaustão emocional, fadiga física e cansaço cognitivo, resultantes da exposição a fatores de stresse diários”. O *burnout* acaba também por estar associado a diversas características, para além das já mencionadas, como a qualidade de sono pobre e o cansaço matinal, relacionados com o aumento da fadiga e sonolência diurnas e com a diminuição do bem-estar e do desempenho diário, podendo até resultar num distúrbio de sono a longo prazo (Brand et al., 2010; Butz & Stahlberg, 2018; Kemper et al., 2015; Souza et al., 2012).

Um estudo realizado por Souza, Oliveira, Sousa, & Azevedo (2018), no Brasil, permitiu perceber que, as diversas características associadas à profissão de professor, como a carga de trabalho e os níveis elevados de stresse e de *burnout*, podem desencadear problemas de saúde, como a privação parcial do sono, irregularidades no sono e no acordar, sonolência diurna e qualidade de sono pobre (Souza, Oliveira, Sousa, & Azevedo, 2018; Souza, Sousa, Belísio, & Azevedo, 2012). Dados disponibilizados pela OCDE (2014, 2016) demonstraram que, a carga de trabalho dos professores do ensino básico e do ensino secundário varia, em média, entre 37 a 40 semanas por ano, em diversos países, tendo em média, 38h de trabalho por semana, onde se inclui, não apenas as horas em sala de aula, como também a preparação das aulas, correção de exames e reuniões de professores. Com este acumular de horas semanais, certos fatores como a pressão no trabalho, a falta de apoio e o constante pensamento nos problemas do trabalho influenciam fortemente o sono, através de uma maior dificuldade em adormecer e de um despertar precoce ou frequente, que acaba por resultar igualmente num aumento do stresse no trabalho (Fujishiro, Farley, Kellemen, & Swoboda, 2017; Tornroos et al., 2017). Na literatura é demonstrado também que, o sono está altamente relacionado com o desempenho cognitivo, que é uma das capacidades importantes na eficácia da profissão de professor (Fujishiro, Farley, Kellemen, & Swoboda, 2017).

Os distúrbios do sono e a má qualidade de sono são duas das preocupações da saúde pública e das sociedades modernas, visto que, um terço da população geral,

apresenta sintomas associados a uma perturbação do sono, sendo a insónia o problema de sono mais prevalente (American Academy of Sleep Medicine, 2005; American Psychiatric Association, 2014; Butz & Stahlberg, 2018). Como forma de definição e caracterização do sono, Carskadon & Dement (2000) propuseram que, este pode ser visto como “um estado comportamental reversível de “desligamento” perceptivo e ausência de responsividade ao meio ambiente”. A atividade cerebral durante o sono, verificada por um eletroencefalograma (EEG), demonstra a existência de dois momentos de sono: o sono REM (*Rapid Eye Movement*), com movimentos oculares rápidos e o sono não REM, por sua vez dividido em 4 fases, que vão desde o sono leve ao mais profundo (Bogusch et al., 2016; Steiger & Kimura, 2010). Apesar da relação entre a qualidade do sono e a duração do sono, estes conceitos são teoricamente e empiricamente distintos entre si, sendo que, a qualidade do sono acaba por ser uma avaliação subjetiva do indivíduo, onde é indicado pelo próprio a frequência com que sente andar a dormir bem ou não, ao longo de várias noites e a duração de sono caracteriza-se pela quantidade total de horas que a pessoa realmente dormiu, que pode diferir do tempo que a pessoa esteve deitada na cama. Assim sendo, é possível dormir um número de horas considerado adequado, mas sentir que o sono teve uma qualidade pobre, ou o contrário, sentir que o sono foi de boa qualidade, mas dormir poucas horas (Barclay, Eley, Buysse, Tijdsijk & Gregory, 2010; Buysse et al., 1989; Hülshager et al., 2015).

Segundo a National Sleep Foundation (2015), as durações de sono consideradas saudáveis devem estar dentro de um intervalo de 7 a 9 horas de sono, por noite (em adultos, até aos 64 anos), mas quando estas não são cumpridas, pode existir um distúrbio de sono, sendo a insónia considerada um dos mais prevalentes. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a característica principal para o diagnóstico de uma perturbação de insónia é a insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono, acompanhada de queixas de dificuldade em iniciar ou em manter o sono (APA, 2014).

A regulação do sono e a manutenção do mesmo como saudável está, então, relacionada a fatores importantes, como a reposição da energia física e do humor, a manutenção de uma boa função imunológica, um funcionamento cognitivo melhorado, especificamente em relação ao armazenamento e recuperação de

memórias, e na precisão da velocidade de desempenho em tarefas cognitivas complexas. Assim sendo, na existência de distúrbios ao nível do sono, estarão também a eles associados, problemas fisiológicos, como a hipertensão e o cancro, e problemas psicológicos, como a ansiedade, a depressão, as perturbações do humor e a demência, tornando-se assim, algo vital na vida do ser humano, como forma de manutenção da função cerebral, do sistema imunológico, metabólico e cardiovascular (Butz & Stahlberg, 2018; Kim, Park, & Seo, 2016).

1.2. Terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração: terapia focada na compaixão e treino da mente compassiva

As terapias cognitivo-comportamentais são um grupo de intervenções psicológicas que têm demonstrado maior eficácia assim como um grande suporte empírico, em comparação a outras terapias psicológicas, e que foram passando por diversas gerações, nomeadamente a primeira geração (terapia comportamental), a segunda geração (terapia cognitiva) e a terceira geração (abordagem mais contextualista das terapias cognitivas e comportamentais tradicionais; Hayes & Hofmann, 2017; Hayes et al., 2006; Hofmann et. al, 2012;). Em 1990, surgem as terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, o que trouxe alterações significativas às abordagens mais tradicionais, concentrando os esforços na mudança da função das experiências psicológicas, em vez da mudança das próprias experiências, através do desenvolvimento de estratégias de *mindfulness*, aceitação e compromisso, autocompaixão e fusão cognitiva (Hayes, Follette, & Linhean, 2004; Hayes et. al, 1999). As abordagens e modelos relacionados com a intervenção em terceira geração compreendem diversas terapias, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 1999), a Terapia de Redução do Stresse, através do *Mindfulness* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982) e a Terapia Focada na Compaixão (CFT; Gilbert, 2009a), entre outras. Diversos estudos têm demonstrado a eficácia destas abordagens, na redução dos sintomas de *burnout* e dos problemas de sono (apesar de ainda serem escassos os estudos associados a esta última vertente), visto estarem bastante interligadas com a aprendizagem de estratégias pessoais de *coping*, técnicas de relaxamento e formas de aumentar o suporte social do indivíduo (Bogusch, Fekete, & Skinta, 2016; Butz & Stahlberg, 2018; Dreison et al., 2016; Emery & Vandenberg,

2010; Gong et al., 2016; Hülshager, Feinholdt, & Nübold, 2015; Kemper, Mo, & Khayat, 2015; Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017; Mesmer-Magnus, Manapragada, Viswesvaran, & Allen, 2017; Päivi, Sitwat, Harri, Joonas, & Raimo, 2019).

O ser humano é constituído por um sistema biológico inato, evoluído ao longo de milhões de anos, motivado para prestar atenção às necessidades de cuidado e tranquilização do outro, através da evolução de competências para a deteção de sinais de desconforto e redução do mesmo, nas crianças (seres dependentes de cuidados), através do fornecimento de alimento, de conforto e de um suporte vincutivo, para que possam crescer e desenvolver de uma forma saudável (Gilbert, 2015, 2018). A evolução destas competências relacionadas com o cuidar do outro, trouxeram vantagens tanto ao nível da sobrevivência infantil, como da sobrevivência como seres sociais e sexuais, para salvaguarda da reprodução e da continuação da espécie humana (Gilbert et al., 2017; Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010).

A Terapia Focada na Compaixão (TFC) é uma abordagem evolucionária que pretende compreender a natureza humana como propensa ao sofrimento, enquanto seres biológicos evoluídos. Esta terapia procura, acima de tudo, localizar problemas de saúde mental que causem sofrimento, de forma a aliviá-lo através do conhecimento dos mais diversos processos cerebrais evoluídos e das suas funções, como também pretende aumentar a capacidade do indivíduo para se auto-motivar a contactar, maioritariamente, com comportamentos e emoções afiliativas para consigo e para com os outros, prestando também maior atenção à emoções e ao discurso interior (Gilbert, 2009b, 2015, 2017, 2018; Gilbert & Choden, 2013; Gilbert, McEwan, Catarino, & Baião, 2014; Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017). Para além disso, a TFC pretende ajudar os indivíduos a compreenderem o processo de evolução do cérebro humano, até aos dias de hoje, reconhecendo que apesar dos benefícios associados, como as competências cognitivas complexas (capacidade de imaginação, de pensamento sobre o passado e futuro, de sermos conscientes, de pensamento sobre as nossas emoções e de sermos empáticos), também nos tornou vulneráveis à ruminação, à ansiedade, ao stresse, à depressão, à vergonha e ao autocriticismo (Gilbert 2009b; Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017).

Como conceito base desta terapia está a Compaixão, conceito este que tem vindo a ser discutido desde há milhares de anos por tradições espirituais e religiosas e que,

atualmente, pode ser visto como um conceito multidimensional, que une diversas características como, a motivação para cuidar do outro, a simpatia, a tolerância a emoções negativas, a compreensão empática e a arte de não julgar (Gilbert, 2009b; Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010; Kirby & Gilbert, 2017; Kirby et al., 2017; Matos, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2017).

Paul Gilbert (2014), autor da Terapia Focada na Compaixão, define compaixão como “a sensibilidade ao sofrimento no próprio e nos outros, com o profundo compromisso de o tentar aliviar ou prevenir”. A literatura refere a existência de três tipos de fluxos/orientações da compaixão, nomeadamente, a compaixão dirigida ao próprio (autocompaixão), a compaixão dirigida aos outros e a abertura para receber compaixão dos outros (Gilbert, 2018; Gilbert et al., 2011). As qualidades centrais associadas à mente compassiva, são a sabedoria, relacionada com a experiência de vida e a humanidade em comum, a força e autoridade, relacionadas com o trabalho a nível corporal e respiratório e, o compromisso para se agir como ser compassivo, relacionado com o suporte, a utilidade e a empatia para com os outros (Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017). Para Neff (2003), a autocompaixão é definida como uma forma de “experienciar sentimentos de cuidado e de bondade para com o próprio, através de uma atitude de compreensão e de não julgamento em relação aos fracassos e à inadequação, reconhecendo que, cada experiência faz parte da experiência de humanidade comum”.

O funcionamento da mente humana, na TFC, é explicado através dos três sistemas básicos de regulação de afeto, constituídos pelo: Sistema de Ameaça (tem como função o reconhecimento rápido de possíveis perigos para o indivíduo, produzindo automaticamente uma resposta emocional e uma resposta comportamental protetora; é um sistema bastante associado a emoções como a raiva, a ansiedade e o nojo, assim como comportamentos defensivos de luta, de fuga, de submissão e de congelamento, como forma de proteção); Sistema de Recursos/Recompensas (tem como função a procura de afeto positivo que proporcione alguma energia e nos guie na procura de bens essenciais à nossa sobrevivência, assim como na satisfação de desejos ou metas importantes a serem atingidas; é um sistema bastante associado a emoções de prazer e vitalidade, com o objetivo da sobrevivência e da reprodução); Sistema de Afiliação/Tranquilização

(tem como função ser o principal regulador dos outros sistemas, ajudando na redução da sensibilidade a estímulos ameaçadores e aumentando o estado de contentamento associado ao bem-estar, à calma e à tranquilidade; é um sistema bastante relacionado aos comportamentos de afiliação, de ligação e de tranquilização, nas relações sociais e, associado ao aumento da hormona oxitocina). A Terapia Focada na Compaixão pretende assim ativar, essencialmente, o processamento do sistema de afiliação/tranquilização, mas em certos indivíduos autocríticos pode causar o efeito contrário, ativando ainda mais o sistema de ameaça, uma vez que estes sentem mais dificuldades em imaginar-se como seres compassivos (Duarte, McEwan, Barnes, Gilbert, & Maratos, 2015; Gilbert, 2009a; Kirby, 2016).

O Treino da Mente Compassiva (TMC), incorporado na Terapia Focada na Compaixão, surge como umas das abordagens práticas aos três fluxos da compaixão, sendo constituído por um conjunto de práticas que pretendem explorar a capacidade de desenvolvimento e incorporação das qualidades compassivas, como também pretendem trabalhar diversos processos fisiológicos, nomeadamente, a postura corporal, a respiração de ritmo calmante, o tom de voz e as expressões faciais amigáveis (Gilbert, 2018; Gilbert e Choden, 2013; Keltner, 2014; Kirby, 2016; Matos et al., 2017; Matos, Duarte, Duarte, Gilbert, & Pinto-Gouveia, 2018; McEwan & Gilbert, 2015). Através das práticas utilizadas na TMC, pretende-se, igualmente, a ativação do sistema nervoso parassimpático que, segundo a teoria de Porges (2007), funciona como um regulador/tranquilizador do sistema nervoso simpático, que acaba por melhorar a frequência cardíaca, acalmar o ritmo respiratório e diminuir a hipersensibilidade às ameaças percebidas. Diversos estudos (e.g. Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008), relacionam a ativação do sistema nervoso parassimpático ao aumento da variabilidade cardíaca (indicador fisiológico de resposta adaptativa ao stresse), através da diminuição do stresse e do aumento de sentimentos e comportamentos afiliativos, sendo que estas associações podem, de forma mais indireta, ter um impacto na melhoria da qualidade de sono e na diminuição de problemas de sono (Gilbert, 2015; Gilbert, 2018; Kirby, 2016; Matos et al., 2017).

Como uma das abordagens práticas aos três fluxos da compaixão, o Treino da Mente Compassiva permite o desenvolvimento de emoções positivas, relacionadas

com a vinculação, conexão e afiliação, que contribuem significativamente para uma melhoria do bem-estar, através do aumento da felicidade, do otimismo, da sabedoria, da satisfação com a vida, da saúde mental e da harmonia social, como verificado nos mais diversos estudos. Contribuem, também, para efeitos significativos neurofisiológicos, nomeadamente no córtex pré-frontal, pois é a área do cérebro associada à ativação do afeto positivo (Barnard & Curry, 2011; Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011; Gilbert et al., 2014; Hofmann, Grossman, & Hinton, 2011; Kirby, 2016; Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer, 2013; Matos et al., 2017; Matos, Duarte, Duarte, Gilbert, & Pinto-Gouveia, 2018; Matos, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2017).

1.3. Eficácia da terapia focada na compaixão e do treino da mente compassiva

Nos últimos 20 anos, houve um aumento significativo do interesse e das investigações relacionadas com os benefícios físicos e psicológicos da compaixão, pois tem-se vindo a tornar num importante contributo para o desenvolvimento e auto-ajuda dos indivíduos (Fredrickson et al., 2008; Gilbert, 2014; Hofmann et al., 2011; Keltner et al., 2014; Kirby, 2016; Matos, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2017).

Relativamente à sintomatologia associada ao *burnout*, os estudos revelam que, as intervenções focadas na compaixão, têm tendência a diminuir a sintomatologia depressiva, associada a fatores de vulnerabilidade como o autocrítico, a vergonha e a falta de apoio nas relações interpessoais (Gilbert et al., 2014; Gilbert et al., 2017; Hermanto et al., 2016; Sin & Lyubomirsky, 2009). Diversas investigações chegaram à conclusão de que, os indivíduos com maior sintomatologia depressiva, maior ansiedade, insegurança e autocrítico, demonstram ter um processamento emocional diminuído relativamente a sinais sociais de afiliação, como as expressões faciais positivas, a bondade e a compaixão dos outros (McEwan, Gilbert, Dandeneau, Lipka, Maratos, et al., 2014). Já indivíduos mais seguros e menos autocríticos, demonstram ser mais sensíveis e atentos a estados emocionais, às suas necessidades e às dos outros, sendo capazes de empatizar e de fornecer cuidados mais facilmente e com menos sofrimento (Gilbert et al., 2011).

Relativamente a estudos de eficácia do TMC, um estudo realizado por Fredrickson et al. (2008), concluiu que, um programa de Treino da Mente Compassiva, com apenas seis sessões de grupo e práticas realizadas em casa (através da escuta de meditações compassivas), aumentaram significativamente as emoções positivas, o *mindfulness* e o apoio social, diminuindo a sintomatologia psicopatológica. No estudo de Pace et al. (2009), foi possível perceber que, com apenas 6 semanas de meditações focadas na compaixão, houve melhorias ao nível da função imunológica, da resposta neuroendócrina e comportamental ao stresse. Em relação ao estudo de Matos et al. (2017), foi desenvolvido um estudo piloto, para uma amostra não clínica, com o objetivo de explorar o impacto de um Treino da Mente Compassiva, ao longo de duas semanas, através de medidas emocionais, de autoavaliação, psicopatológicas e da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), onde verificaram que no grupo experimental, em comparação ao grupo de controlo, houve um aumento significativo do afeto positivo, do relaxamento, da segurança, da autocompaixão e da compaixão para com os outros assim como, reduções significativas da vergonha, do autocriticismo, dos medos da compaixão e do stresse. Por último, está também demonstrado, em diversos estudos, que a autocompaixão ajuda na diminuição do impacto do stresse, associado a pensamentos ruminativos, bastante presentes na sintomatologia depressiva e nos distúrbios de sono (Butz & Stahlberg, 2018; Kirby et al., 2017; Leary, Tate, Adams, Allen e Hancock, 2007; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff & Vonk, 2009; Raes, 2010).

Em relação aos estudos de eficácia do Treino da Mente Compassiva na qualidade de sono, Butz & Stahlberg, (2018) realizaram uma intervenção focada na autocompaixão, durante uma semana, com uma amostra clínica e uma não clínica, onde foi possível perceber a existência de uma relação positiva entre a autocompaixão e a qualidade de sono e uma relação negativa entre os pensamentos ruminativos e a qualidade de sono. Com este estudo, os autores concluíram haver evidências significativas de que, uma intervenção focada na autocompaixão pode aumentar substancialmente a qualidade de sono, num curto espaço de tempo (Butz & Stahlberg, 2018). O estudo de Kemper et al., (2015), teve como objetivo a recolha de diversos questionários de autorresposta, numa amostra de profissionais de saúde, com o intuito perceber a relação entre a autocompaixão, o *mindfulness* e, a sua

relação com fatores associados ao *burnout*, como por exemplo, a qualidade de sono pobre. Com este estudo, foi possível perceber que o sono está significativamente relacionado com a autocompaixão, assim como os distúrbios de sono estão altamente relacionados com o stresse percebido e com diversos problemas de saúde.

Depreende-se então que, a Intervenção Focada na Compaixão e o Treino da Mente Compassiva, apresentam efeitos benéficos em diversas características associadas ao *burnout*, que, de uma forma geral, reduzem a sintomatologia depressiva, a ansiedade e o stresse (e.g. Gilbert et al., 2014; Hermanto et al., 2016; Matos et al., 2017). No entanto, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos publicados sobre os efeitos da Intervenção Focada na Compaixão e do Treino da Mente Compassiva, no aumento da qualidade de sono/diminuição de problemas de sono, em específico, sendo que apenas existem estudos com intervenções curtas focadas na autocompaixão, direcionadas para o sono.

Desta forma, torna-se importante e necessário investigar este aspeto, assim como promover os programas de intervenção focada na compaixão e o treino da mente compassiva nas classes profissionais com níveis mais elevados de stresse, como é o caso dos professores, para que estes possam desenvolver ferramentas interpessoais que lhes permita aumentar os fatores de proteção em relação às vulnerabilidades presentes no dia-a-dia da sua profissão (Brand et al., 2010; Brown, 2012; Kemper et al., 2015).

1.4. Objetivos e hipóteses

O presente estudo teve então, três objetivos primordiais, pretendendo, com o primeiro objetivo, explorar/compreender a qualidade de sono e problemas associados, numa amostra de professores e psicólogos escolares, inscritos para realizar o programa das Escolas Compassivas. Com o segundo objetivo, procurámos explorar, analisar e perceber, nesta mesma amostra, as relações entre a qualidade de sono e os indicadores de bem-estar e saúde mental, como a autocompaixão, a compaixão em relação aos outros, a disponibilidade para receber compaixão e o afeto positivo, assim como as relações entre qualidade de sono pobre e indicadores de mal-estar, como o autocriticismo, o *burnout*, a sintomatologia depressiva, a ansiedade e o stress. Por último, com o terceiro objetivo, quisemos testar o impacto de um

programa de treino da mente compassiva (Escolas Compassivas), para os professores, na qualidade de sono e problemas associados. A escolha da amostra, teve como sustentação a literatura já existente, que caracteriza os professores como umas das classes profissionais mais afetadas por elevados níveis de stresse sendo, por isso, um grupo que se esperaria beneficiar com este tipo de intervenção, pela eficácia já demonstrada nos mais diversos problemas fisiológicos e psicológicos.

Considerando investigações e literatura anteriores, é de esperar que a qualidade de sono demonstrada pelos professores seja pior em comparação com a população geral, visto serem uma das classes profissionais com níveis mais elevados de stresse e de *burnout*. Adicionalmente, é possível colocar a hipótese de que, a qualidade de sono estará positivamente associada a indicadores de funcionamento psicológico adaptativo como, por exemplo, a autocompaixão, ser compassivo para com os outros, estar disponível para receber compaixão dos outros e, negativamente associada a indicadores de funcionamento psicológico desadaptativo, como por exemplo, o autocriticismo, o *burnout*, sintomatologia depressiva, ansiedade e stresse. Por último, coloca-se também a hipótese de que, o treino da mente compassiva, para professores, revele um impacto benéfico na qualidade de sono, prevendo-se uma melhoria desta variável nos professores do grupo experimental, em comparação com os do grupo de controlo/*waiting list*.

2. Metodologia

2.1. Participantes

No presente estudo participaram 143 professores e 8 psicólogos (amostra total de 151 indivíduos), de escolas da Região Centro de Portugal, nomeadamente 27 participantes (17,9%) de Agrupamentos-Escola de Coimbra, 80 participantes (53,0%) de Agrupamentos-Escola do Sátão e 44 participantes (29,1%) de um Agrupamento-Escola de Viseu. A idade dos participantes está compreendida entre os 25 e os 63 anos ($M = 51.58$; $DP = 7.18$). Desta amostra, 11 são do género masculino (7,3%) e 140 são do género feminino (92,7%), sendo que os homens apresentam uma média de idades de 52.18 ($DP = 5.90$) e as mulheres uma média de idades de 51.53 ($DP = 7.29$).

Através de algumas variáveis sociodemográficas, foi possível perceber que a distância a que vivem das escolas onde trabalham, corresponde a um intervalo entre 0,1 km a 60 km de distância ($M = 9.11$; $DP = 10.40$) e que apresentam um intervalo de anos de serviço entre 0 e os 41 anos ($M = 27.17$; $DP = 8.33$).

Foram feitas análises para amostras independentes, a partir das quais se obtiveram valores do Teste de Levene e do Teste t , como forma de verificar a homogeneidade das variâncias e as diferenças entre os dois grupos (experimental e controlo/*waiting list*) na variável Idade. Neste caso, observa-se que as variâncias são diferentes entre os dois grupos, na variável acima referida. Utilizou-se os valores do Teste t para variâncias não homogêneas e os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo/*waiting list* ($t_{(138,84)} = 0.71$, $p = .480$) relativamente à Idade. A análise do teste Qui-Quadrado (χ^2), para a variável Sexo (através do valor de correção de continuidade), demonstrou que não há diferenças significativas na distribuição dos sexos entre os dois grupos ($\chi^2 = 0.00$, $p = 1.000$).

2.2. Instrumentos

Os questionários de autorresposta administrados aos participantes correspondem a medidas de avaliação psicológica adaptadas e validadas para a língua portuguesa. Foram então utilizados, os seguintes instrumentos:

Escala de Ações e Motivações Compassivas (EMAC; Steindl, Tellegen, Filus, Seppala, Doty & Kirby, 2018) Esta escala pretende medir tanto as ações e motivações autocompassivas, como as ações e motivações compassivas, de forma a ser usada na prática clínica e em investigações. É composta por 30 itens e por duas subescalas, com 18 itens a pertencerem à subescala das Ações e Motivações Autocompassivas e com 12 itens a pertencerem à subescala das Ações e Motivações Compassivas. É uma escala de resposta do tipo Likert de 7 pontos (1 = Discordo completamente; 7 = Concordo Completamente), estando ambas as subescalas divididas em três fatores avaliados, nomeadamente a Ação, a Intenção e a Tolerância ao Stresse.

No presente estudo, as subescalas da EMAC apontam para um α de Cronbach de .85 para as Ações e Motivações Compassivas e de .91 para Ações e Motivações Autocompassivas.

Escala de Tipos de Afeto Positivo (ETAP; Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008; tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia, Dinis, & Matos, 2008) Esta escala pretende avaliar o grau em que os sujeitos experienciam diferentes tipos de emoções positivas, associadas à ativação dos dois sistemas de regulação de afeto positivo, através da resposta com a frequência com que cada emoção é característica para si, num conjunto de 18 palavras. É uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos (0 = Nada característico em mim; 5 = Muito característico em mim), que pretende focar-se especificamente em 3 fatores associados aos sistemas de regulação de afeto positivo, nomeadamente a Ativação, o Relaxamento e a Segurança. A versão da ETAP, utilizada neste estudo, foi traduzida e adaptada por Dinis, Matos e Pinto-Gouveia (2008), para a população portuguesa, tendo demonstrado, nas subescalas, um α de Cronbach de .89 para o Afeto Positivo Ativo, de .89 para o Afeto Positivo Relaxado e .78 para o Afeto Positivo Seguro.

No presente estudo, as subescalas da ETAP apontam para um α de Cronbach de .87 para o Afeto Positivo Ativo, de .91 para o Afeto Positivo Relaxado e .71 para o Afeto Positivo Seguro.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-21; Lovibond & Lovibond 1995; tradução e adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) Esta versão reduzida, de 21 itens, da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-42), consiste em três subescalas que pretendem medir a depressão, a ansiedade e o stresse. Os participantes respondem perante o quão as afirmações foram aplicáveis ou não para si, ao longo da última semana, através de uma escala de Likert de 4 pontos 0-3 (0 = Não se aplicou nada a mim; 3 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes). As subescalas da DASS-21 apontam para um α de Cronbach de .94 para a Depressão, de .87 para a Ansiedade e .91 para o Stresse (Antony et al. 1998). Contém afirmações como, “tive dificuldades em me acalmar”,

“não consegui sentir nenhum sentimento positivo” e “senti que estava a utilizar muita energia nervosa”.

No presente estudo, as subescalas da DASS-21 apontam para um α de Cronbach de .88 para a Depressão, de .84 para a Ansiedade e .87 para o Stresse.

Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBM/MBSM; Armon, Shirom, & Melamed, 2012; tradução e adaptação de Gomes, 2012) Este instrumento é constituído por 14 itens, tendo como objetivo a avaliação de 3 dimensões relacionadas com o *burnout*: fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva. Os itens são respondidos através de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos (1 = Nunca ou quase nunca; 7 = Sempre ou quase sempre) e a pontuação é obtida através da soma total dos itens de cada subescala. Assim sendo, valores mais elevados significam maiores níveis de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva, o que corresponde a níveis elevados de *burnout*. Para cada subescala, apresenta um α de Cronbach de .94 para a Fadiga Física, um α de Cronbach de .97 para a Fadiga Cognitiva e um α de Cronbach de .87 para a Exaustão Emocional.

Na presente investigação, as subescalas da MBSM apontam para um α de Cronbach de .93 para a Fadiga Física, um α de Cronbach de .96 para a Fadiga Cognitiva e um α de Cronbach de .86 para a Exaustão Emocional.

Escala dos Medos da Compaixão (FOC; Gilbert et al., 2011; tradução e adaptação de Matos, Pinto-Gouveia, Duarte & Simões, 2016) Esta escala está dividida em 3 subescalas, sendo elas os medos da autocompaixão (15 itens), os medos da compaixão para com os outros (9 itens) e os medos de receber compaixão dos outros (13 itens). Os itens são cotados numa escala de *Likert* de 5 pontos (0= Discordo totalmente; 4= Concordo totalmente) e os estudos originais demonstraram uma boa fiabilidade, com um α de Cronbach de .92 para os Medos da Autocompaixão, de .84 para os Medos da Compaixão em Relação aos Outros e de .85 para os Medos em Receber Compaixão dos Outros.

Neste estudo, as subescalas da FOC demonstram um α de Cronbach de .89 para os Medos da Autocompaixão, de .88 para os Medos da Compaixão em Relação aos Outros e de .88 para os Medos em Receber Compaixão dos Outros.

Escala de Formas de Autocriticismo/ Auto-ataque e Auto-tranquilização (FSCRS; Gilbert et al. 2004; tradução e adaptação de Castilho & Pinto Gouveia, 2011) Esta escala de 22 itens pretende avaliar os pensamentos e sentimentos dos participantes sobre eles próprios, em situação de fracasso percebido, ou seja, tem como objetivo a medição de respostas de autoavaliação relacionadas com a crítica e a auto-tranquilização perante obstáculos ou decepções. Os participantes respondem através de uma escala de Likert de 5 pontos (varia desde 0 = nada parecido comigo até 4 = extremamente parecido comigo), onde descrevem a forma como habitualmente pensam ou reagem em situações onde as coisas correram mal. A escala acaba por medir duas formas de autocriticismo: o Eu inadequado, focado num sentido de inadequação pessoal e o Eu detestado, que mede o desejo de magoar ou perseguir o eu. Neste estudo, o total do autocriticismo é calculado através da soma dos resultados do Eu inadequado com o Eu detestado. Para além disto, esta escala acaba também por medir a auto-tranquilização e o suporte quando as coisas não correm bem. Esta escala tem um α de Cronbach de .90 para o Eu Inadequado, de .86 para o Eu Detestado e de .86 para o Eu Tranquilizador. Um conjunto de estudos replicados suportam a fiabilidade desta escala (e.g. Baião et al. 2014; Castilho et al. 2015; Kupeli et al. 2013).

As subescalas da FSCRS apresentaram, neste estudo, um α de Cronbach de .67 para o Eu Inadequado, um α de Cronbach de .80 para o Eu Detestado e um α de Cronbach de .86 para o Eu Tranquilizador.

Escalas de Ação e Atributos Compassivos (EAAC; Gilbert et al., 2017)

A compaixão normalmente é caracterizada por dois componentes: (1) uma sensibilidade para o próprio sofrimento e para o dos outros e (2) o compromisso de tentar aliviar e prevenir o sofrimento (Gilbert & Choden, 2013). Esta escala, dividida em 3 subescalas (autocompaixão, compaixão em relação aos outros e receber compaixão dos outros), pretende medir os diferentes elementos destes dois componentes da definição de compaixão, podendo ser analisada de forma separada, através dos aspetos tanto do compromisso como da ação, como também pode ser analisada como um único fator. No seu estudo original apresentou, um α de Cronbach de .90 para a para as Ações Autocompassivas, um α de Cronbach de .77 para os

Atributos Autocompassivos, um α de Cronbach de .94 para as Ações Compassivas em relação aos Outros, um α de Cronbach de .90 para os Atributos Compassivos em relação aos Outros, um α de Cronbach de .91 para as Ações Compassivas de Receber Compaixão dos Outros e, por último, um α de Cronbach de .89 para os Atributos Compassivos de Receber Compaixão dos Outros (Gilbert et al. 2017).

As subescalas da EAAC apresentaram, neste estudo, um α de Cronbach de .73 para a para as Ações Autocompassivas, um α de Cronbach de .79 para os Atributos Autocompassivos, um α de Cronbach de .63 para as Ações Compassivas em relação aos Outros, um α de Cronbach de .63 para os Atributos Compassivos em relação aos Outros, um α de Cronbach de .80 para as Ações Compassivas de Receber Compaixão dos Outros e, por último, um α de Cronbach de .73 para os Atributos Compassivos de Receber Compaixão dos Outros.

Escala de Satisfação com a Vida de Professor (ESVP; adaptação da versão da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), de Diener et al., 1985, para os professores) Esta escala pretende avaliar a satisfação dos professores com a sua vida profissional, através de uma escala de Likert de 5 pontos (varia entre 1 = Discordo Muito a 5 = Concordo Muito). A pontuação total passa pela soma dos itens que pode variar entre o valor mínimo de 5 e o valor máximo de 25 pontos, atribuindo o valor mínimo a menor satisfação com a vida de professor e o valor máximo a uma maior satisfação com a vida de professor. A escala mostrou-se robusta nos diversos estudos realizados, obtendo um valor de α de Cronbach de 0.78.

No presente estudo, foi obtido um α de Cronbach de 0.83.

Escala Básica de Queixas de Insónia e Qualidade de Sono *Plus* (BASIQS +; Gomes et al., 2015) Esta escala apresenta-se dividida em 2 secções, sendo então composta por uma parte com a BASIQS nuclear e por outra parte com questões alusivas a horários e durações de sono, assim como à perceção de problemas de sono por parte dos indivíduos que respondem. A BASIQS nuclear, tem como objetivo a avaliação de queixas de insónia e a noção de qualidade de sono, sendo constituída por 7 itens acerca de acontecimentos relativos à última semana. Cada item é avaliado numa escala de 5 pontos (0 – 4, sendo a cotação dos dois últimos itens

invertida) e a pontuação total pode variar entre 0 e 28 pontos, onde pontuações mais elevadas traduzem mais queixas de insónia ou uma qualidade de sono pobre. A escala mostrou-se robusta nas diferentes populações estudadas, universitária e idosa, obtendo valores α de Cronbach de cerca de 0.73-0.76 e de 0.84 em população adulta não estudante (Gomes et al., 2015, 2017). Verificou-se, de igual modo, nas três populações, que a exclusão de qualquer item da escala não aumentava o índice de consistência interna, o que demonstra que todos os itens se correlacionam entre si e são homogéneos. Relativamente à segunda secção relacionada com os horários e durações de sono, assim como a própria perceção da existência de um problema de sono, tem como objetivo completar a informação que se obtém através do valor total da BASIQS nuclear, pretendendo assim compreender um pouco mais o valor obtido assim como conhecer com mais pormenor as rotinas de sono da pessoa que responde à escala.

No presente estudo, foi obtido um α de Cronbach de 0.81.

2.3. Procedimento

O presente estudo está inserido numa investigação mais alargada relacionada com o desenvolvimento e implementação do Programa Escolas Compassivas, uma intervenção que pretende, através do treino da mente compassiva, melhorar a regulação emocional, diminuir o *burnout* e promover o bem-estar dos professores, percebendo também o seu impacto indireto nos alunos. A recolha da amostra e todos os procedimentos do estudo respeitaram todas as exigências éticas e os princípios deontológicos inerentes à investigação científica. Os participantes que aceitaram participar nesta investigação, tanto professores como psicólogos escolares, tiveram acesso a informação detalhada relativamente à forma voluntária e confidencial da sua participação assim como da recolha de dados, tendo-lhes sido disponibilizado um consentimento informado antes de iniciarem o preenchimento dos questionários. De acrescentar que, para além dos professores, os psicólogos escolares também foram convidados a participar no programa, como forma de promoção da sustentabilidade do mesmo dentro das escolas.

A amostra foi recrutada entre 4 escolas da Região Centro de Portugal, estando 3 escolas localizadas em duas cidades (Coimbra e Viseu) e 1 escola localizada numa

vila (Satão). Relativamente ao procedimento de formação dos grupos, tiveram lugar dois tipos de procedimentos. O procedimento intra-escola, realizado no Satão (por ser o grupo de escolas com maior número de professores inscritos), onde foi feita uma distribuição aleatória de todos os participantes inscritos pelo grupo de controlo */waiting list* e pelo grupo experimental. O procedimento inter-escolas, realizado nas restantes escolas (não houve aleatorização, pelo número de inscritos ser mais reduzido), resultou na formação de um grupo experimental numa escola e paralelamente os professores da outra escola funcionavam como grupo de controlo */waiting list* destes, sendo que no final, os grupos de controlo eram convidados a realizar a intervenção após o segundo momento de avaliação (T1). Do grupo experimental, fizeram parte 76 professores (50,3%) e do grupo de controlo */waiting list*, fizeram parte 75 professores (49,7%).

A avaliação foi realizada em três momentos: a *baseline*/pré-intervenção (T0 - grupo experimental e grupo de controlo */waiting list*), o pós-intervenção (T1 - grupo experimental e grupo de controlo */waiting list*) e o pós-intervenção 2 (T2 - apenas os participantes do grupo de controlo */waiting list* que realizaram a intervenção entre o T1 e o T2), sendo então o grupo de controlo */waiting list* avaliado nos três momentos e o grupo experimental apenas avaliado em 2 momentos.

A implementação do programa das Escolas Compassivas decorreu de outubro 2018 a maio de 2019, compreendendo 4 fases no tempo: de outubro a novembro, procedeu-se à recolha dos questionários da *baseline* para o grupo experimental e para o grupo de controlo */waiting list* (T0) e dois grupos de professores, pertencentes ao grupo experimental, iniciaram intervenção (Grupo 1 Satão e Grupo 1 Coimbra); de dezembro a janeiro, foi realizada a recolha dos questionários pós-intervenção (T1) do grupo experimental e do grupo de controlo */waiting list*, já iniciados, como também começaram a intervenção, em janeiro, dois novos grupos de professores já pertencentes ao grupo de controlo */waiting list* (Grupo 2 Satão e Grupo 1 Viseu); em março, foi efetuada a avaliação (T2) destes dois últimos grupos, assim como foi realizada a avaliação na *baseline* (T0), de dois novos grupos experimentais de professores (Grupo 2 Coimbra e Grupo 3 Satão), que iniciaram a intervenção; em maio, foi realizada a avaliação pós-intervenção (T1) destes dois últimos grupos.

Nos momentos de avaliação, os participantes completavam um conjunto de questionários de autorresposta, correspondentes a medidas de indicadores psicológicos de bem-estar e saúde mental (cf. Ponto 2.2. Instrumentos), como também lhes foi medido a variabilidade cardíaca (este indicador fisiológico de resposta adaptativa ao stress não foi objeto de estudo nesta dissertação). Para além disso, foi pedido aos participantes que preenchessem um questionário de feedback qualitativo, semanal, acerca de cada sessão, assim como um diário da prática (Matos, Duarte, Duarte, Gilbert, & Pinto-Gouveia, 2018), com questões sobre a frequência e a utilidade da prática, e sobre a capacidade de conseguirem agir ou de se sentirem como o seu Eu compassivo no quotidiano e em momentos de dificuldade.

A intervenção do programa das Escolas Compassivas, foi desenvolvido com base no treino da mente compassiva (Gilbert, 2014; Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017) e adaptado ao contexto escolar, especificamente para professores. É um programa que consiste em 6 módulos, distribuídos por 8 sessões de grupo semanais, com uma duração de 2 horas cada. As sessões englobaram uma componente de psicoeducação, onde foram abordados conteúdos relacionados com a compaixão, a natureza evolutiva da mente humana, os sistemas de regulação de afeto e a regulação emocional, o conceito de múltiplos Eu's emocionais, o autocrítico e, como trazer a compaixão para o dia-a-dia pessoal e profissional/escolar, e uma componente experiencial, através de práticas de treino da mente compassiva que englobavam exercícios como, a respiração de ritmo calmante, a postura corporal, as expressões faciais e o tom de voz amigáveis, práticas de *mindfulness*, práticas de *imagery*, de visualização e cultivo do Eu compassivo e práticas focadas na utilização da mente compassiva para lidar com os múltiplos Eu's e com o autocrítico.

Para além das sessões formativas semanais, os participantes tiveram acesso a um *site online* (<https://escolascompassivas.wixsite.com/cmtescolas>), onde acediam à informação acerca do projeto Escolas Compassivas, do treino da mente compassiva e outra informação de psicoeducação. Neste *site*, os participantes (através do uso de uma *password*), tinham acesso a um manual *online* com informação de psicoeducação, orientações e sugestões para as práticas experienciais, como também tiveram acesso a um conjunto de ficheiros de áudio (que poderiam descarregar), com as instruções das práticas. Para além disso, eram enviados a todos os participantes

que estavam a realizar a intervenção, *emails* semanais com informação acerca de conteúdos chave da sessão anterior, citações ou poemas relacionados, motivações/encorajamentos para a prática e os ficheiros áudio com as práticas indicadas para realizarem até à sessão seguinte. Era pedido que tentassem praticar os exercícios sugeridos todos os dias e que tentassem incorporar as qualidades do Eu compassivo no seu dia-a-dia, especialmente quando se deparavam com certas dificuldades ou problemas na vida pessoal e profissional (procedimento de acordo com Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017).

2.4. Análises de Dados

A análise dos dados foi elaborada com recurso ao IBM SPSS Statistics 22 (SPSS IBM; Chicago, IL).

Com o objetivo de analisar as características da amostra nas variáveis em estudo foram realizadas estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão). De seguida, procedeu-se à verificação da normalidade da distribuição e dos *outliers*, confirmando-se não haver *outliers* extremos e não existirem variáveis indicadoras de violação extrema da distribuição normal ($SK < |3|$ e $Ku < |10|$; Kline 2005), com valores de Assimetria (*Skewness*) de 0.56 e valores de Curtose (*Kurtosis*) de 0.71 para a variável da Qualidade de Sono, medida pela escala BASIQS, na *baseline*.

Posteriormente, foram realizados Testes *t* para amostras independentes, de forma a analisar as diferenças entre os dois grupos (controlo/*waiting list* e experimental), no momento da *baseline* (T0) e no momento pós-intervenção (T1). Seguidamente, foram realizadas análises de correlação de Pearson, de forma a compreender as relações entre os diversos construtos, tanto no momento da *baseline* (T0) como no momento pós-intervenção do grupo experimental (T1) e no momento pós-intervenção (T2) do grupo de controlo/*waiting list*. As magnitudes dos resultados obtidos foram discutidas de acordo com as *guidelines* de Cohen, considerando-se de magnitude fraca, correlações abaixo de 0.3, moderada entre 0.3 e 0.5 e correlações de magnitude forte, com valores iguais ou superiores a 0.5, para um nível de significância de 0.05 (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Por último, foram realizadas ANOVAS de medidas repetidas entre o grupo experimental e o grupo de

controlo/*waiting list*, assim como nos 3 momentos (T0 - T1 - T2) do grupo de controlo/*waiting list*, que depois passou a ser experimental no momento T1.

3. Resultados

3.1. Análises Descritivas

As estatísticas descritivas relativamente à qualidade de sono dos professores, no momento pré-intervenção (T0), são apresentadas para o total da amostra ($N = 151$) e para cada escola, na Tabela 1 (cf. em Anexo). Como se pode verificar, os Agrupamentos-Escola de Viseu demonstraram, na cotação total da BASIQS, uma pior qualidade de sono ($M = 14.19$; $DP = 5.53$), em comparação com os professores das outras escolas.

Relativamente à amostra total, foi possível perceber que, no grupo experimental, existem 15 professores com provável presença de quadro de Insónia (ponte de corte acima de 16, na escala da BASIQS) e 63 professores sem quadro de Insónia. Quanto ao grupo de controlo/*waiting list*, existem 24 professores com provável presença de quadro de Insónia e 49 professores sem quadro de Insónia.

3.2. Análises de Comparação entre Escolas, no Momento Pré-intervenção (T0)

Com o objetivo de explorar as diferenças entre escolas, em relação às diversas variáveis em estudo, foi realizada uma análise da variância simples e Testes-*t*, para amostras independentes. A ANOVA revelou diferenças significativas entre as escolas, nas variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($f_{(2)} = 3.89$, $p = .023$), nas Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($f_{(2)} = 3.04$, $p = .051$), nos Medos da Autocompaixão ($f_{(2)} = 3.23$, $p = .042$), no *Burnout* Físico ($f_{(2)} = 4.36$, $p = .015$) e no *Burnout* Total ($f_{(2)} = 3.63$, $p = .029$), na Depressão ($f_{(2)} = 3.40$, $p = .036$) e na Ansiedade ($f_{(2)} = 5.50$, $p = .005$).

Os testes *post hoc* (Testes-*t* de Student para amostras independentes; Tabela 2, cf. em Anexo), revelaram que, entre o Agrupamento-Escolas do Satão e o Agrupamento-Escolas de Viseu, as diferenças são significativas apenas nas variáveis Medos da Autocompaixão, ($t_{(120)} = -2.41$, $p = .017$), no *Burnout* Físico ($t_{(119)} = -2.90$,

$p = .004$), no *Burnout* Total ($t_{(119)} = -2.54, p = .012$), na Depressão ($t_{(120)} = -2.44, p = .016$), na Ansiedade ($t_{(120)} = -3.21, p = .002$) e no Stresse ($t_{(120)} = -2.42, p = .017$). Entre o Agrupamento-Escolas do Satão e o Agrupamento-Escolas de Coimbra, as diferenças são significativas apenas na variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($t_{(104)} = 2.36, p = .020$). Entre o Agrupamento-Escolas de Viseu e o Agrupamento-Escolas de Coimbra, as diferenças são significativas na variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($t_{(67)} = 2.55, p = .013$), no *Burnout* Físico ($t_{(67)} = 2.18, p = .033$) e no *Burnout* Total ($t_{(67)} = 2.14, p = .036$).

3.3. Relação entre a Qualidade do Sono e as restantes variáveis em estudo na Amostra total e nos Grupos Experimental e Controlo (*waiting list*) no Momento Pré-intervenção (T0)

Na amostra total as análises da Correlação de Pearson, (Tabela 3, cf. em Anexo), permitiram observar que, a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia apresenta associações positivas e significativas com o Eu Detestado, o Eu Inadequado, com o Autocriticismo, com o *Burnout* Físico, *Burnout* Cognitivo e *Burnout* Total, com a Depressão, Ansiedade e Stresse. A variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia, apresenta também associações negativas e significativas com a Perceção de Sono Suficiente, com a Autocompaixão, com o Receber Compaixão dos Outros, com o Eu Tranquilizador, com o Afeto Positivo Relaxado e com o Afeto Positivo Seguro e, com a Satisfação com a Vida de Professor. As análises também permitiram perceber que, a Perceção de Sono Suficiente apresenta associações positivas e significativas com o Receber Compaixão dos Outros e com a Satisfação com a Vida de Professor. Apresenta, também, associações negativas e significativas com a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia, com as Ações e Motivações Compassivas em Relação ao Outro, com o *Burnout* Físico, *Burnout* Cognitivo e *Burnout* Total, com a Depressão, Ansiedade e Stresse.

No grupo experimental, as análises da Correlação de Pearson, demonstraram que, a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia apresenta associações positivas e significativas com a Ansiedade ($r = .36, p = .002$) e, apresenta associações negativas e significativas com a Perceção de Sono Suficiente ($r = -.48, p = .000$) e com a Autocompaixão ($r = -.26, p = .027$); já a variável Perceção de Sono Suficiente apresenta associações positivas e significativas com a Satisfação com a Vida de

Professor ($r = .30, p = .010$) e, apresenta associações negativas e significativas com a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($r = -.48, p = .000$), com o *Burnout* Físico ($r = -.33, p = .004$) e com o *Burnout* Total ($r = -.23, p = .046$), com a Ansiedade ($r = -.38, p = .001$) e, com o Stresse ($r = -.40, p = .000$).

No grupo de controlo/*waiting list*, a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia apresenta associações positivas e significativas com as Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($r = .37, p = .001$), com o Eu Detestado ($r = .33, p = .005$) e com o Eu inadequado ($r = .36, p = .002$), com o Autocriticismo ($r = .38, p = .001$), com o *Burnout* Físico ($r = .41, p = .000$), *Burnout* Cognitivo ($r = .33, p = .005$) e *Burnout* Total ($r = .37, p = .001$), com a Depressão ($r = .29, p = .014$), Ansiedade ($r = .39, p = .001$) e com o Stresse ($r = .37, p = .001$) e, apresenta associações negativas e significativas com a Perceção de Sono Suficiente ($r = -.62, p = .000$), com o Receber Compaixão dos Outros ($r = -.29, p = .014$), com o Afeto Positivo Relaxado ($r = -.33, p = .005$) e, com a Satisfação com a Vida de Professor ($r = -.33, p = .004$); já a variável Perceção de Sono Suficiente apresenta associações positivas e significativas com a Satisfação com a Vida de Professor ($r = .36, p = .002$) e, apresenta associações negativas e significativas com a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($r = -.62, p = .000$), com a Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($r = -.30, p = .009$), com o *Burnout* Físico ($r = -.38, p = .001$) e com o *Burnout* Total ($r = -.28, p = .018$), com a Depressão ($r = -.28, p = .016$) e com a Ansiedade ($r = -.33, p = .004$).

3.4. Análises de Comparação entre Grupos (experimental e controlo/*waiting list*), no Momento Pré-intervenção (T0)

Com o objetivo de explorar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo/*waiting list*, em relação às diversas variáveis em estudo, foram realizados Teste-*t* de Student para amostras independentes (cf. Tabela 4, em Anexo). Estas análises revelaram diferenças significativas entre os grupos no *Burnout* Físico ($t_{(146)} = -2.20, p = .030$), no *Burnout* Cognitivo ($t_{(146)} = -2.54, p = .012$), no *Burnout* Total ($t_{(146)} = -2.51, p = .013$) e na Depressão ($t_{(130.99)} = -2.44, p = .016$), com o grupo de controlo a reportar níveis médios mais elevados nestas variáveis.

3.5. Análises de Comparação entre Grupos (experimental e controlo/*waiting list*) entre o Momento Pré-intervenção (T0) e o Momento Pós-intervenção (T1)

Com o objetivo de explorar o impacto da intervenção na Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e na Perceção de Sono Suficiente, foi realizada uma análise da variância para medidas repetidas, para comparar o grupo experimental e o grupo de controlo/*waiting list* entre o momento pré-intervenção (T0) e pós-intervenção (T1) (cf. Tabela 5, em Anexo). Os resultados demonstraram que não houve um efeito significativo do grupo (*between subjects*) nestas variáveis. Relativamente às análises intra-sujeitos (*within subjects*), houve um efeito significativo do tempo (entre o momento T0 e o momento T1) na variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($f_{(1)} = 13.25, p = .000$), mas não houve um efeito significativo do tempo na variável Perceção de Sono Suficiente, assim como não houve um efeito significativo da interação Tempo x Grupo, nas duas variáveis acima descritas (cf. Figura 1 e Figura 2). Com um efeito significativo do tempo, nas análises intra-sujeitos, foram realizados testes *post hoc*, nomeadamente Testes *t* de Student para amostras emparelhadas, entre os momentos T0 e T1, que demonstraram uma diminuição significativa da Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia no grupo de controlo/*waiting list*, entre os momentos T0 ($M = 13.76; DP = 5.11$) e o momento T1 ($M = 12.39; DP = 4.37, t_{(45)} = 3.95, p = .000$), mas não demonstraram uma diminuição significativa desta variável no grupo experimental, entre os momentos T0 ($M = 13.09; DP = 4.04$) e o momento T1 ($M = 12.66; DP = 4.03, t_{(63)} = 1.29, p = .202$).

Estas ANOVAS de medidas repetidas foram replicadas controlando as variáveis Anos de Serviço, Idade, Sexo e Autocriticismo, como forma de explorar se existiriam diferenças nos resultados relativamente à variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia. Constatou-se então que não foram encontrados efeitos significativos das variáveis acima descritas, nos resultados relativos à Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia.

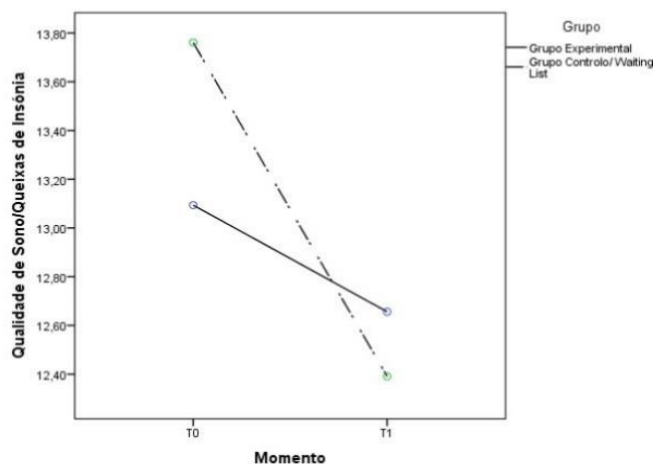


Fig. 1 Interação Tempo x Grupo para a Qualidade de Sono/Queixas de Insónia

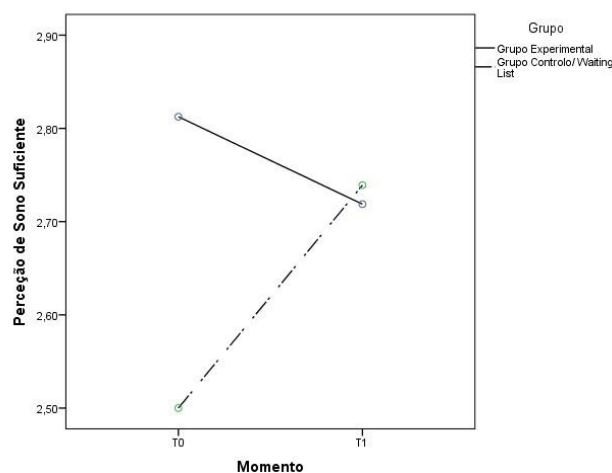


Fig. 2 Interação Tempo x Grupo para a Percepção de Sono Suficiente

3.6. Comparação da Relação entre a Qualidade do Sono e a Percepção de Sono Suficiente com as restantes variáveis em estudo no Grupo Experimental no Momento Pré-intervenção (T0) e Pós-intervenção (T1)

Apesar da intervenção não ter demonstrado um efeito significativo na variável Qualidade de Sono e na Percepção de Sono Suficiente, pretendemos verificar se a relação com as outras variáveis em estudo se modificou após a intervenção, através de uma comparação das correlações de Pearson, no momento T0 e no momento T1.

No grupo experimental, momento pré-intervenção (T0), a correlação entre a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e a Ansiedade, foi positiva moderada e estatisticamente significativa ($r = .36, p = .002$). Esta correlação, no momento pós-intervenção (T1), perdeu a sua significância estatística ($r = .17, p = .174$). A correlação entre a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e a Percepção de Sono Suficiente, no momento pré-intervenção (T0), foi negativa moderada e estatisticamente significativa ($r = -.48, p = .000$). No momento pós-intervenção (T1), esta correlação, manteve-se moderada e estatisticamente significativa ($r = -.43, p = .000$). No momento pré-intervenção (T0), a correlação entre a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e a Autocompaixão, foi negativa fraca e estatisticamente significativa ($r = -.26, p = .027$). Contudo no momento pós-intervenção (T1), esta correlação, deixou de ser significativa ($r = -.20, p = .110$). As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis

Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e o *Burnout* Físico ($r = .11, p = .357$), o *Burnout* Emocional ($r = .14, p = .224$) e o *Burnout* Total ($r = .15, p = .199$), não foram significativas. Estas correlações, no momento pós-intervenção (T1), passaram a ser positivas e estatisticamente significativas, com uma correlação moderada com o *Burnout* Físico ($r = .30, p = .017$), e fraca com o *Burnout* Emocional ($r = .25, p = .049$) e com o *Burnout* Total ($r = .28, p = .025$).

A correlação entre a variável Perceção de Sono Suficiente e a Satisfação com a Vida de Professor, no momento pré-intervenção (T0), foi positiva e estatisticamente significativa ($r = .30, p = .010$), considerada uma correlação moderada. Esta correlação, no momento pós-intervenção (T1), perdeu a significância estatística ($r = .24, p = .055$).

No momento pré-intervenção (T0), a correlação entre a variável Perceção de Sono Suficiente e a Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia, foi negativa moderada e estatisticamente significativa ($r = -.48, p = .000$). Ao momento pós-intervenção (T1), a magnitude, direcção e significância desta correlação manteve-se ($r = -.43, p = .000$).

As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Perceção de Sono Suficiente, o *Burnout* Físico ($r = -.33, p = .004$) e o *Burnout* Total ($r = -.23, p = .046$), foram negativas fracas a moderadas e estatisticamente significativas. Estas correlações, no momento pós-intervenção (T1), mantiveram-se negativas e estatisticamente significativas, continuando a ser moderada com o *Burnout* Físico ($r = -.44, p = .000$) e fraca com o *Burnout* Total ($r = -.29, p = .018$).

As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Perceção de Sono Suficiente, Ansiedade ($r = -.38, p = .001$) e Stresse ($r = -.40, p = .000$) foram negativas moderadas e estatisticamente significativas. Contudo, no momento pós-intervenção (T1), estas correlações deixaram de ser significativas (Ansiedade: $r = -.09, p = .485$; Stresse: $r = -.03, p = .841$).

3.7. Análises de Comparação Intra-Sujeitos (grupo de controlo/*waiting list* que depois iniciou a intervenção) nos Momentos T0 T1 e T2

Com o objetivo de explorar as diferenças intra-sujeitos entre os momentos T0, T1 e T2, nas variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e Perceção de Sono Suficiente, nos participantes que integraram o grupo de controlo/*waiting list*,

no momento T0 e que iniciaram a intervenção no momento T1, realizaram-se análises da variância para medidas repetidas, intra-sujeitos (cf. Tabela 6, em Anexo). Os resultados obtidos demonstraram que houve um efeito significativo entre os momentos T0, T1 e T2, na variável Pior Qualidade do Sono/Insónia ($F = 8.13, p = .001$) e na variável Percepção de Sono Suficiente ($F = 5.53, p = .006$) (cf. Figura 3 e Figura 4).

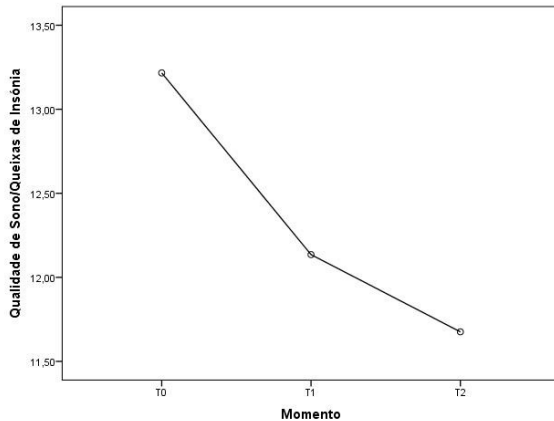


Fig. 3 Efeito do Tempo, intra-sujeitos, para a Qualidade de Sono/Queixas de Insónia

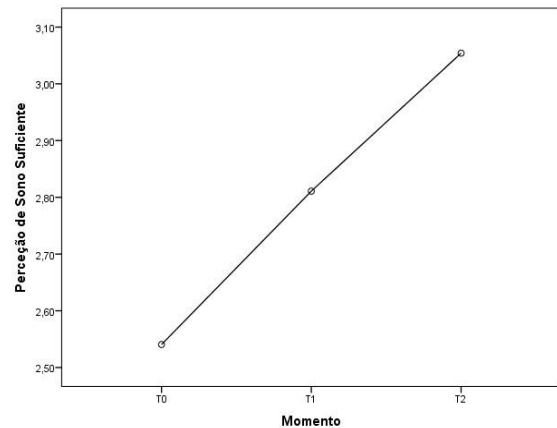


Fig. 4 Efeito do Tempo, intra-sujeitos, para a Percepção de Sono Suficiente

3.8. Análises de Comparação intra-sujeitos nas Variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e Percepção de Sono Suficiente entre os Momentos T0 T1 e T2

Com o objetivo de explorar as diferenças entre estes diversos momentos, nas variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e Percepção de Sono Suficiente, na amostra intra-sujeitos (sujeitos que integraram o grupo de controlo/*waiting list*, no momento T0, e que iniciaram a intervenção no momento T1), foram realizados testes *post hoc*, nomeadamente Testes *t* de Student para amostras emparelhadas, entre os momentos T0, T1 e T2 (cf. Tabela 7, em Anexo). Os resultados obtidos demonstraram que, houve uma diminuição significativa da Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia, entre os momentos T0 ($M = 13.76; DP = 5.11$) e o momento T1 ($M = 12.39; DP = 4.37, t_{(45)} = 3.95, p = .000$) e, entre o momento T0 ($M = 13.22; DP = 5.08$) e o momento T2 ($M = 11.68; DP = 4.56, t_{(36)} = 3.58, p = .001$). Relativamente à variável da Percepção de Sono Suficiente, houve

um aumento significativo entre o momento T0 ($M = 2.54$; $DP = 1.17$) e o momento T2 ($M = 3.05$; $DP = 1.00$), $t_{(36)} = -3.59$, $p = .001$).

3.9. Comparação da Relação entre a Qualidade do Sono e as restantes variáveis em estudo no Grupo Controlo/*Waiting list*, entre o Momento T0 e o Momento T2

Como foi possível perceber, nas análises acima descritas, houve uma diminuição significativa da Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e um aumento significativo da Perceção de Sono Suficiente, entre os momentos T0 e T2. Com isto, pretendemos então explorar, em que medida a relação destas variáveis com as outras variáveis em estudo também se modificou, entre o momento T0 e o momento T2.

Nos participantes do Grupo Controlo que completaram a intervenção posteriormente, no momento pré-intervenção/baseline (T0), as correlações entre as variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e as Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($r = .37$, $p = .001$), o Eu Detestado ($r = .33$, $p = .005$) e o Eu Inadequado ($r = .36$, $p = .002$) e o Autocriticismo ($r = .38$, $p = .001$), foram positivas e estatisticamente significativas, considerada correlações moderadas. No momento pós-intervenção (T2), entre as variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e as Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($r = .35$, $p = .037$), a correlação foi positiva e estatisticamente significativa, continuando a ser moderada, mas a correlação com o Eu Detestado ($r = .13$, $p = .444$), com o Eu Inadequado ($r = .27$, $p = .118$) e com o Autocriticismo ($r = .24$, $p = .166$) deixou de ser significativa. As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia, o *Burnout* Físico ($r = .41$, $p = .000$), o *Burnout* Cognitivo ($r = .33$, $p = .005$) e o *Burnout* Total ($r = .37$, $p = .001$), foram positivas e significativas, consideradas correlações moderadas. A correlação com o *Burnout* Físico ($r = .38$, $p = .021$), no momento pós-intervenção (T2), continuou a ser positiva moderada e estatisticamente significativa, , mas a correlação com o *Burnout* Cognitivo ($r = .21$, $p = .223$), e com o *Burnout* Total ($r = .30$, $p = .067$), deixou de ser significativa. As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e a Depressão ($r = .29$, $p = .014$), a Ansiedade ($r = .39$, $p = .001$) e o Stresse ($r = .37$, $p = .001$), foram positivas e significativas, consideradas correlações fracas a

moderadas. No momento pós-intervenção (T2), a correlação com a Ansiedade ($r = .44, p = .007$), manteve-se moderada e estatisticamente significativa, mas as correlações com a Depressão ($r = .06, p = .707$) e com o Stresse ($r = .09, p = .589$), perderam a significância estatística. A correlação entre a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e Perceção de Sono Suficiente, no momento pré-intervenção (T0), foi negativa forte e estatisticamente significativa ($r = -.62, p = .000$). No momento pós-intervenção (T2), esta correlação, passou a ser moderada ($r = -.50, p = .002$). No momento pré-intervenção (T0), as correlações entre as variáveis Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e Receber Compaixão dos Outros ($r = -.29, p = .014$), o Afeto Positivo Relaxado ($r = -.33, p = .005$) e a Satisfação com a Vida de Professor ($r = -.33, p = .004$), foram negativas e estatisticamente significativas, consideradas correlações fracas a moderadas. No momento pós-intervenção (T2), a correlação com o Afeto Positivo Relaxado ($r = -.34, p = .041$), foi considerada negativa e estatisticamente significativa, continuou a ser uma correlação moderada, mas as correlações com o Receber Compaixão dos Outros ($r = -.24, p = .163$) e com a Satisfação com a Vida de Professor ($r = -.26, p = .126$) diminuíram a sua magnitude, passando a ser fracas. A correlação entre a variável Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia e o Eu Tranquilizador, no momento pré-intervenção (T0), foi negativa e não significativa ($r = -.20, p = .089$). Esta correlação, no momento pós-intervenção (T2), passou a ser moderada e estatisticamente significativa ($r = -.37, p = .024$).

No momento pré-intervenção (T0), a correlação entre a variável Perceção de Sono Suficiente e a Satisfação com a Vida de Professor, foi positiva moderada e estatisticamente significativa ($r = .36, p = .002$). Esta correlação, no momento pós-intervenção (T2), deixou de ser significativa ($r = .09, p = .591$). As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Perceção de Sono Suficiente e a Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($r = -.62, p = .000$), as Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($r = -.30, p = .009$), o *Burnout* Físico ($r = -.38, p = .001$) e o *Burnout* Total ($r = -.28, p = .018$), a Depressão ($r = -.28, p = .016$) e a Ansiedade ($r = -.33, p = .004$), foram negativas e estatisticamente significativas, consideradas correlações fracas, moderadas e fortes. A correlação com a Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia ($r = -.50, p = .002$) e com a Ansiedade

($r = -.38, p = .021$), no momento pós-intervenção (T2), mantiveram-se negativas e estatisticamente significativa, mas as correlações com as Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros ($r = -.11, p = .526$), com o *Burnout* Físico ($r = -.29, p = .080$), com o *Burnout* Total ($r = -.28, p = .088$) e com a Depressão ($r = -.14, p = .412$), perderam a sua significância estatística. As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Percepção de Sono Suficiente, o Eu inadequado ($r = -.19, p = .110$) e o Autocriticismo ($r = -.22, p = .067$), não foram significativas. Contudo, a correlação com o Eu inadequado ($r = -.41, p = .014$) e com o Autocriticismo ($r = -.37, p = .026$), no momento pós-intervenção (T2), passaram a ser estatisticamente significativas negativas e de magnitude moderada. As correlações, no momento pré-intervenção (T0), entre as variáveis Percepção de Sono Suficiente e a Autocompaixão ($r = .11, p = .335$), não foram significativas. Esta correlação com a Autocompaixão ($r = .41, p = .011$), no momento pós-intervenção (T2), passou a ser positiva moderada e estatisticamente significativa.

4. Discussão e Conclusão

A literatura tem demonstrado que, os professores são uma das classes profissionais existentes mais afetada por elevados níveis de stresse, *burnout* e problemas de sono (e.g. Brand et al., 2010; Brown, 2012; Mousavy, Thomas, Mukundan, & Nimehchisalem, 2012; Souza et al., 2018). Adicionalmente, tem sido sugerido que os programas de intervenção psicológica de terceira geração, como a Terapia Focada na Compaixão, o Treino da Mente Compassiva e as Intervenções Focadas na Autocompaixão (Gilbert, 2009a, 2009b, 2015, 2017, 2018; Gilbert & Choden, 2013; Gilbert, McEwan, Catarino, & Baião, 2014; Kirby, 2016; Matos, Duarte, Duarte, Gilbert, & Pinto-Gouveia, 2018) trazem benefícios significativos para a qualidade de vida das pessoas e ajudam a prevenir diversos problemas de saúde física e mental, nomeadamente, distúrbios de sono, sintomatologia depressiva, *burnout*, problemas de ansiedade e de stress e, doenças cardiovasculares, entre outras (e.g. Butz & Stahlberg, 2018; Kemper et al., 2015; Kirby et al., 2017; Matos, Duarte, Duarte, et al., 2017; Rockliff et al., 2008).

Assim, o presente estudo, a propósito da aplicação de um programa de treino da mente compassiva, pretendeu explorar a qualidade de sono/queixas de insónia, numa

amostra de professores, assim como compreender a relação entre a qualidade de sono e indicadores de bem-estar e saúde mental, como a autocompaixão, a compaixão em relação aos outros, a disponibilidade para receber compaixão e o afeto positivo, assim como a relação entre qualidade de sono pobre e indicadores de mal-estar, como o autocriticismo, o *burnout*, sintomatologia depressiva, ansiedade e stress. Adicionalmente, este estudo pretendeu testar o impacto de um programa de intervenção com base no treino da mente compassiva, para professores (Escolas Compassivas), na sua qualidade de sono e no seu bem-estar psicológico e profissional.

Os resultados obtidos na presente investigação, em concordância com estudos anteriores e dados da literatura, parecem corroborar a hipótese da existência de uma pior qualidade de sono, nos professores, em comparação a uma amostra da população geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (Miller-Mendes, Gomes, Marques, Clemente, & Azevedo, 2019). Apesar do intervalo de idades diferir entre o presente estudo e o estudo de Miller-Mendes et al. (2019), foi possível observar que, a média da Qualidade de Sono/Queixas de Insónia da amostra de professores foi superior, em comparação com a amostra da população geral, o que pode sugerir uma pior qualidade de sono presente nesta classe profissional.

Ainda em consonância com dados de estudos prévios que sugerem uma relação positiva entre a qualidade de sono e a autocompaixão e uma relação negativa entre a qualidade de sono, o stress e o *burnout* (e.g. Butz & Stahlberg, 2018; Kemper et al., 2015), o presente estudo pode corroborar uma relação negativa entre a qualidade de sono pobre e a autocompaixão, assim como uma relação positiva entre a qualidade de sono pobre, o stress e o *burnout*. Os nossos resultados expandiram as evidências existentes ao revelar que, a qualidade de sono pobre apresenta relações positivas com o autocriticismo e com as suas formas, eu detestado e eu inadequado, bem como com sintomas depressivos e de ansiedade, o que sugere que, os professores que apresentam pior qualidade de sono, têm tendência a ser mais autocríticos e a desenvolver uma vulnerabilidade maior ao stress, a problemas de ansiedade e a sintomatologia depressiva. Para além disso, os nossos dados revelaram associações negativas entre a qualidade de sono pobre com a percepção de sono suficiente, com a abertura para receber compaixão dos outros, com o eu tranquilizador, com o afeto positivo relaxado, com o afeto positivo de segurança e contentamento e com a satisfação com a vida de professor, o que sugere que, os

professores que apresentam pior qualidade de sono, têm tendência a ser menos autocompassivos e menos compassivos com os outros, apresentam o sistema de afeto positivo pouco desenvolvido, sentem menos satisfação com a vida de professor e têm uma menor percepção de dormirem o suficiente.

Relativamente à terceira hipótese proposta inicialmente, os resultados obtidos apenas permitiram corroborá-la parcialmente, visto que a intervenção não teve efeitos significativos na melhoria da qualidade de sono, como esperado inicialmente e sugerido por estudos anteriores que exploraram o efeito de pequenas intervenções focadas na autocompaixão, em relação à melhoria da qualidade de sono (Butz & Stahlberg, 2018), mas aponta para diferenças entre as relações das variáveis em estudo. Ao nível da comparação entre grupos, não foi possível observar diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, o que sugere que a intervenção, em si mesmo, não teve um impacto significativo na melhoria da qualidade de sono, tendo apenas sido encontrado um efeito significativo do tempo que apontou para diminuição significativa da Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insónia, no grupo de controlo/*waiting list*, entre o momento que integraram este grupo e o momento pós-controlo, prévio à intervenção. Uma explicação para este acontecimento poderá estar no facto dos professores pertencentes ao grupo de controlo/*waiting list*, terem respondido aos questionários de autorresposta (pós-controlo), numa altura posterior às férias escolares, o que poderá ter influenciado os resultados. Contudo, os resultados das análises intra-sujeitos, ou seja, os participantes que integraram o grupo controlo/*waiting list* num primeiro momento e que depois realizaram a intervenção como grupo experimental, revelaram um efeito significativo na qualidade de sono, com a passagem do tempo, apontando para uma melhoria da qualidade de sono nestes professores, entre o momento que iniciaram o grupo de controlo/*waiting list* e o momento pós-intervenção. Estes resultados sugerem que, apesar da intervenção não ter melhorado significativamente a qualidade de sono dos sujeitos, é, ainda assim, observada uma ligeira diminuição contínua da qualidade de sono pobre/queixas de insónia, até ao momento após a intervenção.

Por sua vez, verifica-se também uma diferença entre as relações da qualidade de sono e as outras variáveis em estudo, no momento pré-intervenção e pós-intervenção, o que parece sugerir que, apesar do programa de treino da mente compassiva não ter tido um impacto significativo na melhoria da qualidade de sono, teve um impacto na forma como

a qualidade de sono dos professores se relaciona com as restantes variáveis em estudo, após a intervenção. Os professores do grupo de controlo/*waiting list* demonstraram, após a intervenção (T2), uma diminuição do autocrítico, da fadiga física, do *burnout*, dos sintomas depressivos e do stress, comparado com o momento anterior à intervenção, assim como um aumento da percepção de sono suficiente e da auto-tranquilização. Os professores do grupo experimental demonstraram, após a intervenção (T1), uma diminuição da ansiedade e do *burnout*, assim como um aumento da autocompaixão.

Os resultados do presente estudo parecem então corroborar algumas das hipóteses previamente estabelecidas, sugerindo nos professores, uma pior qualidade de sono, assim como associações entre esta variável e um aumento do *burnout* e do stress e, associações entre a qualidade de sono e a autocompaixão (Butz & Stahlberg, 2018; Kemper et al., 2015; Miller-Mendes et al., 2019). Atendendo à literatura prévia, este estudo parece ter um carácter inovador para a investigação, na medida em que contribui para o esclarecimento das relações entre a qualidade de sono/qualidade de sono pobre e diversos indicadores de bem-estar e saúde mental/indicadores de mal-estar e saúde mental degradada, assim como contribui para a demonstração do impacto de um programa de treino da mente compassiva nestas mesmas relações de variáveis.

Contudo, estes dados devem ser lidos tendo em conta algumas das limitações presentes neste estudo. Uma das limitações prende-se com o número de sujeitos do género feminino e do género masculino não ser equivalente, sugerindo, para futuras investigações, que a amostra seja mais homogénea relativamente ao género. Adicionalmente, neste estudo, observou-se apenas um dos grupos de escolas distribuído de forma randomizada, sendo que no futuro, os estudos devem proceder à randomização de todos os grupos. Outra das limitações foi o facto de, não ter havido controlo na escolha do momento de passagem dos questionários de autorresposta, podendo, em investigações futuras, haver um maior rigor na altura em que os mesmos são passados, para que não calhe numa altura pós-férias escolares. O programa de treino da mente compassiva, aplicado aos professores, não foi especificamente direccionado para o sono e para os problemas de sono, daí ser uma das limitações principais e que provavelmente justificam o facto de não ter havido resultados significativos da intervenção.

Investigações futuras podem alargar esta investigação, de forma a torná-la um estudo de continuidade, para que se possa verificar se os efeitos do programa de treino da mente

compassiva se mantêm após alguns meses, assim como podem explorar o efeito deste tipo de intervenções noutras classes profissionais, também associadas a níveis elevados de stresse e a problemas de sono, para além dos professores. Estudos futuros devem focar-se, exclusivamente, no impacto de intervenções focadas na compaixão na qualidade de sono, para que possam aumentar as investigações nesta área ainda pouco explorada.

5. Referências

- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. (2ª ed). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed). Climepsi: Lisboa.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns M. W., Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess* 10(2):176-81.
- Armon, G., Shirom, A., & Melamed, S. (2012). The Big Five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality*, 80(2), 403-427.
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. E. (2014). Forms of self-criticising/ attacking & self-reassuring scale: Psychometric properties and normative study. *Psychol Ther Theory Res Pract*. Advanced online publication. doi:10.1111/papt.12049.
- Barclay, N. L., Eley, T. C., Buysse, D. J., Tijdsijk, F. V., & Gregory, A. M. (2010). Genetic and environmental influences on different components of the Pittsburgh Sleep Quality Index and their overlap. *Sleep*, 33, 659–668.
- Barnard, L. K., Curry, J. F., (2011) Self-Compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology* 15: 289-303.

- Bogusch, L. M., Fekete, E. M., & Skinta, M. D. (2016). Anxiety and Depressive Symptoms as Mediators of Trait Mindfulness and Sleep Quality in Emerging Adults. *Mindfulness, 7*, 962–970. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0535-7>
- Brand, S., Beck, J., Hatzinger, M., Harbaugh, A., Ruch, W., & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *World Journal of Biological Psychiatry, 11*(5), 744–754. doi: 10.3109/15622971003624205
- Brown, C. G. (2012). A systematic review of the relationship between self-efficacy and burnout in teachers. *Educational and Child Psychology, 29*(4), 47–63.
- Butz, S., & Stahlberg, D. (2018). Can self-compassion improve sleep quality via reduced rumination? *Self and Identity, 17*(6), 666–686. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1456482>
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Psychiatry Research, 28*, 193–213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Carskadon, M. A., & Dement, W.C. (2000). Normal human sleep: Na overview. In M. H. Kryger T. Roth W. C. Dement (Eds.) *Principles and Practice of Sleep Medicine* (5th ed.), (pp. 16-26). Canada: Elsevier Saunders.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica, (54)*, 63.

- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 153-164. doi:10.1002/cpp.1881.
- Chan, D.W. (2007). Burnout, self-efficacy, and successful intelligence among Chinese prospective and in-service school teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 27(1), 33–49.
- Cohen, J., Cohen, P., West, G., & Aiken, S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Diener, E. (1985). Satisfaction With Life Scale. *PsycTESTS Dataset*. doi:10.1037/t01069-000
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2016). Job Burnout in Mental Health Providers: A Meta-Analysis of 35 Years of Intervention Research. *Journal of Occupational Health Psychology*. doi:10.1037/ocp0000047
- Duarte, J., McEwan, K., Barnes, C., Gilbert, P., & Maratos, F. A. (2015). Do therapeutic imagery practices affect physiological and emotional indicators of threat in high self-critics? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 270–284. <https://doi.org/10.1111/papt.12043>
- Emery, D. W., & Vandenberg, B. (n.d.). Special education teacher burnout and act. *International Journal of Special Education*, 25(3), 119-131.
- Ferreira, A. I., & Martinez, L. F. (2012). Presenteeism and burnout among teachers in public and private Portuguese elementary schools. *International Journal of Human Resource Management*, 23(20), 4380–4390. doi: 10.1080/09585192.2012.667435

- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., Finkel, S. A. (2008) Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*, 1045-1062.
- Fujishiro, K., Farley, A. N., Kellemen, M., & Swoboda, C. M. (2017). Exploring associations between state education initiatives and teachers' sleep: A social-ecological approach. *Social Science and Medicine*, *191*, 151–159.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.019>
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind: a new approach to life's challenges*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*, 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2015). An Evolutionary Approach to Emotion in Mental Health with a Focus on Affiliative Emotions. *Emotion Review*, *0* (0), 1–8.
<https://doi.org/10.1177/1754073915576552>
- Gilbert, P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology and Psychiatry*, *3*(6), 218–227. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/1661/f7202e1c8f844db6c0a0dcfbe957bcfae092.pdf>
- Gilbert, P. (2018). On the Nature and Value of Compassion. *Journal of Yoga, Physical Therapy and Rehabilitation*, *YPTR-161*(3). <https://doi.org/10.29011/2577-0756.000061>

- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion: using the power of mindfulness and compassion to transform our lives*. UK: Hachette.
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., ... & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4. doi:10.1186/s40639-017-0033-3
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50. doi: 10.1348/014466504772812959.
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). Fears of Compassion in a Depressed Population Implication for Psychotherapy. *Journal of Depression and Anxiety*, S2 (003). <https://doi.org/10.4172/2167-1044.s2-003>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239 –255. doi: 10.1348/147608310X526511.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182-191. doi: 10.1080/17439760801999461
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351–374. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018807>

- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Meia-Via, M., Tavares, J., da Silva, C. F., & Azevedo, M. H. P. (2015). Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): Reliability, initial validity and normative scores in higher education students. *Chronobiology International*, 32(3), 428-440.
- Gomes, A. A., Vieira da Silva, A. M., Alves, J., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Meia-Via, M., Tavares, J., Silva, C. F. & Azevedo, M. H. P. (2017). *BaSIQS-Basic Scale on Insomnia symptoms and Quality of Sleep: reliability and validity of a short measure to estimate sleep quality, in non-clinical samples*. Poster presentation. 14th European Conference on Psychological Assessment. ISCTE-IUL, Lisbon, 5-8 July 2017.
- Gomes, R. (2012). *Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM)*. Relatório técnico não publicado. Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Gong, H., Ni, C. X., Liu, Y. Z., Zhang, Y., Su, W. J., Lian, Y. J., ... Jiang, C. L. (2016). Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.016>
- Harrison, D. A., & Martocchio, J. J. (1998). Time for Absenteeism: A 20-Year Review of Origins, Offshoots, and Outcomes. *Journal of Management*, 24, 305–350.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. doi: 10.1002/wps.20442

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. The Guilford Press: New York.
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, *98*, 324–332. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.055
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, *1*(1), 40-43. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hofmann, S. G., Grossman, P., Hinton, D. E. (2011) Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clin Psychol Rev* *31*: 1126-1132.
- Howard, S., & Johnson, B. (2004). Resilient Teachers: Resisting Stress. *Social Psychology of Education*, *7*, 399–420.
- Hülshager, U. R., Feinholdt, A., & Nübold, A. (2015). A low-dose mindfulness intervention and recovery from work: Effects on psychological detachment, sleep

- quality, and sleep duration. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 464–489. doi: 10.1111/joop.12115
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Keltner, D. (2014). The sociocultural appraisals, values, and emotions (SAVE) framework of prosociality: Core processes from gene to meme. *Annual Review of Psychology*, 65, 425–460.
- Kemper, K. J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496–503. [https://doi.org/10.1016/S0415-6412\(16\)30046-7](https://doi.org/10.1016/S0415-6412(16)30046-7)
- Kim, S. M., Park, J. M., & Seo, H. (2016). Effects of mindfulness-based stress reduction for adults with sleep disturbance: a protocol for an update of a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 5(1). doi:10.1186/s13643-016-0228-2
- Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Kirby, J. N., & Gilbert, P. (2017). The emergence of the compassion focused therapies. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: concepts, research and applications* (pp. 258–285). London: Routledge.

- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cereb Cortex* 23: 1552-1561.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Kupeli, N., Chilcot, J., Schmidt, U. K., Campbell, I. C., Troop, N. A. (2013). A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale. *Br J Clin Psychol*. 52:12–25. doi:10.1111/j.2044-8260.2012.02042.x.
- Kyriacou, C. (2001). Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review*, 53(1), 27–35.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2: 99–113.
- Matos, M., Duarte, J., Duarte, C., Gilbert, P., & Pinto-Gouveia, J. (2018). How One Experiences and Embodies Compassionate Mind Training Influences Its Effectiveness. *Mindfulness*, 9(4), 1224–1235. <https://doi.org/10.1007/s12671-017->

0864-1

- 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). The Origins of Fears of Compassion: Shame and Lack of Safeness Memories, Fears of Compassion and Psychopathology. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 151(8), 804–819. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393380>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Duarte, J., & Simões, D. (2016). *The fears of compassion scales*. [Portuguese trans.] Unpublished manuscript.
- McEwan, K., & Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89, 239–243. doi:10.1111/papt.12078.
- McEwan, K., Gilbert, P., Dandeneau, S., Lipka, S., Maratos, F., et al. (2014). Facial Expressions Depicting Compassionate and Critical Emotions: The Development and Validation of a New Emotional Face Stimulus Set. *PLOS One*. Advance Online Publication.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull* 132: 327–353
- Mesmer-Magnus, J., Manapragada, A., Viswesvaran, C., & Allen, J. W. (2017). Trait mindfulness at work: A meta-analysis of the personal and professional correlates of

- trait mindfulness. *Human Performance*, 30(2–3), 79–98.
doi:10.1080/08959285.2017.1307842
- Miller-Mendes, M., Gomes, A. A., Marques, D. R., Clemente, V., & Azevedo, M. H. (2019). BaSIQS - basic scale on insomnia complaints and quality of sleep: reliability, norms, validity, and accuracy studies, based on clinical and community samples. *Chronobiology International: The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*, 36(5), 644–656. doi:10.1080/07420528.2019.1578970
- Mousavy, S., Thomas, N. S., Mukundan, J., & Nimehchisalem, V. (2012). Burnout among Low and High Experienced Teachers. *International Journal of Applied Linguistics & English Literature*, 1(4), 24–29. doi: 10.7575/ijalel.v.1n.4p.24
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., et al. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87 – 98. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.08.011.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21

- itens de Lovibond e Lovibond. [Contribution to the study of the portuguese adaption of the Lovibond and Lovibond Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with 21 items]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Päivi, L., Sitwat, L., Harri, O. K., Joonas, M., & Raimo, L. (2019). ACT for sleep - Internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.04.001>
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., & Matos, M., (2008). *Tradução Portuguesa da Types of Positive Affect Scale*. Manuscrito não publicado. Centro de Investigação de Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116–143.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757–761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 5(3), 132–139.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009) Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practicefriendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 65: 467-487.

- Skaalvik, E.M. & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 611–625.
- Souza, J. C. de, Oliveira, M. L. C. de, Sousa, I. C. de, & Azevedo, C. V. M. de. (2018). Gender differences in sleep habits and quality and daytime sleepiness in elementary and high school teachers. *Chronobiology International: The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*, 35(4), 486–498.
<https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1415921>
- Souza, J. C. de, Sousa, I. C. de, Belísio, A. S., & Azevedo, C. V. M. de. (2012). Sleep habits, daytime sleepiness and sleep quality of high school teachers. *Psychology and Neuroscience*, 5(2), 257–263. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2012.2.17>
- Steiger, A., & Kimura, M. (2010). Wake and sleep EEG provide biomarkers in depression. *J Psychiatr Res*, 44(4), 242–252.
- Steindl, Kirby & Tellegen (2018). *The Compassion Action and Motivation Scales*.
Submitted manuscript
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *J Am Med Assoc* 292: 2880–2889.
- Törnroos, M., Hakulinen, C., Hintsanen, M., Puttonen, S., Hintsala, T., Pulkki-Råback, L., et al., (2017). Reciprocal relationships between psychosocial work characteristics and sleep problems: a two-wave study. *Work & Stress* 31, 63-81.

Anexos

Tabela 1 Caracterização da Qualidade de Sono da Amostra, no momento (T0) (*N* = 151)

	Mínimo	Máximo	Média	<i>DP</i>
Qualidade de Sono (Escolas Coimbra)	4.00	20.00	11.07	3.89
Qualidade de Sono (Escolas Satão)	5.00	25.00	13.24	4.20
Qualidade de Sono (Escolas Viseu)	3.00	27.00	14.19	5.53
Qualidade de Sono Total	3.00	27.00	13.11	4.66
Duração Global de Sono (Escolas Coimbra)	5h17	8:19	7h03	0h42
Duração Global de Sono (Escolas Satão)	3h00	10h00	7h15	1h10
Duração Global de Sono (Escolas Viseu)	3h34	9h00	7h20	1h15
Duração Global de Sono Total	3h00	10h00	7h14	1h07
Ponto Médio de Sono à Semana Escolas Coimbra)			03:09h	0h49
Ponto Médio de Sono à Semana Escolas Satão)			02:58h	0h45
Ponto Médio de Sono à Semana Escolas Viseu)			03:11h	1h03
Ponto Médio de Sono à Semana Total			03:04h	0h51
Ponto Médio de Sono ao Fim de Semana (Escolas Coimbra)			04:19h	1h06
Ponto Médio de Sono ao Fim de Semana (Escolas Satão)			03:53h	1h12
Ponto Médio de Sono ao Fim de Semana (Escolas Viseu)			04:15h	1h14
Ponto Médio de Sono ao Fim de Semana Total			04:04h	1h12
Ponto Médio de Sono Global (Escolas Coimbra)			03:29h	0h50
Ponto Médio de Sono Global (Escolas Satão)			03:14h	0h48
Ponto Médio de Sono Global (Escolas Viseu)			03:29h	1h04
Ponto Médio de Sono Global Total			03:21h	0h54
Ponto Médio de Sono Corrigido aos Fins de Semana (Escolas Coimbra)			03:48h	0h59
Ponto Médio de Sono Corrigido aos Fins de Semana (Escolas Satão)			03:37h	1h09
Ponto Médio de Sono Corrigido aos Fins de Semana (Escolas Viseu)			03:48h	1h10
Ponto Médio de Sono Corrigido aos Fins de Semana Total			03:42h	1h07

Tabela 2. Comparação, entre escolas, das médias das variáveis em estudo, no momento (T0) ($N = 151$)

Medidas	Comparação entre Escolas	$M(DP)$	Testes- t post hoc
Qualidade de Sono	Coimbra	11.07 (3.89)	$t_{(104)} = 2.36, p = .020$
	Satão	13.24 (4.20)	
	Viseu	14.19 (5.53)	$t_{(119)} = - 1.06, p = .292$
	Satão	13.24 (4.20)	
	Coimbra	11.07 (3.89)	$t_{(67)} = 2.55, p = .013$
	Viseu	14.19 (5.53)	
Medos da Autocompaixão	Coimbra	7.63 (7.34)	$t_{(105)} = - .05, p = .963$
	Satão	7.55 (7.77)	
	Viseu	11,17 (8.04)	$t_{(120)} = - 2.41, p = .017$
	Satão	7.55 (7.77)	
	Coimbra	7.63 (7.34)	$t_{(67)} = 1.84, p = .070$
	Viseu	11.17 (8.04)	
Burnout_Total	Coimbra	47.33 (17.98)	$t_{(104)} = .33, p = .739$
	Satão	48.52 (15.21)	
	Viseu	55,86 (14,93)	$t_{(119)} = - 2.54, p = .012$
	Satão	48,52 (15,21)	
	Coimbra	47.33 (17.98)	$t_{(67)} = 2.14, p = .036$
	Viseu	55.86 (14.93)	
Burnout Físico	Coimbra	24.33 (8.70)	$t_{(104)} = - .04, p = .965$
	Satão	24.25 (8.04)	
	Viseu	28.55 (7.22)	$t_{(119)} = - 2.90, p = .004$
	Satão	24.25 (8.04)	
	Coimbra	24.33 (8.70)	$t_{(67)} = 2.18, p = .033$
	Viseu	28.55 (7.22)	
Depressão	Coimbra	3.19 (2.88)	$t_{(105)} = - .20, p = .844$
	Satão	3.04 (3.51)	
	Viseu	4.81 (4.33)	$t_{(120)} = - 2.44, p = .016$
	Satão	3.04 (3.51)	
	Coimbra	3.19 (2.88)	$t_{(67)} = 1.72, p = .090$
	Viseu	4.81 (4.33)	
Ansiedade	Coimbra	3.30 (3.05)	$t_{(105)} = - .61, p = .541$
	Satão	2.85 (3.33)	
	Viseu	5.02 (3.94)	$t_{(120)} = - 3.21, p = .002$
	Satão	2.85 (3.33)	
	Coimbra	3.30 (3.05)	$t_{(67)} = 1.94, p = .057$
	Viseu	5.02 (3.94)	
Stresse	Coimbra	7.33 (3.75)	$t_{(105)} = - .73, p = .470$
	Satão	6.70 (3.98)	
	Viseu	8.50 (3.78)	$t_{(120)} = - 2.42, p = .017$
	Satão	6.70 (3.97)	
	Coimbra	7.33 (3.75)	$t_{(67)} = 1.26, p = .214$
	Viseu	8.50 (3.78)	

Tabela 3. Correlações de Pearson nas variáveis em estudo para a amostra total no momento (T0)

Medidas	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.
1. Qualidade de Sono Pobre/Queixas de Insônia	-																								
2. Percepção de Sono Suficiente	-.56**	-																							
3. Autocompaixão	-.22**	.12	-																						
4. Compaixão para com os Outros	-.02	-.01	.45**	-																					
5. Receber Compaixão dos Outros	-.24**	.22*	.38**	.41**	-																				
6. Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros	.16	-.16*	.01	-.01	-.14	-																			
7. Ações e Motivações Compassivas em Relação ao Eu	.03	-.07	-.12**	-.01	-.12	.72**	-																		
8. Medos da Autocompaixão	.13	-.13	-.14	-.18*	-.09	.16*	.07	-																	
9. Medos da Compaixão para com os Outros	.02	.04	-.11	-.22**	-.21*	.14	.15	.33**	-																
10. Medos de Receber Compaixão dos Outros	.07	-.02	-.20*	-.24**	-.26**	.10	.13	.59**	.50**	-															
11. Eu Detestado	.22**	-.11	-.27**	-.12	-.16	.03	-.07	.41**	.22**	.34**	-														
12. Eu Inadequado	.23**	-.10	-.24**	-.07	-.16	.02	-.02	.33**	.23**	.33**	.65**	-													
13. Eu tranquilizador	-.17*	.13	.83**	.22**	.30**	.01	.14	-.18*	.06	-.12	-.40**	-.37**	-												
14. Autocriticismo	.25**	-.11	-.27**	-.09	-.17*	.02	-.04	.38**	.25**	.36**	.82**	.97**	-.41**	-											
15. Burnout Físico	.28**	-.36**	-.34**	-.17*	-.28**	.09	.01	.12	.16*	.20**	.29**	.25**	-.29**	.29**	-										
16. Burnout Cognitivo	.26**	-.18*	-.31**	-.21**	-.19*	.18*	.04	.14	.24**	.22**	.31**	.36**	-.28**	.38**	.73**	-									
17. Burnout Emocional	.09	.02	-.22**	-.23**	-.16*	.01	.02	.31**	.32**	.43**	.31**	.23**	-.30**	.28**	.30**	.36**	-								
18. Burnout Total	.28**	-.26**	-.36**	-.23**	-.27**	.13	.03	.19*	.26**	.29**	.35**	.35**	-.33**	.38**	.91**	.92**	.52**	-							
19. Depressão	.27**	-.24**	-.39**	-.24**	-.32**	.08	.04	.32**	.33**	.32**	.53**	.42**	-.43**	.49**	.46**	.42**	.43**	.52**	-						
20. Ansiedade	.38**	-.36**	-.18*	-.02	-.24**	.11	.07	.23**	.21*	.26**	.38**	.36**	-.26**	.40**	.45**	.46**	.25**	.50**	.64**	-					
21. Stresse	.31**	-.27**	-.36**	-.14	-.28**	.03	-.01	.19*	.20*	.19*	.29**	.30**	-.35**	.32**	.48**	.39**	.32**	.49**	.62**	.68**	-				
22. Afeto Positivo Ativo	-.16	.09	.37**	.27**	.26**	-.01	.10	-.24**	-.05	-.15	-.30**	-.30**	.47**	-.32**	-.28**	-.36**	-.28**	-.37**	-.43**	-.17*	-.16*	-			
23. Afeto Positivo Relaxado	-.25**	.10	.50**	.26**	.21**	.09	.22**	-.19*	-.01	-.18*	-.19*	-.29**	.44**	-.29**	-.29**	-.21*	-.20*	-.29**	-.22**	-.17*	-.46**	.26**	-		
24. Afeto Positivo Seguro	-.19*	.12	.45**	.25**	.40**	-.12	.03	-.24**	-.24**	-.24**	-.39**	-.43**	.52**	-.45**	-.33**	-.34**	-.38**	-.41**	-.52**	-.27**	-.36**	.66**	.47**	-	
25. Satisfação com a Vida de Professor	-.27**	.33**	.38**	.25**	.27**	.04	.06	-.12	-.06	-.16	-.17*	-.22*	.32**	-.22**	-.45**	-.35**	-.17*	-.43**	-.25**	-.21*	-.30**	.34**	.24**	.38**	-

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabela 4. Análises de comparação entre grupos, no momento pré-intervenção (T0)

Variáveis	Grupo de Controlo/ <i>Waiting list</i>		Grupo Experimental		<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Qualidade de Sono	13.66	5.12	12.59	4.12	- 1.40	146	.163
Duração Global do Sono	7:23	1:10	7:05	1:04	- 1.57	146	.119
Ponto Médio de Sono à Semana	3:05	0:58	3:03	0:45	- .25	146	.803
Ponto Médio de Sono ao Fim de Semana	4:09	1:15	3:59	1:10	- .88	146	.379
Ponto Médio de Sono Global	3:23	1:00	3:19	0:47	- .51	146	.610
Ponto Médio de Sono Corrigido aos Fins de Semana	3:45	1:09	3:39	1:06	- .48	146	.629
Perceção de Sono Suficiente	2.53	1.29	2.71	1.27	.82	146	.414
Autocompaixão	61.21	17.56	64.42	13.95	1.24	137.31	.219
Compaixão para com os Outros	76.49	13.04	77.08	12.27	.28	147	.778
Receber Compaixão dos Outros	60.46	18.00	64.79	12.27	1.46	146	.146
Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Outros	25.82	7.95	24.83	8.43	- .74	147	.461
Ações e Motivações Compassivas em Relação aos Eu	24.75	6.53	23.76	7.41	- .86	147	.389
Medos da Autocompaixão	9.67	8.20	7.54	7.49	- 1.66	147	.099
Medos da Compaixão para com os Outros	12.95	7.06	13.84	6.93	.78	147	.435
Medos de Receber Compaixão dos Outros	11.06	8.19	10.24	7.60	- .63	146	.529
Eu Detestado	2.74	2.96	2.12	2.21	- 1.45	133.20	.151
Eu Inadequado	14.53	6.14	13.71	6.35	- .80	147	.423
Eu Tranquilizador	19.53	6.22	20.89	5.44	1.42	147	.157
Autocriticismo	17.27	8.48	15.83	7.89	- 1.08	147	.283
Burnout Físico	26.97	7.73	24.08	8.27	- 2.20	146	.030
Burnout Cognitivo	20.61	7.66	17.51	7.19	- 2.54	146	.012
Burnout Emocional	6.13	2.96	5.64	3.29	- .93	146	.353
Burnout Total	53.71	15.35	47.24	15.96	- 2.51	146	.013
Depressão	4.32	4.20	2.84	3.05	- 2.44	130.99	.016
Ansiedade	4.10	3.60	3.01	3.49	- 1.87	147	.064
Stresse	7.90	4.00	6.76	3.82	- 1.78	147	.077
Afeto Positivo Ativo	2.60	.77	2.70	.67	.84	142.09	.400
Afeto Positivo Relaxado	2.13	.82	2.14	.74	.10	146	.924
Afeto Positivo Seguro	2.37	.66	2.44	.69	.63	146	.528

Tabela 5. Médias, DPs no pré (T0) e pós-intervenção (T1), efeito do grupo, efeito do tempo e efeito da interação tempo e grupo

Variáveis	Tempo	Grupo de Controlo/ <i>Waiting list</i>		Grupo Experimental		Grupo			Tempo			Tempo x Grupo		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
Qualidade de Sono	T0	13.76	5.11	13.09	4.04	.06	.803	.00	13.25	.000	.11	3.54	.063	.03
	T1	12.39	4.37	12.66	4.03									
Perceção de Sono Suficiente	T0	2.50	1.22	2.81	1.27	.46	.500	.00	.44	.510	.00	2.29	.133	.02
	T1	2.74	1.24	2.72	1.27									

Tabela 6. Médias e DPs, Intra-Sujeitos, nos momentos T0, T1 e T2, efeito do tempo

Variáveis	Tempo	Grupo de Controlo/ <i>Waiting list</i>		Tempo		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
Qualidade de Sono	T0	13.22	5.08	8.13	.001	.18
	T1	12.14	4.47			
	T2	11.68	4.56			
Perceção de Sono Suficiente	T0	2.54	1.17	5.53	.006	.13
	T1	2.81	1.17			
	T2	3.05	1.00			

Tabela 7. Comparações Intra-Sujeitos, das variáveis relacionadas com o Sono, nos momentos T0, T1 e T2

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Qualidade de Sono (T0)	13.76	5.11			
Qualidade de Sono (T1)	12.39	4.37	3.95	45	.000
Qualidade de Sono (T1)	12.14	4.47			
Qualidade de Sono (T2)	11.68	4.56	1.28	36	.208
Qualidade de Sono (T0)	13.22	5.08			
Qualidade de Sono (T2)	11.68	4.56	3.58	36	.001
Percepção de Sono Suficiente (T0)	2.50	1.22			
Percepção de Sono Suficiente (T1)	2.74	1.24	- 1.50	45	.140
Percepção de Sono Suficiente (T1)	2.81	1.17			
Percepção de Sono Suficiente (T2)	3.05	1.00	- 1.60	36	.118
Percepção de Sono Suficiente (T0)	2.54	1.17			
Percepção de Sono Suficiente (T2)	3.05	1.00	- 3.59	36	.001