



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

AUTOCUIDADO E SAÚDE MENTAL EM PSICÓLOGOS PORTUGUESES: UM ESTUDO CORRELACIONAL E PREDITIVO

[Self-care and mental health in Portuguese psychologists: A correlational and predictive study]

Dissertação

[Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]

Joana Catarina da Costa Cerqueira

Orientadora: Professora Doutora Carla Fonte



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

AUTOCAUIDADO E SAÚDE MENTAL EM PSICÓLOGOS PORTUGUESES: UM ESTUDO CORRELACIONAL E PREDITIVO

[Self-care and mental health in Portuguese psychologists: A correlational and predictive study]

Dissertação

[Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]

Joana Catarina da Costa Cerqueira

Orientadora: Professora Doutora Carla Fonte

junho 2026

RESUMO

A prática profissional dos psicólogos aporta elevadas exigências emocionais, cognitivas e relacionais contínuas, emergindo o autocuidado como um imperativo ético e de eficácia clínica, amplamente referenciado na literatura pela sua capacidade de promover a saúde mental e mitigar a sintomatologia psicopatológica associada ao desgaste profissional. O presente estudo teve como objetivo analisar a relação preditiva e comparativa entre o autocuidado e a saúde mental, considerando simultaneamente indicadores de bem-estar e sintomatologia psicopatológica. A investigação seguiu um desenho quantitativo, transversal, de natureza correlacional e preditiva. A amostra foi constituída por 322 psicólogos portugueses, membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses, maioritariamente do sexo feminino (87,6%) e com idades compreendidas entre os 24 e 68 anos ($M=39,7$; $DP=9,9$). Os participantes responderam, por via digital, a um Questionário Sociodemográfico, à Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP), ao *Mental Health Continuum–Short Form* (MHC-SF) e à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). As análises correlacionais revelaram associações positivas significativas entre as dimensões do autocuidado e o bem-estar, e associações negativas com a sintomatologia psicopatológica. No que concerne à práticas de suporte, verificou-se que os psicólogos com supervisão apresentaram níveis significativamente superiores de desenvolvimento e apoio profissional. Similarmente, os participantes com prática de intervenção evidenciaram níveis superiores de apoio e desenvolvimento profissional, estratégias cognitivas e no bem-estar social. Os modelos de regressão linear múltipla demonstraram que as dimensões do autocuidado predizem significativamente o bem-estar emocional e o bem-estar social. Relativamente à sintomatologia psicopatológica, o autocuidado explicou 16,4% da variância da depressão, 9,4% do stress e 5,6% da ansiedade. O equilíbrio de vida destacou-se como o preditor mais consistente dos indicadores de bem-estar e sintomatologia psicopatológica. Em conclusão, os resultados empíricos confirmam o papel bivalente do autocuidado na arquitetura psicológica dos psicólogos, demonstrando que o envolvimento intencional nestas práticas atua de forma abrangente, ao associar-se a índices superiores de bem-estar e a menores níveis de sintomatologia psicopatológica.

Palavras-chave: autocuidado; saúde mental; bem-estar; psicólogos; supervisão; intervenção.

ABSTRACT

The professional practice of psychologists entails continuous and high emotional, cognitive, and relational demands, with self-care emerging as an ethical imperative and a cornerstone of clinical efficacy, widely referenced in the literature for its capacity to promote mental health and mitigate psychopathological symptomatology associated with professional burnout. This study aimed to analyze the predictive and comparative relationship between self-care and mental health, simultaneously considering indicators of well-being and psychopathological symptomatology. The research followed a quantitative, cross-sectional design with a correlational and predictive approach. The sample comprised 322 Portuguese psychologists, full members of the Portuguese Psychologists Association (OPP), predominantly female (87.6%), with ages ranging from 24 to 68 years ($M = 39.7$; $SD = 9.9$). Participants completed an online protocol consisting of a Sociodemographic Questionnaire, the Portuguese versions of Self-Care Assessment Scale for Psychologists (EAAP), the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF), and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Correlational analyses revealed significant positive associations between self-care dimensions and well-being, and negative associations with psychopathological symptomatology. Regarding professional support practices, psychologists engaged in clinical supervision presented significantly higher levels of professional development and support. Similarly, participants who engaged in peer intervention evidenced higher levels of professional development and support, cognitive strategies, and social well-being. Multiple linear regression models demonstrated that self-care dimensions significantly predict emotional well-being and social well-being. Regarding psychopathological symptomatology, self-care explained 16.4% of the variance in depression, 9.4% in stress, and 5.6% in anxiety. Life balance stood out as the most consistent predictor of both well-being indicators and psychopathological symptomatology. In conclusion, the empirical findings confirm the bivalent role of self-care within the psychological architecture of psychologists, demonstrating that intentional engagement in these practices operates comprehensively by being associated with higher levels of well-being and lower levels of psychopathological symptomatology.

Keywords: self-care; mental health; well-being psychologists; supervision; peer intervention.

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
MÉTODO	23
Participantes	23
Instrumentos	25
Procedimentos	27
RESULTADOS	30
DISCUSSÃO	45
CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	24
Tabela 2 Caracterização das dimensões de autocuidado, de bem-estar e sintomatologia psicopatológica	30
Tabela 3 Distribuição das frequências das práticas de autocuidado dos participantes.....	32
Tabela 4 Coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas dos instrumentos utilizados em estudo.....	33
Tabela 5 Correlações de <i>Pearson</i> entre as subescalas da EAAP, MHC-SF e EADS-21	35
Tabela 6 Análise das diferenças nas dimensões do autocuidado, bem-estar e sintomatologia psicopatológica em função da prática de supervisão, intervenção e psicoterapia pessoal	38
Tabela 7 Resultados das Regressões Lineares Múltiplas para a predição das dimensões do Bem-estar (Emocional, Psicológico e Social) a partir das dimensões de Autocuidado	40
Tabela 8 Resultados das Regressões Lineares Múltiplas para análise do papel protetor dos preditores do Autocuidado na Ansiedade, Depressão e Stress	42

Lista de siglas

BEE	Bem-Estar Emocional
BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Social
EADS-21	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
EAAP	Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos
MHC-SF	<i>Mental Health Continuum – Short Form</i>
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses

INTRODUÇÃO

A prática profissional em psicologia impõe, por definição, uma imersão contínua na matriz do sofrimento humano, exigindo do psicólogo uma mobilização constante de recursos cognitivos, emocionais e relacionais. Historicamente pautada pela assimetria relacional e pela unidirecionalidade do cuidado (Guy, 2000), a prática psicológica confronta os seus profissionais com cenários de elevada exigência psicossocial, desgaste empático e risco cumulativo de prejuízo do bem-estar (Norcross, 2000).

A literatura científica e as estruturas corporativas concentraram os seus esforços na monitorização da eficácia técnica das intervenções e na proteção dos pacientes. Contudo, a emergência de evidências sobre o *burnout*, a exaustão emocional e o isolamento profissional nos psicólogos vieram reconfigurar o debate, posicionando a saúde mental do próprio psicólogo como um indicador crítico de qualidade clínica, ética e saúde pública (Barnett & Homany, 2022; Norcross & VandenBos, 2018).

Durante décadas, a saúde mental foi concetualizada sob uma perspetiva estritamente patologizante, caracterizada pela premissa de que a saúde equivalia linearmente à mera ausência de doença ou sintomatologia psicopatológica. Esta visão redutora revelou-se insuficiente para capturar a complexidade do funcionamento humano. Em resposta, Keyes (2002, 2005) argumentou que o bem-estar (saúde mental positiva) e o sofrimento mental (sintomatologia psicopatológica) constituem dois eixos transversais, distintos e relativamente independentes. Sob esta lente conceptual, um psicólogo pode não apresentar critérios para um diagnóstico psicopatológico (como ansiedade ou depressão) e, simultaneamente, encontrar-se num estado de *languishing*, caracterizado por um vazio existencial, falta de propósito e desintegração social. Compreender a saúde mental dos psicólogos exige, por isso, uma abordagem bivalente que cartografe tanto a mitigação dos sintomas como a promoção ativa de *flourishing* nas suas esferas emocional, psicológica e social.

É neste ecossistema dinâmico que o construto do autocuidado ganha relevância científica e deontológica. Longe de ser reduzido a um conjunto de atividades isoladas de lazer, o autocuidado é atualmente definido como um processo multidimensional e intencional de autorregulação (Norcross & Guy, 2007; Ziede & Norcross, 2020). Este processo envolve o envolvimento em práticas que nutrem a homeostasia do indivíduo através de múltiplos domínios, desde a gestão de fronteiras entre a vida pessoal e profissional (Equilíbrio de Vida), passando por processos internos de autoconsciência e

flexibilidade cognitiva (Estratégias Cognitivas), até ao investimento em redes de suporte e atualização técnica (Desenvolvimento e Apoio Profissional).

Apesar da literacia teórica sobre a importância do autocuidado estar presente na formação dos psicólogos, a evidência empírica internacional e nacional sugere a existência de um hiato persistente entre o conhecimento e a prática efetiva (Barnett et al., 2007; Bettney, 2017). Sob a influência de fatores culturais e de mitos internalizados de invulnerabilidade profissional (Wise & Reuman, 2019), os psicólogos manifestam frequentemente uma relutância sistemática em reconhecer as suas próprias necessidades e em ativar mecanismos de suporte formal, operando muitas vezes num regime reativo e de remediação de crise em detrimento de uma postura proativa e preventiva.

Em Portugal, o panorama profissional dos psicólogos tem sido marcado por profundas mutações socioeconómicas, exigências institucionais crescentes e uma exposição acentuada a riscos psicossociais. Embora estruturas reguladoras, como a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), tenham desenvolvido diretrizes importantes para o suporte e desenvolvimento da carreira, subsistem lacunas na compreensão de como as ferramentas tradicionais de suporte, tais como a supervisão clínica, a intervenção entre pares e a psicoterapia pessoal, interagem efetivamente com a saúde mental global do psicólogo. Torna-se, por isso, imperativo investigar de que forma o autocuidado desenha a arquitetura psicológica destes profissionais no contexto português, decifrando o peso seletivo e preditivo de cada componente comportamental.

Pertinência e Objetivos do Estudo

A presente dissertação justifica-se pela necessidade premente de dotar a comunidade científica e as organizações de saúde de dados empíricos robustos sobre os fatores de regulação psicológica dos psicólogos em Portugal. Este estudo afasta-se das abordagens unidimensionais, permitindo discriminar quais as dimensões do autocuidado que funcionam como verdadeiros promotores de bem-estar e quais as que atuam primordialmente como escudos protetores contra a ansiedade, a depressão e o stress. Adicionalmente, ao analisar o impacto da supervisão, da intervenção e da psicoterapia pessoal, esta investigação procura fornecer pistas para a revisão de modelos pedagógicos e institucionais de apoio ao psicólogo.

Para responder a estas necessidades, a presente investigação estruturou-se em torno de um objetivo geral: analisar a relação preditiva e comparativa entre as dimensões de autocuidado e os indicadores de saúde mental (compreendendo o bem-estar e a sintomatologia psicopatológica) numa amostra de psicólogos portugueses.

De forma a operacionalizar esta meta, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar o perfil descritivo das práticas de autocuidado e identificar as estratégias mais e menos prevalentes no quotidiano dos profissionais.
2. Avaliar os níveis de saúde mental da amostra, mapeando diferencialmente os indicadores de bem-estar (emocional, psicológico e social) e de sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stress).
3. Analisar a magnitude e a direção das associações lineares estabelecidas entre as diferentes dimensões do autocuidado e as variáveis de saúde mental.
4. Comparar os índices de autocuidado, bem-estar e sintomatologia em função da integração dos participantes em recursos formais de suporte (supervisão, intervenção e psicoterapia pessoal).
5. Determinar o valor preditivo específico e o peso relativo das diferentes dimensões de autocuidado na explicação da variância do bem-estar e da sintomatologia psicopatológica.

Estrutura da Dissertação

Com o intuito de apresentar de forma clara e sistemática o percurso teórico e empírico desenvolvido, a presente dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos fundamentais.

O primeiro capítulo, Enquadramento Teórico, apresenta a conceptualização no que concerne às recompensas e exigências inerentes à prática profissional em psicologia. Adicionalmente, delimita a definição de autocuidado e o seu papel na promoção da saúde mental, contextualizando estas práticas no âmbito da psicologia e analisa a literatura existente face às dinâmicas de suporte profissional e pessoal. O segundo capítulo, Método, detalha as opções metodológicas, descrevendo as características da amostra, os procedimentos de recolha de dados e as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados. O terceiro capítulo é dedicado aos Resultados, onde se apresentam as análises estatísticas descritivas, correlacionais e inferenciais correspondentes aos objetivos delineados. No quarto capítulo, Discussão, os resultados empíricos são interpretados à luz dos modelos teóricos e cruzados com a literatura científica. Por fim, o quinto capítulo, Conclusão, sintetiza as principais deduções do estudo, assumindo as suas limitações metodológicas, propondo pistas para futuras investigações e apontando as implicações práticas e normativas para o exercício da psicologia em Portugal.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Recompensas e Exigências inerentes à Prática Profissional dos Psicólogos

A prática profissional em psicologia é caracterizada por uma dualidade intrínseca entre a percepção de recompensas profissionais e emocionais e a exposição a exigências éticas, deontológicas, relacionais e emocionais (Barnett, & Homany, 2022; Stevanovic & Rupert, 2004). Se, por um lado, a prática clínica proporciona elevados níveis de realização pessoal e bem-estar, por outro, confronta permanentemente os psicólogos com o desgaste empático, a gestão de complexas formulações de caso e o risco latente da afetação da sua própria integridade psíquica (Simpson-Southward et al., 2024).

Neste contexto de equilíbrio dinâmico, as recompensas da prática profissional manifestam-se através de indicadores específicos na rotina dos psicólogos. Segundo, Norcross e VandenBos (2018), a satisfação por ajudar, o privilégio de aceder às diversas experiências de vida dos pacientes, a estimulação intelectual, e desenvolvimento pessoal e emocional contínuo, a autonomia e conexão são considerados fatores compensatórios da prática clínica. Quando ativamente analisados e valorizados, estes elementos operam como recursos salutareis que promovem elevados índices de bem-estar e realização pessoal e profissional, mitigando os efeitos do stress ocupacional.

Contudo, no contexto de atuação profissional, o psicólogo intervém frequentemente numa cultura de cuidado unidirecional, caracterizada pela exigência contínua de empatia, compaixão e escuta ativa, sem que exista a expectativa de reciprocidade por parte do paciente (Guy, 2000). Para estabelecer alianças terapêuticas eficazes, o psicólogo necessita de um envolvimento emocional apropriado e consistente, independentemente da complexidade da formulação de cada caso. Este processo exige uma vincada capacidade de autorregulação, respeito escrupuloso pelos limites relacionais e um investimento significativo de tempo, esforço e energia (Skovholt & Trotter-Mathison, 2011).

Por conseguinte, ao focar-se em catalisar o bem-estar do paciente, o psicólogo pode colocar em prejuízo o seu próprio equilíbrio. Barnett et al. (2007) sugerem que estes profissionais tendem a negligenciar as suas necessidades básicas devido à crença idealizada de que a sua formação superior os capacitou exclusivamente para cuidar do outro, interpretando, muitas vezes de forma errónea, o ato de cuidar de si mesmos como

um comportamento egoísta ou injustificado.

A vivência da incerteza quanto à eficácia terapêutica, a exposição contínua a narrativas de sofrimento extremo (e.g. ideação suicida), a lentificação ou regressão dos processos de melhoria, o isolamento profissional e as extensas cargas horárias constituem fatores de risco para a saúde mental do psicólogo (Barnett et al., 2007; Bettney, 2017; Norcross & Guy, 2007). Face a esta exigência rigorosa e contínua, a profissão tem sido analogamente comparada à prática de um desporto de combate (Mohi, 2025).

Para Wise e Barnett (2016), as exigências da prática clínica, tais como os desafios administrativos e a elaboração de relatórios de avaliação, podem conduzir a comportamentos antiéticos e à cessação abrupta do vínculo laboral com a instituição empregadora. Na mesma linha de pensamento, Thompson et al. (2014) referem que quando a prática dos psicólogos está inserida em organizações caracterizadas por processos burocráticos exigentes e suporte limitado por parte de supervisores ou pares, o risco de desenvolver sintomatologia psicopatológica agrava-se consideravelmente.

Se, por outro lado, o psicólogo optar pela transição para o contexto de prática privada, exercendo como proprietário ou sócio da clínica, depara-se com fatores stressores de uma matriz distinta, maioritariamente associados à gestão financeira, flutuação do volume de pacientes, contratualização e coordenação de equipas (Rupert et al., 2015).

Esta realidade é corroborada por Barnett e Miklewicz (2022), que advertem para o peso do isolamento profissional neste cenário e para a necessidade premente do psicólogo assumir a mentalidade empreendedora, desenvolvendo competências marketing ético, contabilidade e gestão para as quais raramente recebe formação académica formal.

Outras exigências inerentes à prática clínica, evidenciadas empiricamente após o período pandémico da COVID19, prendem-se com a normalização da prática clínica através de meios digitais. Esta transição exige que o profissional domine ferramentas de atendimento online, adote uma nova perspetiva de aliança terapêutica desprovida do contacto presencial e lide com isolamento acrescido face à interação com colegas de trabalho (Webster, 2020). Adicionalmente, devido ao número de horas que os psicólogos passam em frente ao computador a realizar consultas, surge uma nova preocupação na literatura designada como “fadiga por Zoom”. Neste contexto, a ausência de contacto físico e a impossibilidade de observar a totalidade dos indicadores corporais do paciente, ficando o psicólogo limitado ao enquadramento visual que a

camara permite, atuam como potentes indutores de stress e cansaço cognitivo (Wiederhold, 2020).

Paralelamente às exigências tecnológicas, a literatura destaca a complexidade inerente à mútua influência entre a esfera pessoal e a vida profissional do psicólogo, evidenciando a inexistência de uma fronteira rígida entre ambas as dimensões (Pipes et al., 2005). Esta porosidade manifesta-se, por exemplo, quando as opiniões individuais do psicólogo sobre assuntos da atualidade são automaticamente associadas à sua identidade profissional, em detrimento do seu direito à livre expressão individual. Do mesmo modo, a ocorrência de sobreposições quotidianas, como o facto do psicólogo residir na vizinhança de um paciente, desafia a clara distinção de papéis. Adicionalmente, eventos de ordem pessoal, tais como, perdas afetivas, divórcios ou o consumo de substâncias, possuem potencial de comprometer diretamente a capacidade técnica para prestar serviços terapêuticos de qualidade.

Por conseguinte, Pipes et al. (2005) sustentam que a psicologia exige um nível de vigilância e autorregulação contínuas, que não cessam após o período laboral. A necessidade de gerir a própria imagem pública e de garantir que o comportamento privado não prejudique a eficácia clínica constitui, assim, uma das exigências psicológicas e éticas mais invisíveis no exercício da profissão.

Nesta mesma linha de análise, Norcross e VandenBos (2018) demonstram que as exigências e os riscos associados à prática clínica provêm de diferentes domínios, acarretando desafios complexos de regulação e adaptação. Segundo os autores, o psicólogo deve ser capaz de reconhecer estas contrariedades de forma proativa, capacitando-se para as gerir. Entre os principais fatores de desgaste, destacam-se os comportamentos desafiantes dos pacientes tais como, contratransferências hostis, resistência intensa ao processo terapêutico ou apatia, a par de condições de trabalho adversas, frequentemente caracterizadas por cargas horárias excessivas e exigências administrativas. Adicionalmente, a exaustão emocional emerge da dificuldade em delimitar as fronteiras entre a vida profissional e a esfera pessoal, da excessiva identificação com o sofrimento alheio ou da perceção de escassez de sucesso terapêutico. Por fim, o isolamento físico e psíquico, a falta de reconhecimento e os próprios eventos de vida pessoal do psicólogo, como lutos, divórcios ou problemas de saúde, configuram-se como fontes acrescidas de vulnerabilidade (Norcross & VandenBos, 2018).

Em suma, a prática clínica configura-se como uma atividade de profunda dualidade, onde a gratificação e o propósito intrínsecos à profissão coexistem com um contexto complexo de exigências clínicas, burocráticas e pessoais, cuja sustentabilidade e integridade ética, dependem, inevitavelmente, de uma cultura de autocuidado contínuo.

Saúde Mental: Um Construto em Continuum

A saúde mental constitui um dos pilares fundamentais do funcionamento humano, sendo atualmente conceptualizada como um fenómeno dinâmico, multidimensional e contínuo. Contrariamente às perspetivas tradicionais centradas na ausência de doença, a saúde mental é entendida como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo reconhecer as suas capacidades, lidar com os desafios da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (World Health Organization [WHO], 2022).

Esta definição evidencia que a saúde mental não se restringe à ausência de perturbação psicopatológica. Keyes (2005) postula que a saúde mental deve ser conceptualizada num *continuum* que integra componentes de bem-estar emocional, psicológico e social.

Sob a égide da Psicologia Positiva, assume-se que a saúde mental e a doença mental não representam polos opostos de um mesmo eixo linear, mas sim dois construtos distintos que, embora correlacionados, operam de forma independente (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). Deste modo, a mera ausência de psicopatologia não indica automaticamente um indivíduo como saudável.

Partindo deste enquadramento, Keyes (2002, 2005, 2007) propõe o *Dual-Continuum Model*, segundo o qual a saúde mental positiva e a doença mental constituem dimensões distintas, embora relacionadas. Assim, a presença ou ausência de psicopatologia não determina, por si só, o nível de saúde mental positiva, uma vez que o bem-estar e o sofrimento psicológico podem coexistir em diferentes combinações.

Neste modelo, a saúde mental positiva integra três dimensões fundamentais: o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social (Keyes, 2005). O bem-estar emocional refere-se à experiência de afetos positivos e satisfação com a vida. O bem-estar psicológico diz respeito ao funcionamento individual positivo, incluindo crescimento pessoal, autonomia, autoaceitação, propósito de vida e relações interpessoais significativas. O bem-estar social, por sua vez, envolve a perceção de

integração, aceitação e contribuição para a sociedade.

A articulação destas dimensões permite distinguir dois estados principais de funcionamento psicológico: o *flourishing* e o *languishing*. O *flourishing* corresponde a um estado de funcionamento ótimo, caracterizado por elevados níveis de bem-estar, com presença de propósito, vitalidade e satisfação com a vida. Em contraste, o *languishing* descreve um estado de funcionamento reduzido, marcado por vazio emocional, estagnação e desmotivação (Keyes, 2002, 2007).

Embora o bem-estar constitua uma dimensão central da saúde mental, a sua compreensão exige igualmente a consideração dos indicadores de sofrimento psicológico. Neste domínio, a ansiedade, a depressão e o stress assumem particular relevância, sendo amplamente reconhecidos como manifestações centrais de vulnerabilidade psicológica (Lovibond & Lovibond, 1995). A ansiedade caracteriza-se por estados persistentes de tensão, preocupação excessiva e ativação fisiológica associada à antecipação de ameaça. A depressão envolve sentimentos de tristeza, desesperança, anedonia e perda de motivação. O stress corresponde a um estado de sobrecarga associado à perceção de incapacidade para lidar com as exigências do meio.

No contexto da prática psicológica, estes indicadores de sofrimento assumem particular relevância devido às exigências emocionais inerentes à prática profissional em psicologia. A exposição continuada ao sofrimento humano, a necessidade de manutenção de uma postura empática consistente e a responsabilidade associada à tomada de decisão clínica podem intensificar a sintomatologia ansiogénica, depressiva e os níveis de stress experienciados pelos profissionais (Baker, 2003; Posluns & Gall, 2020). Quando o psicólogo evidencia dificuldades na regulação dos impactos decorrentes da exposição cumulativa à dor alheia, pode emergir um conjunto de manifestações de sofrimento ocupacional, incluindo o *burnout*, o stress traumático secundário e a fadiga por compaixão (Brillon et al., 2023; Figley, 1995).

Embora o sofrimento seja experienciado num *continuum* e níveis baixos façam parte da condição humana, se não for adequadamente abordado e gerido, o acumular do sofrimento pode levar a uma intensificação do desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Baker, 2003), nomeadamente ansiedade, exaustão emocional, perda de empatia, despersonalização e perda do sentido de realização pessoal (Morse et al., 2012).

Inversamente, um psicólogo pode experienciar episódios de vulnerabilidade emocional ou stress moderado e, em simultâneo, manifestar níveis satisfatórios de propósito de propósito de vida e integração social. Em contrapartida, a ausência de sintomas clínicos explícitos pode coexistir com estados de vazio emocional, desmotivação e reduzido sentido de realização pessoal e profissional (*languishing*). Em oposição a este estado, o conceito de *flourishing* designa um funcionamento positivo pleno, caracterizado por sentimentos de propósito, evolução contínua e satisfação com a vida (Keyes, 2002, 2005, 2007; Dattilio, 2015).

Este desgaste tem consequências graves para o funcionamento profissional, danificando a qualidade da relação terapêutica, bem como a capacidade empática e a eficácia das intervenções (Posluns & Gall, 2020). Embora o sofrimento seja experienciado ao longo de um *continuum* e níveis moderados de stress façam parte da experiência humana, a sua acumulação prolongada, quando não adequadamente gerada e regulada, pode conduzir ao agravamento da sintomatologia, traduzindo-se em exaustão emocional, despersonalização e redução do sentido de realização pessoal e profissional (Baker, 2003; Maslach & Leiter, 2016; Morse et al., 2012).

Em suma, a saúde mental dos psicólogos deve ser compreendida como um fenómeno dinâmico e bidimensional que integra e cruza indicadores de sofrimento psicológico, como a ansiedade, a depressão e o stress, com indicadores de funcionamento positivo, expressos através do bem-estar emocional, psicológico e social. A compreensão desta complexa interação é essencial não só para analisar os fatores que influenciam o equilíbrio psicológico destes profissionais ao longo da sua prática profissional, mas também para fundamentar a necessidade imperativa de estratégias de autocuidado, promoção do bem-estar e prevenção do desgaste ocupacional.

Autocuidado: Enquadramento Teórico-Conceptual

O conceito de autocuidado tem as suas raízes históricas nos modelos de saúde comunitária e nas ciências de enfermagem, onde era inicialmente perspectivado como um conjunto de comportamentos básicos orientados para a manutenção da saúde física e para a gestão de patologias crónicas (Orem, 1985). Contudo, nas últimas décadas, sob a influência da Psicologia da Saúde e da Psicologia Positiva, este construto sofreu uma evolução conceptual significativa.

Atualmente, o autocuidado é entendido não como uma resposta reativa ao desgaste ou como uma prática ocasional de bem-estar, mas como um processo proativo, intencional e sistemático de autorregulação orientado para a manutenção do equilíbrio psicológico e da saúde global (Barnett & Homany, 2022; Dorociak et al., 2017).

No contexto da Psicologia Clínica, Norcross e VandenBos (2018) conceptualizam o autocuidado como o envolvimento deliberado em comportamentos e práticas que promovem o funcionamento adaptativo e o bem-estar do profissional, constituindo um processo contínuo de monitorização e resposta às próprias necessidades psicológicas, emocionais e físicas.

Em consonância, Barnett et al., (2007) reforçam a perspetiva do autocuidado de definir como uma competência profissional fundamental e um compromisso ativo na busca pelo bem-estar.

Sob este prisma, Barnett e Homany (2022) descrevem o autocuidado como uma abordagem de vida que integra um conjunto de atitudes, valores e comportamentos intencionais, incluindo a utilização de diversas atividades que contribuem para a prevenção do burnout, da fadiga de compaixão e para a redução do impacto negativo das exigências profissionais. Estes autores sublinham que o autocuidado desempenha um papel central na manutenção da perceção de competência profissional, promovendo simultaneamente o bem-estar e a eficácia clínica ao longo do tempo.

De forma complementar, Norcross (2000) reforça que o autocuidado não deve ser entendido como um ato de indulgência ou um luxo egoísta, mas antes como um imperativo ético e uma necessidade clínica. Neste enquadramento, o psicólogo é concebido como o principal instrumento de trabalho na intervenção psicológica, o que implica que o seu próprio cuidado constitui uma condição essencial para a qualidade e segurança da prática clínica, prevenindo o declínio funcional, a negligência profissional e potenciais falhas deontológicas.

Na mesma linha, Wise et al. (2012) enfatizam a dimensão ética do autocuidado, defendendo que este deve ser integrado de forma consciente e reflexiva na prática profissional. Os autores salientam a importância de uma postura honesta, compassiva e autorreflexiva por parte do psicólogo relativamente ao seu próprio bem-estar, tanto no contexto da prática clínica como na gestão da sua vida pessoal, reconhecendo que a competência profissional está intrinsecamente ligada à saúde psicológica do terapeuta.

Considerando uma perspectiva holística, Saakvitne e Pearlman (1996) e Williams et al. (2010) mencionam que o autocuidado se expressa em múltiplas facetas interdependentes, incluindo dimensões físicas, psicológicas, emocionais, sociais, espirituais e profissionais. O equilíbrio entre estes domínios é determinante para a manutenção da saúde psicológica, sendo que a negligência prolongada de qualquer uma destas áreas pode comprometer a estabilidade global do psicólogo e aumentar a sua vulnerabilidade ao stress, ao trauma secundário e ao desgaste ocupacional (Rupert & Dorociak, 2019).

Deste modo, o autocuidado consolida-se como um elemento estruturante da prática psicológica, funcionando como um mediador crítico entre as exigências inerentes ao exercício clínico e a preservação de um funcionamento psicológico adaptativo. Mais do que uma estratégia pontual de prevenção do burnout, trata-se de um processo contínuo de manutenção da saúde mental, com impacto direto na sustentabilidade da carreira profissional e na qualidade da intervenção psicológica ao longo do tempo.

O Papel do Autocuidado na Promoção de Saúde Mental

Perante a natureza multidimensional da saúde mental, a literatura tem vindo a destacar o autocuidado como uma dimensão estruturante e preventiva na prática profissional em psicologia (Barnett et al., 2007; Posluns & Gall, 2020). Longe de ser uma resposta puramente reativa, um luxo ou um ato de egoísmo, o autocuidado consubstancia-se como um conjunto de práticas deliberadas e conscientes que visam a autorregulação emocional, a preservação do bem-estar e o equilíbrio entre as esferas pessoal e profissional (Baker, 2003; Norcross & VandenBos, 2018; Brillon et al., 2023).

Wise et al. (2012) salientam que o autocuidado poderá ter múltiplos objetivos com o intuito principal de fazer o profissional prosperar e florescer, ajudando a combater os efeitos stressores que a prática clínica pode aportar. Para além disso, o autocuidado auxilia na alteração de padrões desadaptativos, conscientes ou desenvolvidos lentamente ao longo do tempo fora do âmbito da consciência, que potenciam fatores de stress e ansiedade, como procrastinação, agendamento de vários pacientes seguidos sem respeitar o tempo de descanso, ignorar a presença de sintomatologia angustiante, falhas no agendamento de dias de férias, não respeitar os horários de refeições (Barnett & Homany, 2022).

Nesta linha de pensamento, Wise e Reuman (2019) alertam para um dos maiores perigos para a saúde mental dos psicólogos como sendo designado de mito da invencibilidade, através do qual criam e mantêm expectativas irrealistas sobre si mesmos, assumindo permanentemente que são imunes às diversas dificuldades que os seus pacientes enfrentam.

Sendo a pessoa do psicólogo um dos preditores mais significativos para o processo terapêutico, o psicólogo não se poderá esconder atrás de uma postura puramente técnica ou mecanizada. Torna-se imperativo o seu envolvimento enquanto agente humano e autêntico, congruente e em contínuo desenvolvimento. Esta postura exige que o psicólogo construa uma identidade sólida, reconheça as suas limitações, demonstre abertura à mudança e capacidade de usar o humor e a autenticidade como promotores da sua saúde mental, assumindo-se conscientemente como o instrumento central da intervenção.

À luz destas premissas, Corey (2021) defende que o desenvolvimento de uma prática reflexiva e o compromisso com o autocuidado vitalício constituem caminhos fundamentais para mitigar o desgaste psicológico, viabilizando o bem-estar e a realização profissional.

Para que possam promover os indicadores da sua saúde mental, os psicólogos deverão seguir um plano de autocuidado que deve iniciar-se pelo reconhecimento da presença e do impacto que fatores stressores têm no seu funcionamento diário, avaliar se as estratégias utilizadas estão a ser benéficas ou há necessidade de reestruturação equacionando domínios que possam estar a ser negligenciados e, através da prática de psicoterapia pessoal conseguir uma visão sobre vulnerabilidades que necessitam ser cuidadas (Barnett & Homany, 2022).

Numa abordagem confrontativa à visão tradicional do papel do autocuidado na promoção da saúde mental, Wise e Reuman (2019) argumentam que esperar que o psicólogo resolva o seu desgaste emocional e sobrecarga profissional recorrendo apenas a estratégias individuais (e.g., meditação ou exercício físico) é irreal e ineficaz. Em alternativa, os autores defendem a promoção de uma cultura de cuidado baseada na responsabilidade partilhada entre o psicólogo, as instituições e o grupo de pares, que privilegie a validação, a proteção e o suporte mútuo.

O autocuidado não se limita a execução de atividades isoladas, pelo contrário, envolve um exercício contínuo de autorreflexão focado no reconhecimento das próprias necessidades e na mobilização ativa de recursos promotores de saúde. Adicionalmente, este processo deve ser dinâmico e ajustado às diferentes etapas da carreira profissional (Gentry, 2002; Myers et al., 2012; Posluns & Gall, 2020).

Posluns e Gall (2020) reiteram a importância de uma abordagem proativa, na qual a integração diária de práticas de autocuidado atua de forma bivalente: previne indicadores negativos e potencia a manutenção do bem-estar (Barnett et al., 2007; Friedman, 2017). Esta promoção da saúde mental não pressupõe ações complexas, períodos de descanso dispendiosos ou hábitos de consumo excepcionais em momentos pontuais, pelo contrário, consubstancia-se numa rotina diária e individualizada que inclui atividades relaxantes, rejuvenescedoras, agradáveis e acessíveis (Norcross, 2000).

Não obstante dos seus benefícios, os psicólogos demonstram frequentemente dificuldades em reconhecer e comunicar as suas vulnerabilidades. Este fenómeno decorre de barreiras pessoais (e.g. perfeccionismo, negação da necessidade de cuidado), profissionais (e.g. sobrecarga laboral, dificuldades de gestão de tempo) e sistémicas, onde o estigma e o receio de desvalorização profissional inibem a procura de suporte (Barnett & Cooper, 2009; Bettney, 2017).

Adicionalmente, a própria formação académica e profissional poderá reforçar a premissa de que o psicólogo deve assumir o papel de provedor, e não o recetor de ajuda. Esta visão tende a gerar uma postura negligente face a estratégias formais de apoio, bem como a subutilização de práticas de autocuidado (Bettney, 2017; Norcross & VandenBos, 2018; Rupert & Dorociak, 2019; Mohi, 2025).

Ao investigarem o impacto destas dimensões, Rupert e Dorociak (2019) observaram que o equilíbrio de vida, as estratégias cognitivas e o equilíbrio diário (este último como preditor mais robusto) exercem uma influência significativa na redução do burnout e no incremento da satisfação com a vida em psicólogos.

Alinhados com estes dados, Wong e White (2020) associaram níveis mais elevados de autocuidado a uma menor prevalência de sintomatologia depressiva e stress.

Globalmente, a evidência empírica valida o papel protetor do autocuidado tanto na mitigação de psicopatologia como na promoção do bem-estar (Richards et al., 2010; Eriksson et al., 2018; Posluns & Gall, 2020; Brillon et al., 2023), existindo indícios de

uma relação recíproca negativa entre o autocuidado e o stress ao longo do tempo (Baker, 2003; Wise et al., 2012; Colman et al., 2016).

Num outro estudo, foi analisado o impacto do autocuidado na percepção de autoeficácia profissional em psicólogos. Verificou-se que as dimensões do autocuidado, desenvolvimento profissional e estratégias cognitivas correlacionaram-se positivamente com a autoeficácia dos psicólogos (Gomes & Neto, 2026).

Como construto multidimensional, o autocuidado opera em múltiplos domínios vitais, sendo consensual a necessidade de uma abordagem holística para a preservação do bem-estar do psicólogo (Saakvitne & Pearlman, 1996; Williams et al., 2010).

No domínio do autocuidado físico, o foco recai sobre as ações direcionadas para a homeostase corporal, tais como higiene de sono, a prática de exercício físico e uma alimentação saudável (Norcross & VanderBos, 2018; Rupert & Dorociak, 2019). Por sua vez, o autocuidado psicológico envolve o estímulo da autoconsciência e o envolvimento em atividades intelectuais e reflexivas, como a leitura ou a participação em atividades culturais (Corey, 2021; Jiang et al., 2021). No que concerne à dimensão emocional, assume-se relevância de estratégias orientadas para a regulação dos afetos, a autocompaixão e a capacidade de formulação de pedidos de ajuda em momentos de vulnerabilidade (Baker, 2003; Wise et al., 2012; Norcross & VanderBos, 2018). Adicionalmente, o autocuidado social remete para a manutenção e qualidade das redes de apoio e suporte interpessoal, exemplificado pelo tempo de qualidade partilhado com a família e amigos (Baker, 2003; Skorupa & Agresti, 1993; Rupert & Dorociak, 2019). No plano espiritual, o autocuidado engloba práticas associadas à busca de significado, conexão transcendente e propósito existencial (Saakvitne & Pearlman, 1996; Jiang et al., 2021). Por fim, o autocuidado profissional direciona-se para atividades que promovem o aumento de competência técnica, a monitorização de limites éticos e a formação contínua, contrariando a tendência para o isolamento clínico (Williams et al., 2010; Wise et al., 2012).

Numa amostra de 786 clínicos, Bloomquist et al. (2015) observaram que os profissionais recorriam com maior frequência ao autocuidado físico, seguido do profissional, emocional e psicológico, registando-se menor adesão ao domínio espiritual. No geral, os autores alertaram para uma preocupante falta de consciência e sistematicidade na aplicação destas estratégias no quotidiano.

Neste sentido, e dada a necessidade de uma rotina de autocuidado abrangente e equilibrada para a promoção dos índices de saúde mental, Barnett e Homany (2022) recomendam que, idealmente, o psicólogo comece por aceitar a necessidade de um autocuidado contínuo, desenvolvendo e implementando, posteriormente, um plano de promoção do bem-estar. Adicionalmente, importa que o psicólogo encare estas práticas tanto como medidas de prevenção, quanto como estratégias para abordar dificuldades inevitáveis da vida pessoal e profissional. Por fim, os autores enfatizam a importância de construir uma rede de apoio pessoal e profissional, mantendo-se a disponibilidade de adesão a recursos adicionais, tais como a psicoterapia pessoal.

Em síntese, o autocuidado assume-se como um imperativo ético indissociável de uma prática profissional competente (Norcross & Guy, 2007; Thériault et al., 2015; Wise et al., 2012). Compreender as relações preditivas e potencialmente recíprocas entre as suas diferentes dimensões e indicadores de saúde mental afigura-se essencial para desenhar estratégias institucionais de suporte aos psicólogos (Barnett & Homany, 2022; Brillon et al., 2023).

Práticas de Autocuidado: Da Intenção à Concretização

A literatura estipula que nenhuma estratégia de autocuidado isolada possui eficácia suficiente para neutralizar os riscos psicossociais da prática clínica. Urge, por isso, que o psicólogo consolide um reportório de estratégias abrangente, dinâmico e flexível (Norcross & Guy, 2007; Norcross & VandenBos, 2018; Ziede & Norcross, 2020) que englobem diferentes domínios, como pessoal, profissional, social, emocional, físico e espiritual para que se possa conjugar o autocuidado como uma prática completa, multidimensional e mensurável (Jiang et al., 2021).

Em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses, através do Princípio do Cuidado Responsável, estipula explicitamente que os psicólogos devem adotar medidas de autocuidado para garantir não só a sua autorregulação, mas também a eficácia e segurança das relações terapêuticas que estabelecem (Newell & MacNeil, 2010; OPP, 2024).

Na mesma linha de pensamento, *American Psychology Association* (APA, 2017) define no Código de Conduta e Princípios Éticos dos Psicólogos o Princípio Geral A – Beneficência e Não Maleficência, no qual é estabelecido que os psicólogos devem

esforçar-se por estarem cientes dos possíveis efeitos da sua própria saúde física e mental na sua capacidade de ajudarem os seus pacientes.

Neste sentido, Hatcher et al. (2013) reforçam a importância de se criar uma cultura de competência, onde o foco se deve centrar não unicamente na teoria adquirida, mas nas competências profissionais que o psicólogo consegue operacionalizar desde a sua formação académica inicial até à prática profissional independente, tomando o psicólogo consciência das principais exigências e vulnerabilidades desenvolvidas ao longo da sua carreira.

De acordo com Posluns e Gall (2020), a prática de autocuidado inicia-se com a tomada de consciência acerca dos riscos inerentes à profissão. É através do desenvolvimento desta autoconsciência contínua que o psicólogo consegue identificar os seus fatores desestabilizadores pessoais e acionar respostas preventivas (Harrison & Westwood, 2009; Richards et al., 2010). Por exemplo, ao mapear uma perceção de isolamento, o psicólogo proativo mobiliza-se para integrar espaços de intervenção com pares (Barnett & Cooper, 2009). Níveis elevados de autoconsciência profissional predizem uma melhor leitura das necessidades pessoais, culminando em intervenções clínicas de maior qualidade (Norcross & Guy, 2007; Norcross & VandenBos, 2018).

Adicionalmente, a literatura enfatiza o equilíbrio funcional entre os diferentes papéis de vida como um promotor crucial de satisfação (Stevanovic & Rupert, 2004). Este equilíbrio decorre de uma distribuição equitativa de recurso cognitivos e temporais, impedindo a negligência de áreas vitais e salvaguardando a estabilidade entre a esfera pessoal e profissional (Pipes et al., 2005; Sirgy & Wu, 2009). Pelo contrário, a porosidade ou o conflito nestes limites correlacionam-se com exaustão e sofrimento psicológico, emergindo o tempo de lazer e a diversificação de atividades como pilares de restauração psicológica (Patsiopoulos & Buchanan, 2011).

O cultivo de relações sociais extra-laborais, a contratualização de tempos de pausa durante o tempo de trabalho, a definição de metas clínicas realistas e o recurso à espiritualidade surgem validados como preditores do bem-estar (Harrison & Westwood, 2009; Thériault et al., 2015). De igual modo, dada a natureza marcadamente sedentária da atividade, torna-se fulcral o investimento em comportamentos de saúde física (Harrison e Westwood, 2009; Norcross & VandenBos, 2018).

Do mesmo modo, Morse et al. (2012) reforçam a importância dos psicólogos adotarem

práticas individuais de autocuidado para auxiliar a gestão emocional nomeadamente, treino de mindfulness, técnicas de relaxamento, participação em workshops e sessões de psicoeducação sobre promoção de autocuidado.

Paralelamente, face ao risco crónico de isolamento, o suporte social percebido (proveniente de amigos, família e colegas) atua como um amortecedor fundamental contra o desgaste emocional (Barnett et al., 2007; Norcross & VandenBos, 2018), estando o baixo suporte associado a um incremento expressivo de sofrimento intrapsíquico (Nelson et al., 2001). Apesar da consensualidade teórica, a implementação destas práticas varia substancialmente em função do perfil do profissional e da fase da carreira.

Norcross (2000) com base em estudos que analisaram as práticas de autocuidado de psicólogos experientes, sugere estratégias-chave como práticas de autocuidado eficazes para auxiliar os psicólogos na sua prática profissional: a) desenvolvimento da capacidade de automonitorização, consciencialização e reconhecimento emocional, identificando sinais de alerta antes da sua intensificação; b) diversificação da prática profissional – autor sugere que os psicólogos devem complementar a sua prática clínica com docência ou formação, supervisão de colegas mais jovens, escrita e investigação pois deste modo combatem a saturação e renovam o interesse intelectual pela profissão; c) estabelecer fronteiras saudáveis entre a vida pessoal e profissional, tanto a nível físico e temporal (e.g., cumprir horários estritos, não prolongar permanente o horário de trabalho para a vida pessoal e aprender a dizer não a situações novas quando tem a agenda já saturada) como psicológico (e.g., aprender a não levar os assuntos dos pacientes para outros contextos da sua vida, evitando a ruminação mental sobre os casos em acompanhamento); d) cultivar relações de suporte pessoal (e.g., família e amigos) e profissional (e.g., supervisão formal e intervisão) uma vez que o isolamento é considerado um dos maiores inimigos do psicólogo; e) preservação do bem-estar através de hábitos saudáveis (e.g., higiene de sono, alimentação e hidratação, exercício físico); e f) psicoterapia pessoal permitindo que o psicólogo possa resolver os seus conflitos e vulnerabilidades que a prática clínica possa ativar e em simultâneo, cultivar recursos do ser pessoa.

Em consonância com a abordagem focada na preservação do psicólogo, Walsh (2011) preconiza a incorporação sistemática de práticas como o exercício físico, a alimentação saudável, o tempo passado na natureza e a gestão emocional consciente atuam como um

contrabalanço entre a rotina sedentária e o isolamento. Adicionalmente, o autor salienta que o investimento nestas práticas otimiza a própria competência clínica, catalisando características nucleares para a eficácia da aliança terapêutica, como a empatia e a estabilidade emocional. Deste modo, as práticas de autocuidado deixam de ser encaradas como uma opção periférica de lazer e assumem o estatuto de um recurso ético e protetor indissociável da realização profissional.

Adicionalmente, Norcross e VandenBos (2018) salientam que o processo de autocuidado não se esgota na mitigação reativa dos riscos profissionais, englobando também a capacidade do psicólogo se focar ativamente nas recompensas intrínsecas da sua prática profissional. Entre estas, os autores destacam o crescimento pessoal contínuo, o privilégio da intimidade terapêutica e o profundo sentido de propósito gerado pelo alívio do sofrimento alheio. Neste sentido, a monitorização e a valorização das gratificações da profissão funcionam como um recurso protetor e de autorregulação essencial para a resiliência e sustentabilidade da carreira.

Atendendo ao panorama das exigências para a saúde mental dos psicólogos, as práticas de autocuidado surgem como ferramentas indispensáveis de proteção do psicólogo para que possam usufruir das recompensas intrínsecas do exercício da profissão, como a satisfação e realização profissional para a promoção do seu bem-estar e em simultâneo, mitigar o impacto de fatores promotores de sintomatologia psicopatológica.

Supervisão, Intervisão e Psicoterapia Pessoal

Para além das práticas de autocuidado individuais revistas anteriormente, o autocuidado deve ser integrado num sistema mais amplo de suporte profissional estruturado. Práticas como a supervisão, a intervisão e a psicoterapia pessoal surgem como pilares indissociáveis do desenvolvimento técnico e suporte pessoal ao psicólogo (OPP, 2024).

A supervisão clínica é reconhecida como uma matriz central do desenvolvimento profissional contínuo, exercendo funções formativas, normativas e restaurativas (Pack, 2015; Thériault et al., 2015; Bernard & Goodyear, 2019). Mais do que monitorizar a aplicação de competências técnicas, a supervisão configura um espaço seguro para a gestão emocional, permitindo a descodificação de dinâmicas transferenciais e contratransferenciais e o processamento do impacto intrapsíquico das consultas (Watkins, 2011; Bernard & Goodyear, 2019; OPP, 2020a). A supervisão potencia a

introspeção e a flexibilidade adaptativa do psicólogo perante a exigência clínica.

A evidência empírica corrobora que a qualidade da supervisão confirma diretamente o bem-estar dos psicólogos. Profissionais inseridos em processos formais de supervisão exibem menores índices de exaustão emocional, despersonalização e stress ocupacional (Ladany et al., 1999; Rupert & Kent, 2007). Contextos de supervisão pautados pela segurança psicológica e validação atuam como autênticos fatores protetores contra a sintomatologia psicopatológica (Van Hoy & Rzeszutek, 2022), promovendo a satisfação laboral e a autoconsciência emocional (Susman-Stillman et al., 2020).

De acordo com Barnett e Homany (2022), verifica-se um declínio nos índices de supervisão após obtenção da certificação para o exercício da profissão. A partir desse momento, a garantia de qualidade prática fica limitada à capacidade de autoavaliação de cada psicólogo. Muitas vezes, a supervisão só é reativada após a instauração de processos disciplinares junto das entidades reguladoras, alertando para o risco de haver profissionais que operam ao longo de toda a carreira sem consciência das suas debilidades técnicas e vulnerabilidades emocionais.

Semelhante aos efeitos da supervisão, a intervenção enquanto espaço horizontal e estruturado de partilha entre pares, estimula a competência clínica, o sentimento de pertença e a validação na tomada de decisão (Bordin, 1983; Falender & Shafranske, 2014; Tietze & Schindler, 2022).

O isolamento profissional, particularmente frequente na prática clínica, emerge na literatura como um dos principais fatores de risco para a fragilização da perceção de competência e para a ocorrência de vulnerabilidades éticas (Barnett & Corcoran, 2018). Ao sintonizarem-se exclusivamente com a própria perspetiva e privados de um sistema de partilha e suporte, os psicólogos enfrentam maior dificuldade em monitorizar com rigor os níveis de exaustão e a qualidade das suas decisões clínicas.

Neste sentido, Wise e Reuman (2019) sustentam que a intervenção promove uma cultura de comunidade competente que envolve o esforço conjunto de psicólogos para o sucesso clínico e realização profissional. Deste modo, o recurso ativo a esta constelação de competências pode auxiliar os psicólogos a compreender e a concretizar melhor as suas necessidades em relação ao desenvolvimento pessoal e profissional (Johnson et al., 2013). O modelo da constelação de competências contraria a perspetiva da prática clínica isolada, reforçando a importância da construção de uma rede intencional e

relacional com o objetivo explícito de apoiar a saúde mental, o desenvolvimento profissional e a eficácia clínica dos psicólogos. Adicionalmente, Johnson et al. (2013) demonstram a importância de se desenvolver uma vigilância compassiva entre pares, sugerindo que sinais de exaustão emocional ou de menor adequação profissional não devem ser alvo de punição, mas sim de suporte e compaixão, promovendo ativamente o bem-estar.

Embora o suporte entre pares tenha sido historicamente mapeado em contextos de reabilitação com populações não-clínicas (Egmose et al., 2023), a sua transposição para a classe dos psicólogos é recomendada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses como uma estratégia fulcral e complementar à supervisão (OPP, 2020b).

No contexto português, Tavares e Fonte (2025) constataram que psicólogos integrados em redes de intervenção e supervisão apresentavam níveis significativamente mais elevados de satisfação por compaixão, maior percepção de suporte e níveis superiores em todas as dimensões do autocuidado comparativamente a pares não integrados nestes sistemas de suporte.

Por fim, a psicoterapia pessoal do psicólogo, embora tradicionalmente enraizada em matrizes teóricas específicas (e.g. modelos psicodinâmicos), permanece como alvo de debate e carente exploração empírica sistemática em outras abordagens. (Mohi, 2025).

Todavia, Miller et al, (2023) circunscrevem-na como um dispositivo de autocuidado de excelência, vital para robustecer a resiliência, verticalizar a autoconsciência e consolidar o sentimento de autoeficácia e identidade profissional (Mohi, 2025; Gomes & Neto, 2026).

A literatura reitera a relevância da análise pessoal como prática de eleição para neutralizar atuações contratransferenciais inconscientes que possam enviesar a aliança terapêutica (Mohi, 2025). Segundo Ziede e Norcross (2020), os psicólogos tendem a reingressar em psicoterapia pessoal em múltiplos momentos da sua carreira, validando este recurso como uma ferramenta perene de renovação pessoal e consolidação profissional.

Em síntese, a literatura converge na sinalização da supervisão, intervenção e psicoterapia pessoal como eixos fundamentais de suporte e proteção face às exigências da intervenção clínica (Rupert & Dorociak, 2019). Contudo, estas estratégias têm sido maioritariamente investigadas de forma estanque e isolada, carecendo a literatura de

modelos empíricos integradores que testem o seu impacto conjunto no bem-estar multidimensional dos psicólogos (Simpson et al., 2019).

Em suma, a revisão da literatura vertida ao longo do enquadramento teórico expõe a complexa arquitetura que sustenta o funcionamento psicológico do psicólogo. Evidencia-se que a atividade clínica está ancorada numa dualidade perpétua, na qual os profundos vetores de gratificação e realização pessoal coexistem com exigências burocráticas, éticas, relacionais e, crescentemente, tecnológicas e digitais. À luz do modelo continuum de Keyes, compreende-se que a integridade e a excelência deontológica da prática profissional não dependem meramente da ausência de sintomatologia psicopatológica (como o stress, a ansiedade ou a depressão), mas sim do incremento proativo de estados de *flourishing*. Neste ecossistema dinâmico e poroso entre o pessoal e o profissional, o autocuidado impõe-se não como uma atividade de lazer errática, mas como um imperativo ético e uma competência profissional multidimensional regulada pelos códigos de conduta nacionais e internacionais (APA, 2017; OPP, 2024). Trata-se do mediador crítico que viabiliza a transição da intenção à concretização, transformando a autoconsciência do risco em comportamentos sistemáticos de salvaguarda da saúde global do psicólogo.

Não obstante o robusto corpo de investigação já desenvolvido, persistem lacunas na literatura que reclamam uma exploração científica mais refinada e contextualizada. Em primeiro lugar, a maioria dos estudos foca-se numa perspetiva estática e transversal do desgaste ou do autocuidado, carecendo a literatura de investigações que analisem a interação dinâmica e preditiva entre as diferentes dimensões do autocuidado (*e.g.*, o equilíbrio diário, as estratégias cognitivas ou o suporte social) e os indicadores específicos de saúde mental positiva e negativa em simultâneo. É perante esta necessidade premente de mapear de que forma as práticas concretas de autocuidado predizem o posicionamento do psicólogo no continuum da saúde mental que o presente estudo se justifica, visando fornecer dados empíricos que permitam desenhar planos preventivos e institucionais mais ajustados à realidade contemporânea da profissão.

MÉTODO

O presente estudo segue um paradigma de investigação quantitativo, com um desenho de estudo transversal. A análise estatística incluiu procedimentos descritivos, inferenciais e correlacionais, sendo adicionalmente realizada análise preditiva entre as variáveis em estudo.

Participantes

A amostra foi constituída por 322 psicólogos de nacionalidade portuguesa, sendo maioritariamente do sexo feminino (87,6%). A idade dos participantes situou-se entre os 24 e os 68 anos ($M=39,7$; $DP=9,9$). Relativamente ao tempo de exercício da atividade profissional, este variou entre 1 e 40 anos ($M=13,1$; $DP=9,1$). Todos os participantes no presente estudo são membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). No que diz respeito à área de especialização, 59,0% possuem especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, 11,2% em Psicologia da Educação; 2,8% em Psicologia do Trabalho e das Organizações e 34,2% não apresentam especialização profissional (Tabela 1). Recorreu-se a uma amostra não probabilística, de conveniência, tendo os participantes sido recrutados com base na sua acessibilidade e disponibilidade para participar no presente estudo. Atendendo à natureza não probabilística da amostra, os resultados devem ser interpretados com precaução no que respeita à sua generalização para o universo total dos psicólogos portugueses.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N=322)*

		<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	282	87,6
	Masculino	40	12,4
Estado Civil	Solteiro/a	122	37,9
	Casado/a ou União de facto	168	52,2
	Divorciado/a ou Separado/a	31	9,6
	Viúvo/a	1	0,3
Formação Académica	Licenciatura	60	18,6
	Mestrado	251	78,0
	Doutoramento	11	3,4
Especialização Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) ^{a)}	Psicologia Clínica e da Saúde	190	59,0
	Psicologia da Educação	36	11,2
	Psicologia do Trabalho e das Organizações	9	2,8
	Sem Especialização Profissional	110	34,2
População de Atuação Profissional ^{a)}	Crianças	157	48,8
	Adolescentes	219	68,0
	Adultos	276	85,7
	Idosos	85	26,4
Contexto de Atuação Profissional ^{a)}	Clínicas	266	82,6
	Escolas/Universidades	72	22,4
	IPSS	55	17,1
	Hospitais / Centros de Saúde	30	9,3
	Empresas	30	9,3
	Autarquias	20	6,2
	Forças de Segurança	5	1,6
	Organizações Desportivas	3	0,9
	Outra/s	14	4,3
Supervisão	Sim	193	59,9
	Não	129	20,1
Intervisão	Sim	211	65,5
	Não	111	34,5
Terapia Pessoal	Sim	163	50,6
	Não	159	49,4
Atividades Autocuidado	Sim	318	98,8
	Não	4	1,2

Nota. ^{a)} As frequências relativas às variáveis assinaladas não são mutuamente exclusivas (questão de resposta múltipla), justificando um somatório global superior a 100%.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi constituído por 18 questões e teve como objetivo a caracterização dos participantes relativamente a variáveis pessoais e profissionais. No que se refere às variáveis pessoais, foram recolhidos dados como o sexo, a idade, o estado civil e o grau de formação académica. Relativamente às variáveis profissionais, o questionário incluiu itens sobre a área de especialização em psicologia, o número de anos de prática profissional, os contextos de atuação profissional, a faixa etária da população-alvo e o número médio de horas de trabalho semanal. Adicionalmente, foram incluídas questões relativas à prática de supervisão, intervenção, realização de psicoterapia pessoal e envolvimento em atividades de autocuidado.

Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

A Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP) é a versão portuguesa adaptada (Silva et al., 2024) da escala original *Self-Care Assessment for Psychologists Scale* (SCAP; Dorociak et al., 2017). Trata-se de uma medida de autorrelato composta por 21 itens, desenvolvida com o objetivo de avaliar o índice de autocuidado dos psicólogos. A EAAP é constituída por cinco subescalas fatorialmente isoladas: 1) Apoio Profissional (5 itens; $\alpha = .86$) que avalia a perceção de apoio e suporte por parte dos colegas de trabalho (e.g., “*Cultivo relações profissionais com os meus colegas*”); 2) Desenvolvimento Profissional (5 itens; $\alpha = .83$), que reflete a importância atribuída ao envolvimento em atividades profissionais de interesse pessoal (e.g., “*Mantenho contacto com organizações da minha comunidade profissional que são importantes para mim*”); 3) Equilíbrio de Vida (4 itens; $\alpha = .88$), que avalia o equilíbrio e a construção de uma identidade pessoal e profissional (e.g., “*Passo tempo com a família e amigos*”); 4) Estratégias Cognitivas (4 itens; $\alpha = .84$), que reflete a perceção acerca do autocuidado psicológico e à consciência e monitorização das próprias emoções e necessidades (e.g., “*Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades*”) e 5) Equilíbrio Diário (3 itens; $\alpha = .70$), que contempla estratégias diárias de autocuidado (e.g., “*Retiro algum tempo para relaxar todos os dias*”). Os itens são avaliados numa

escala tipo Likert de 7 pontos, que varia entre 1 (nunca) e 7 (sempre), indicando a frequência com que os participantes realizam as atividades de autocuidado descritas. Os coeficientes de alfa de Cronbach relativos à presente amostra são apresentados no capítulo dos resultados.

Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF)

A Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Fonte et al., 2020) corresponde à versão portuguesa adaptada da escala original *Mental Health Continuum-Short Form* (Keyes et al., 2008). Trata-se de uma escala de autorrelato que tem como objetivo avaliar a percepção da frequência de indicadores positivos de saúde mental ao longo do último mês. A escala é composta por 14 itens subdivididos por três subescalas: 1) Bem-Estar Emocional (3 itens), que engloba indicadores como “*sentir-se feliz*”, “*satisfeito com a vida*” e “*contributo para a sociedade*”; 2) Bem-Estar Psicológico (6 itens), composto por itens como exemplo “*vida tem uma direção ou um sentido*” e “*relações calorosas e de confiança com outros*”; 3) Bem-Estar Social (5 itens) que inclui itens como exemplo “*que a sociedade é um lugar bom*” e “*que as pessoas são basicamente boas*”. As respostas aos itens são assinaladas numa escala tipo *Likert* de 6 pontos, variando entre 1 (“Nunca”) e 6 (“Todos os dias”). Scores totais das subescalas variam de acordo com o número de itens. Pontuações mais elevadas indicam maior presença de indicadores positivos de saúde mental. Relativamente à consistência interna, os valores de *Alpha de Cronbach* têm valor acima de 0.80 para as três subescalas: $\alpha = .90$ na subescala de Bem-Estar Emocional; $\alpha = .89$ na subescala de Bem-Estar Psicológico e $\alpha = .85$ na subescala de Bem-Estar Social (Fonte et al., 2020).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro, et al., 2004) corresponde à versão portuguesa adaptada da escala original *Depression Anxiety Stress Scale – 21 items* (DASS-21; Lovibond e Lovibond, 1995). Trata-se de uma escala de autorrelato que tem como objetivo avaliar a percepção da presença de sintomas associados à ansiedade, à depressão e ao stress. A EADS-21 é constituída por 21 itens,

subdivididos por três subescalas de 7 itens cada: Ansiedade, Depressão e Stress. A subescala Ansiedade avalia sintomas como a Excitação do Sistema Autónomo (5 itens), os Efeitos Músculos Esqueléticos (1 item), a Ansiedade Situacional (1 item) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (2 itens). A subescala Depressão inclui indicadores como Disforia (1item), Desânimo (1 item), Desvalorização da Vida (1 item), Auto-depreciação (1 item), Falta de interesse ou de envolvimento (1 item), Anedonia (1 item) e Inércia (1 item). Por sua vez, a subescala Stress é constituída por itens sobre Dificuldade em Relaxar (2 itens), Excitação Nervosa (1 item), Facilmente Agitado/Chateado (1 item), Irritável/Reações Exageradas (2 itens) e Impaciência (1 item). As respostas aos itens da escala são assinaladas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, variando de 0 (“não se aplicou nada a mim”) a 3 (“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), considerando a vivência do participante nos últimos sete dias. Os scores das subescalas variam entre um resultado mínimo 0 e máximo de 21, obtidos pela soma dos resultados dos 7 itens que compõem a subescala. Scores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos. Relativamente à consistência interna, a escala apresenta valores de *Alpha de Cronbach* adequados para as três subescalas: Ansiedade $\alpha = .74$, Depressão $\alpha = .85$, e Stress $\alpha = .81$ (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Procedimentos

O presente estudo seguiu delineamento quantitativo, transversal e de natureza descritivo-correlacional e preditiva, tendo como principal objetivo analisar a relação entre as práticas de autocuidado e a saúde mental de psicólogos portugueses.

O processo da elaboração da investigação iniciou-se com a delimitação da temática em estudo e a definição de questão de pesquisa através de *brainstorming* com orientadora do trabalho apresentado. Após a análise aprofundada da temática na literatura através de base de dados como *PsycINFO*, *Scopus*, *PubMed*, *ResearchGate* e *Google Scholar*, procedeu-se à elaboração do objetivo geral e dos objetivos específicos do estudo. Esta etapa permitiu orientar a estrutura metodológica e assegurar a coerência entre o estado da arte, a recolha de dados e a análise estatística.

Em seguida, foram selecionados os instrumentos a utilizar no estudo, sendo selecionados pela adequabilidade e pertinência científica na área em análise e

correspondentes aos objetivos delineados. No cumprimento do dever ético em investigação científica, procedeu-se à elaboração e envio dos pedidos de autorização aos autores das versões portuguesas, nomeadamente da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (Anexo A) e da escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Anexo B). Adicionalmente foi desenvolvido um questionário sociodemográfico com 18 questões com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo. Conjuntamente foi elaborada uma *checklist* de estratégias de autocuidado com base nas orientações da literatura.

Posteriormente, o projeto da presente investigação foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, que emitiu parecer favorável à realização da investigação (Anexo C). Com o parecer positivo, iniciou-se a construção do formulário na plataforma online *Microsoft Forms*, desenvolvido especificamente para este estudo. A primeira parte do formulário contemplou o consentimento informado que seguiu o modelo da Comissão de Ética, ao qual todos os participantes tiveram acesso, tendo a possibilidade de assinalar a participação voluntária ou não na investigação, podendo desistir a qualquer momento aquando do seu preenchimento. Contemplou ainda os objetivos do estudo, explicação sobre o anonimato e confidencialidade dos dados os quais se destinavam meramente para fins científicos relativos à investigação apresentada. Os participantes só poderiam avançar para a segunda parte do formulário se fosse assinalada a opção de participação voluntária e esclarecida na investigação. A segunda parte do formulário contemplou os instrumentos utilizados no estudo.

A recolha de dados foi exclusivamente realizada em formato online durante os meses de janeiro e fevereiro de 2026. Foi elaborada uma pesquisa vasta online que contemplou todos os distritos de Portugal para aceder a contactos de email profissionais de psicólogos e clínicas. Foram enviados no total 958 e-mails (684 para contas de e-mails individuais de psicólogos/as e 274 e-mails para endereços de clínicas/instituições) da conta de e-mail institucional da Universidade Fernando Pessoa. No corpo de texto de email, adaptado se para contacto individual ou coletivo, apresentaram-se os objetivos do estudo e salientou-se a relevância científica e prática da participação de cada profissional. Solicitou-se a possível partilha com colegas, fazendo recurso ao método *Snow Ball*.

A amostra utilizada na investigação foi selecionada através do método de amostragem por conveniência. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para participar no estudo: a) Formação académica em psicologia; b) Estar a exercer a profissão de psicólogo/a em contexto nacional; c) Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e d) nacionalidade portuguesa.

Após concluída a recolha de dados, os dados das 322 respostas obtidas foram analisados com recurso ao programa estatístico IBM SPSS Statistics 31.0.1.0 para Windows. A base de dados obtida em formato *Excel*, foi devidamente catalogada e preparada para a importação para *SPSS*. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva com recurso a valores de medidas de tendência central (média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo), estatística inferencial, correlacional e preditiva. O nível de significância para aceitação ou rejeição da hipótese nula foi fixado em $p \leq ,05$. Foram ainda utilizados os coeficientes de consistência interna de Alfa de *Cronbach*, o coeficiente de correlação *Pearson*, o test *t* de *Student* para amostras independentes e regressões lineares múltiplas. O pressuposto da normalidade da distribuição de valores da amostra em estudo foi aceite, considerando o teorema do limite central. O pressuposto de homogeneidade de variâncias foi analisado através do teste de Levene.

RESULTADOS

Análise Descritiva das subescalas da EAAP, EADS-21 e MHC-SF

No que respeita ao autocuidado, observou-se que as dimensões apresentaram valores médios relativamente elevados, destacando-se a dimensão Equilíbrio de Vida ($M = 6,02$; $DP = 0,98$), seguida das Estratégias Cognitivas ($M = 5,98$; $DP = 0,81$). Os valores observados situaram-se globalmente acima do valor médio da escala EAAP, sugerindo níveis moderados a elevados de práticas de autocuidado da amostra em estudo conforme apresentado na Tabela 2. Considerando os indicadores positivos de saúde mental, observou-se que a subescala Bem-Estar Emocional apresentou o valor médio mais elevado ($M = 3,88$; $DP = 0,82$), seguida do Bem-Estar Psicológico ($M = 3,83$; $DP = 0,84$), enquanto o Bem-Estar Social apresentou valor médio mais baixo ($M = 2,81$; $DP = 1,05$). Relativamente à perceção de presença de sintomatologia psicopatológica, os valores médios observados foram globalmente baixos, indicando níveis reduzidos de sintomatologia associada à ansiedade, depressão e stress. Estes resultados sugerem níveis moderados de bem-estar, com maior expressão ao nível emocional e psicológico em comparação com a dimensão social.

Tabela 2

Caracterização das dimensões de autocuidado (EAAP), de bem-estar (MHC-SF) e sintomatologia psicopatológica (EADS-21)

Participantes $N=322$				
EAAP	M	DP	Min.	Máx.
Apoio Profissional	5,37	1,25	1,40	7,00
Desenvolvimento Profissional	5,15	1,11	1,40	7,00
Equilíbrio de Vida	6,02	0,98	2,50	7,00
Estratégias Cognitivas	5,98	0,81	3,00	7,00
Equilíbrio Diário	4,79	1,42	1,00	7,00
MHC-SF				
Bem-estar Emocional	3,88	0,82	0,30	5,30
Bem-estar Psicológico	3,83	0,84	1,00	5,00
Bem-estar Social	2,81	1,05	0,20	5,00
EADS-21				
Ansiedade	0,26	0,37	0,00	2,43
Depressão	0,35	0,44	0,00	2,43
Stress	0,79	0,60	0,00	3,00

Práticas de Autocuidado da Amostra em Estudo

A utilização da *checklist* de práticas de autocuidado sustentada pelas evidências científicas (Bloomquist et al., 2015), revelou-se pertinente no contexto do presente estudo, na medida em que permitiu complementar a avaliação dimensional do constructo do autocuidado com uma análise mais concreta e ecológica das estratégias efetivamente adotadas pelos participantes ($N=318$).

Deste modo, a análise das frequências das respostas dos participantes permitiu identificar padrões de adesão a diferentes práticas de autocuidado (Tabela 3). Na dimensão do autocuidado físico, verificou-se que as práticas de autocuidado mais utilizadas pelos participantes foram a adoção de uma alimentação saudável e hidratação (71,7%) e a prática desportiva informal (67,1%). Relativamente à dimensão do autocuidado psicológico e emocional, verificou-se maior prevalência da utilização do sentido de humor (71,7%), seguida da estratégia de participação em atividades culturais e recreativas (60,6%) e do contacto com a natureza (55,9%). Na dimensão do autocuidado social, salientou-se a estratégia do tempo com família e amigos (87,9%) e o desenvolvimento de relações pessoais e profissionais que minimizem o isolamento (68,6%). No autocuidado espiritual, verificou-se uma adesão relativamente baixa, tanto no desenvolvimento de um sentido de propósito (41,6%) como na espiritualidade e práticas religiosas (17,7%). Por fim, no autocuidado profissional, verificou-se uma elevada frequência de estratégias de autocuidado como a formação profissional contínua (77,6%), o gosto pela profissão (70,8%) e o respeito pelos limites entre a vida pessoal e profissional (65,5%). Em síntese, as análises de frequências das práticas de autocuidado evidenciaram um padrão diferenciado da amostra em estudo, com maior prevalência ao nível do autocuidado social e do autocuidado profissional em contraste com a menor utilização de práticas como a formulação de pedidos de ajuda (10,2%) e realização de diário de bordo (8,7%). Assim, o autocuidado assume um carácter multifacetado e multifatorial, evidenciado pela variabilidade na adesão à diferentes práticas analisadas.

Tabela 3*Distribuição de frequências das práticas de autocuidado dos participantes (N=318)*

<i>Categoria</i>	<i>Práticas de Autocuidado</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Autocuidado Físico	Alimentação saudável e hidratação	231	71,7
	Prática desportiva informal	216	67,1
	Respeito pelo número adequado de horas de sono	196	60,9
	Prática desportiva formal	42	13,0
Autocuidado Psicológico e Emocional	Utilização do sentido de humor	231	71,7
	Atividades culturais e recreativas	195	60,6
	Contacto com a natureza	180	55,9
	Técnicas de relaxamento, meditação, <i>mindfulness</i>	113	35,1
	Formulação de pedidos de ajuda	33	10,2
Autocuidado Social	Tempo com família e amigos	283	87,9
	Desenvolvimento de relações pessoais e profissionais minimizando o isolamento	221	68,6
	Participação em atividades sociais da comunidade	110	34,2
Autocuidado Espiritual	Desenvolvimento de um sentido de propósito	134	41,6
	Desenvolvimento da Espiritualidade / Práticas religiosas	57	17,7
Autocuidado Profissional	Formação profissional contínua	250	77,6
	Gosto pela profissão	228	70,8
	Respeito pelos limites entre a vida pessoal e profissional	211	65,5
	Realização de pequenos intervalos ao longo do dia	195	60,6
	Adequar ambiente físico de trabalho	174	54,0
	Reencaminhar casos para outro profissional	155	48,1
	Realização diário de bordo	28	8,7

Normalidade

Apesar da não verificação do pressuposto de normalidade ($p \leq ,05$), a literatura estatística indica que em amostras de dimensão moderada a elevada ($n \geq 50$), os testes paramétricos tendem a ser robustos a violações deste pressuposto (Howell, 2013). Deste modo, a utilização de testes paramétricos no presente estudo justifica-se pela dimensão da amostra ($N = 322$) e pela robustez face a desvios moderados da normalidade.

Consistência Interna

No presente estudo, procedeu-se à análise da consistência interna das subescalas dos instrumentos utilizados, através do cálculo dos valores do alfa de Cronbach, com o objetivo de avaliar a fiabilidade das escalas (Tabela 4). Os resultados obtidos indicaram valores de consistência interna adequados, de acordo com os valores reportados nos estudos de validação e adaptação dos instrumentos.

Tabela 4

Coefficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas dos instrumentos utilizados no estudo (N = 322)

EAAP	Alpha de Cronbach	(Silva et al., 2024)	Nº Itens
Apoio Profissional	,87	,86	5
Desenvolvimento Profissional	,81	,83	5
Equilíbrio de Vida	,88	,88	4
Estratégias Cognitivas	,84	,84	4
Equilíbrio Diário	,77	,70	3
Total	,91	,87	21
EADS	(Pais-Ribeiro, et al., 2004)		
Ansiedade	,77	,74	7
Depressão	,84	,85	7
Stress	,87	,81	7
MHC-SF	(Fonte et al., 2020)		
Bem-estar Emocional	,86	,90	3
Bem-estar Psicológico	,86	,89	6
Bem-estar Social	,85	,85	5

Análise das correlações de Pearson entre as subescalas dos instrumentos utilizados no estudo

As relações entre as subescalas do autocuidado (EAAP), de sintomatologia psicopatológica (EADS-21) e indicadores de saúde mental (MHC-SF) foram analisadas através de correlações de *Pearson* (Tabela 5), com o objetivo de avaliar a direção e magnitude das associações entre as variáveis em estudo ($p < ,05$).

Relativamente às correlações intra-instrumento, verificou-se que as subescalas da EAAP apresentaram associações positivas entre si, variando entre magnitudes fracas, moderadas e fortes de acordo com os critérios propostos por Cohen (1988), destacando-se as correlações entre Apoio Profissional e Desenvolvimento Profissional ($r = ,578, p <$

,001), Desenvolvimento Profissional e Equilíbrio de Vida ($r = ,567, p < ,001$) e Equilíbrio de Vida e Estratégias Cognitivas ($r = ,571, p < ,001$).

De modo semelhante, as dimensões da EADS-21 evidenciaram correlações positivas de moderadas a fortes entre si, nomeadamente entre Ansiedade e Stress ($r = ,676, p < ,001$) e entre Depressão e Stress ($r = ,683, p < ,001$). As subescalas do MHC-SF apresentaram igualmente correlações elevadas positivas entre si, destacando-se as correlações entre Bem-Estar Emocional e o Bem-Estar Psicológico ($r = ,681, p < ,001$) e entre Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar Social ($r = ,632, p < ,001$). Os resultados evidenciam consistência interna e coerência estrutural de cada instrumento.

As associações entre as dimensões de autocuidado e os indicadores de saúde mental (bem-estar) evidenciaram correlações positivas e estatisticamente significativas entre todas as subescalas. Os valores mais elevados verificaram-se entre o Desenvolvimento Profissional e Bem-Estar Psicológico ($r = ,452, p < ,001$), Equilíbrio de Vida e Bem-Estar Emocional ($r = ,476, p < ,001$) e Estratégias Cognitivas e Bem-Estar Psicológico ($r = ,511, p < ,001$).

No que respeita às correlações entre autocuidado e sintomatologia psicopatológica, verificaram-se correlações negativas estatisticamente significativas entre todas as dimensões da EAAP e as dimensões da EADS-21 ($p < ,05$). As magnitudes variaram entre fracas a moderadas, destacando-se as associações entre Equilíbrio de Vida e Depressão ($r = -,383, p < ,001$), Estratégias Cognitivas e Depressão ($r = -,341, p < ,001$) e Equilíbrio de Vida e Stress ($r = -,263, p < ,001$).

Os resultados evidenciam um padrão consistente de correlações entre as subescalas, indicando que a prática de atividades de autocuidado se relaciona positivamente com os indicadores de saúde mental em termos do bem-estar e negativamente com as dimensões de ansiedade, depressão e stress.

Tabela 5

Correlações de Pearson entre as subescalas da EAAP, MHC-SF e EADS-21

Participantes (N=322)	EAAP					MHC-SF			EADS-21		
	Apoio Profissional	Desenvolvimento Profissional	Equilíbrio de Vida	Estratégias Cognitivas	Equilíbrio Diário	Bem-Estar Emocional	Bem-Estar Psicológico	Bem-Estar Social	Ansiedade	Depressão	Stress
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Apoio Profissional	1										
Desenvolvimento Profissional	,578***	1									
Equilíbrio de Vida	,563***	,567***	1								
Estratégias Cognitivas	,408***	,445***	,571***	1							
Equilíbrio Diário	,253***	,296***	,382***	,491***	1						
Bem-Estar Emocional	,324***	,365***	,476***	,395***	,289***	1					
Bem-Estar Psicológico	,365***	,452***	,545***	,511***	,279***	,681***	1				
Bem-Estar Social	,334***	,414***	,397***	,318***	,191***	,626***	,632***	1			
Ansiedade	-,162**	-,140*	-,192***	-,208***	-,223***	-,327***	-,378***	-,273***	1		
Depressão	-,251***	-,295***	-,383***	-,341***	-,266***	-,620***	-,570***	-,420***	,599***	1	
Stress	-,130*	-,191***	-,263***	-,238***	-,269***	-,419***	-,430***	-,333***	,676***	,683***	1

Nota. EAAP = Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos; MHC-SF = Escala Continuum de Saúde mental – versão reduzida; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Análise das diferenças no Autocuidado, indicadores de Saúde Mental e Sintomatologia Psicopatológica em função prática de Supervisão, Intervisão e Psicoterapia Pessoal

Com o objetivo de analisar as diferenças nas dimensões de autocuidado, bem-estar sintomatologia psicopatológica em função da prática de supervisão, intervisão e psicoterapia pessoal, foram realizadas análises inferenciais através de testes *t* para amostras independentes (Tabela 6).

Previamente à realização das análises inferenciais, foi avaliado o pressuposto de homogeneidade das variâncias através do teste de *Levene*. Os resultados indicaram o cumprimento de homogeneidade ($p > ,05$) em algumas subescalas e em outras assumiu-se a heterogeneidade de variâncias ($p < ,05$). Na heterogeneidade de variâncias foram considerados os resultados do teste *t* com correção de *Welch* de forma a garantir a robustez das análises estatísticas (Field, 2018).

Relativamente à Supervisão, observou-se que os participantes com prática de supervisão ($n = 193$) apresentaram valores médios superiores em todas as dimensões do autocuidado comparativamente aos participantes sem supervisão. Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas na dimensão Apoio Profissional ($M = 5,48$; $DP = 1,16$; $t = 1,98$, $p = ,049$) e na dimensão Desenvolvimento Profissional ($M = 5,28$; $DP = 1,09$; $t = 2,59$, $p = ,010$).

Globalmente, os resultados sugerem que a supervisão se encontra associada principalmente a dimensões relacionadas com o suporte e desenvolvimento profissional. Não foram analisadas diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões do autocuidado, nem nos níveis de saúde mental ou sintomatologia psicopatológica ($p > ,05$). Estes resultados reforçam que a supervisão atua como suporte à prática profissional, sem demonstrar na amostra em estudo, uma influência direta e significativa nos indicadores clínicos e de saúde mental.

Para a prática de Intervisão ($n = 211$), verificaram-se valores médios superiores em todas as dimensões do autocuidado com exceção do Equilíbrio Diário nos participantes que beneficiam desta prática. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Apoio Profissional ($t = 3,12$, $p = ,002$), Desenvolvimento Profissional ($t = 3,11$, $p = ,002$) e Estratégias Cognitivas ($t = 1,72$, $p = ,044$). Ao nível da saúde mental, os participantes com intervisão apresentaram valores médios superiores em todas as

dimensões do bem-estar (BEE, BEP e BES) sendo que apenas a diferença no BES se revelou estatisticamente significativa ($t = 2,88$, $p = ,004$).

Relativamente à sintomatologia psicopatológica, embora os participantes com intervenção tenham apresentado valores médios inferiores de Ansiedade, Depressão e Stress, as diferenças entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($p > ,05$). Estes resultados sugerem que a intervenção atua predominantemente como uma prática ao nível do desenvolvimento profissional e do bem-estar social, sem que haja demonstração estatisticamente significativa na redução de sintomas clínicos na amostra em estudo.

No que respeita à prática de psicoterapia pessoal ($n = 163$), os resultados revelaram valores médios mais elevados de sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stress) nos profissionais que realizam psicoterapia pessoal, com diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de depressão ($p = ,005$) e stress ($p = .018$). Por outro lado, os psicólogos que não realizam psicoterapia pessoal, apresentaram valores médios superiores de bem-estar emocional, psicológico e social. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões do bem-estar: BEE ($p = ,003$) no BEP ($p = .016$) e no BES ($p = ,004$). Estes resultados sugerem que na amostra em estudo, a procura de apoio psicoterapêutico poderá funcionar como estratégia face à consciencialização de estados de maior vulnerabilidade emocional ou sofrimento psicológico.

Em síntese, os resultados indicam que a prática de Supervisão e Intervisão se associam a níveis significativamente superiores de autocuidado nas dimensões de suporte à prática profissional dos psicólogos. Ao nível da saúde mental, apenas a prática de Intervisão demonstrou efeito estatisticamente significativo na dimensão do bem-estar social. Contrariamente à prática de supervisão e intervenção, a psicoterapia pessoal não demonstrou efeito estatisticamente significativo nas dimensões do autocuidado.

Tabela 6

Análise das diferenças nas dimensões do autocuidado, bem-estar e sintomatologia psicopatológica em função da prática de supervisão, intervenção e psicoterapia pessoal

<i>N</i> =322	Supervisão						Intervisão						Psicoterapia Pessoal					
	Sim (<i>N</i> =193)		Não (<i>N</i> =129)				Sim (<i>N</i> =211)		Não (<i>N</i> =111)				Sim (<i>N</i> =163)		Não (<i>N</i> =159)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Apoio Profissional	5,48	1,16	5,19	1,36	1,98	,049 ^{a)} *	5,53	1,14	5,05	1,38	3,12	,002**	5,32	1,25	5,41	1,25	-0,70	,485
Desenvolvimento Profissional	5,28	1,09	4,96	1,12	2,59	,010**	5,29	1,07	4,89	1,15	3,11	,002**	5,10	1,10	5,21	1,12	-0,89	,373
Equilíbrio de Vida	6,03	0,93	6,00	1,04	0,23	,816	6,08	0,89	5,90	1,12	1,56	,119	5,94	1,04	6,09	1,04	-1,32	,187
Estratégias Cognitivas	6,02	0,80	5,93	0,84	0,94	,348	6,04	0,74	5,86	0,94	1,72	,044	6,01	0,87	5,95	0,76	0,74	,461
Equilíbrio Diário	4,88	1,41	4,66	1,42	1,37	,173	4,75	1,43	4,88	1,40	-0,79	,431	4,85	1,48	4,37	1,36	0,74	,460
Bem-estar emocional	3,92	0,75	3,81	0,91	1,16	,245	3,94	0,73	3,77	0,96	1,57	,118	3,74	0,81	4,02	0,81	-3,02	,003**
Bem-estar psicológico	3,87	0,79	3,77	0,90	1,04	,299	3,89	0,75	3,72	0,97	1,63	,105	3,72	0,85	3,94	0,81	-2,42	,016*
Bem-estar social	2,86	1,06	2,73	1,04	1,10	,274	2,93	1,01	2,58	1,09	2,88	,004**	2,64	1,04	2,98	1,03	-2,93	,004**
Ansiedade	0,25	0,37	0,28	0,39	-0,63	,527	0,25	0,36	0,29	0,40	-0,97	,335	0,29	0,41	0,23	0,34	1,46	,145
Depressão	0,32	0,38	0,38	0,51	-1,15	,253 ^{a)}	0,33	0,40	0,38	0,51	-0,97	,331	0,42	0,46	0,28	0,40	2,83	,005 ^{a)} **
Stress	0,78	0,56	0,82	0,67	-0,60	,546	0,79	0,61	0,80	0,60	-0,15	,877	0,87	0,61	0,71	0,59	2,37	,018

Nota. **p* < ,05. ** *p* < ,01. *** *p* < ,001. ^{a)} Teste Levene *p* < ,05 – Assumida heterogeneidade de Variâncias.

Contributo do Autocuidado na Promoção da Saúde Mental

Foram realizadas regressões lineares múltiplas com o objetivo de analisar o contributo das dimensões de autocuidado para a predição das dimensões de bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

Previamente à interpretação dos coeficientes, procedeu-se à verificação dos pressupostos do modelo. A ausência de multicolinearidade foi confirmada através dos valores de *Variance Inflation Factor (VIF)* situados entre 1,35 e 2,01 e dos valores de Tolerância superiores a 0,49, o que demonstrou a inexistência de redundância excessiva entre as dimensões do autocuidado. Estes indicadores asseguraram que cada preditor exerceu um contributo ortogonal nos modelos de regressão. Verificou-se ainda a independência dos resíduos através da estatística de *Durbin-Watson* (Hair et al., 2018).

Na análise dos resultados do valor preditivo das dimensões de autocuidado sobre o Bem-estar Emocional (BEE), verificou-se que o modelo de regressão revelou um ajustamento estatisticamente significativo $F(5, 316) = 22,37; p < ,001$. O coeficiente de correlação múltipla ($R = ,511$) e o coeficiente de determinação ajustado ($R^2_{ajustado} = ,250$) indicam que o modelo explica 25% da variância total do BEE. Especificamente a dimensão Equilíbrio de Vida constitui-se como o preditor mais robusto e com maior peso relativo na equação ($\beta = ,302; t = 4,42; p < ,001$). A dimensão Estratégias Cognitivas apresentou igualmente um contributo positivo e estatisticamente significativo ($\beta = ,133; t = 2,08; p < ,038$). Por outro lado, as dimensões Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional e Equilíbrio Diário, não se revelaram estatisticamente significativas ($p > ,05$), revelando-se como preditores inócuos no modelo de regressão do BEE. Estes resultados permitem rejeitar a hipótese nula de que o modelo não possui poder preditivo, confirmando que o BEE é influenciado seletivamente por componentes específicas do autocuidado, nomeadamente pelo equilíbrio entre o contexto de vida pessoal e profissional e pela capacidade de monitorização de necessidades e emoções.

Tabela 7

Resultados das Regressões Lineares Múltiplas para a predição das dimensões do Bem-Estar (Emocional, Psicológico e Social) a partir das dimensões de Autocuidado

<i>Preditores</i>	BEE				BEP				BES			
	<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>p</i>
(Constante)	,893	,310	–	,004	,003	,292	–	,991	-,438	,409	–	,285
Apoio Profissional	,015	,042	,023	,714	-,008	,039	-,012	,835	,051	,055	,061	,351
Desenvolvimento Profissional	,073	,047	,100	,122	,127	,044	,169	,005	,228	,062	,241	,001**
Equilíbrio de Vida	,254	,058	,303	,001**	,263	,054	,306	,001**	,192	,076	,178	,012
Estratégias Cognitivas	,134	,064	,133	,038*	,283	,060	,276	,001**	,112	,085	,087	,189
Equilíbrio Diário	,042	,032	,072	,198	-,012	,031	-,020	,697	-,005	,043	-,007	,904

Nota. *B* = Coeficiente não padronizado; *EP* = erro padrão; β = coeficiente padronizado; **p* < ,05; ***p* < ,01

No que concerne ao impacto das dimensões de autocuidado no Bem-Estar Psicológico (BEP), os resultados revelaram um modelo de regressão com um ajustamento estatisticamente robusto $F(5, 316) = 37,74$; $p < ,001$. Os indicadores de ajustamento, nomeadamente o coeficiente de correlação múltipla ($R = ,611$) e o coeficiente de determinação ajustado ($R^2_{ajustado} = ,364$), demonstraram que o modelo explica 36,4% da variância total do BEP. Este valor sugere que as práticas de autocuidado possuem uma capacidade preditiva considerável sobre os indicadores de saúde positivos da amostra em estudo.

Especificamente, observou-se que o Equilíbrio de Vida permanece como o fator mais relevante na predição do bem-estar ($\beta = ,306$; $t = 4,85$; $p < ,001$). Adicionalmente, e com magnitude próxima, as Estratégias Cognitivas revelaram-se um preditor fundamental e estatisticamente significativo ($\beta = ,276$; $t = 4,68$; $p < ,001$). De modo inverso ao observado no modelo do BEE, a dimensão Desenvolvimento Profissional apresentou no modelo do BEP um contributo relevante para a explicação da variância ($\beta = ,169$; $t = 2,86$; $p < ,005$), sugerindo que o investimento na carreira é intrínseco à dimensão psicológica do bem-estar. Em contrapartida, as dimensões Apoio Profissional e Equilíbrio Diário não atingiram níveis de significância estatística necessários ($p > ,05$) não exercendo, por isso, um efeito preditor no modelo do BEP.

No que concerne à análise do Bem-Estar Social (BES), o modelo de regressão múltipla apresentou-se estatisticamente significativo $F(5, 316) = 17,56; p < ,001$, com um coeficiente de determinação ajustado de $R^2_{ajustado} = ,205$. Estes valores indicam que as variáveis preditoras relativas ao autocuidado, explicam aproximadamente 20,5% da variância total do BES, revelando um poder explicativo ligeiramente inferior aos modelos do BEE e do BEP.

Na análise dos contributos específicos das dimensões do autocuidado, observou-se uma configuração distinta dos preditores significativos. Neste modelo, o Desenvolvimento Profissional assumiu-se como o preditor mais proeminente e com maior peso estatístico ($\beta = ,241; t = 3,66; p < ,001$), seguido pelo Equilíbrio de Vida ($\beta = ,178; t = 2,53; p = ,012$). As Estratégias Cognitivas deixam de exercer um efeito direto significativo ($p = ,189$) assim como, o Apoio Profissional e o Equilíbrio Diário ($p > ,05$). Estes resultados sugerem que a perceção de BES dos psicólogos em estudo está fortemente associada ao sentimento de pertença a uma comunidade profissional ativa contínua e na capacidade de manter uma identidade equilibrada entre a esfera pessoal e profissional.

A análise conjunta dos modelos de regressão do BEE, BEP e BES, permite delinear um perfil diferenciado da influência do autocuidado sobre as dimensões de saúde mental positiva. Embora o autocuidado explique uma parte significativa da variância, a força e a configuração dos preditores variam consoante a natureza do bem-estar em análise. O Equilíbrio de Vida surgiu como preditor transversal e mais robusto em todo o estudo. A sua influência é particularmente saliente no BEE ($\beta = ,302$) e BEP ($\beta = ,306$).

Estes resultados sugerem que a harmonia entre a esfera pessoal e profissional constitui uma base estruturante da saúde mental dos psicólogos em estudo. Por outro lado, o Desenvolvimento Profissional revelou um contributo nulo no BEE, mas assumiu-se como um preditor determinante no BES ($\beta = ,241$). Estes resultados evidenciam que a realização através do investimento na carreira e a ligação à comunidade profissional são importantes para a satisfação social dos participantes em estudo. Em síntese, os dados confirmam que a Saúde Mental Positiva se constitui como um sistema dinâmico, no qual as diferentes dimensões do autocuidado contribuem de forma seletiva para a sua promoção e fortalecimento.

O Papel Protetor do Autocuidado na Sintomatologia Psicopatológica

Após a análise dos indicadores de saúde mental positiva (bem-estar), importa investigar de que forma as dimensões do autocuidado atuam na mitigação da sintomatologia psicopatológica. Para o efeito, foram realizados modelos de regressão múltipla tendo como variáveis dependentes a Ansiedade, a Depressão e o Stress (EADS-21), cujos resultados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8

Resultados das Regressões Lineares Múltiplas para análise do papel protetor dos preditores do Autocuidado na Ansiedade, Depressão e Stress

<i>Preditores</i>	Ansiedade				Depressão				Stress			
	<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EP</i>	β	<i>p</i>
(Constante)	,892	,159	—	,001**	1,670	,175	—	,001**	2,022	,251	—	,001**
Apoio Profissional	-,019	,021	-,065	,365	-,007	,023	-,019	,775	,031	,034	,065	,355
Desenvolvimento Profissional	,004	,024	,011	,880	-,011	,027	-,028	,682	-,030	,038	-,055	,439
Equilíbrio de Vida	-,023	,030	-,060	,433	-,109	,032	-,243	,001**	-,104	,047	-,168	,026
Estratégias Cognitivas	-,037	,033	-,080	,268	-,073	,036	-,136	,044*	-,042	,052	-,057	,417
Equilíbrio Diário	-,039	,017	-,147	,020*	-,029	,018	-,093	,117	-,076	,026	-,177	,004*

Nota. *B* = Coeficiente não padronizado; *EP* = erro padrão; β = coeficiente padronizado; * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Relativamente à análise do valor preditivo das dimensões do autocuidado sobre a ansiedade, o modelo de regressão revelou-se estatisticamente significativo $F(5, 316) = 4,77$; $p < ,001$. O coeficiente de determinação ajustado ($R^2_{ajustado} = ,056$) revelou que, embora significativo, o modelo explica modestamente 5,6% da variância total da sintomatologia ansiogénica da amostra em estudo. Na análise da contribuição individual de cada preditor, observou-se que apenas o Equilíbrio Diário se constituiu como um preditor estatisticamente significativo e negativo ($\beta = -,147$; $t = -2,33$; $p = ,020$).

Este resultado sugere que a prática de estratégias diárias de autocuidado como a gestão de tempo e estratégias de relaxamento atuam como um fator protetor contra a ansiedade. Deste modo, estes resultados sugerem que a ansiedade na amostra em estudo parece ser mais sensível à gestão de rotinas e pausas diárias comparativamente com fatores de desenvolvimento de carreira profissional.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, os resultados da regressão linear múltipla revelaram um ajustamento estatisticamente significativo $F(5, 316) = 13,55$; $p < ,001$. O modelo relativo à Depressão demonstrou uma capacidade explicativa superior comparativamente à ansiedade, com coeficiente de determinação ajustado ($R^2_{ajustado} = ,164$) a indicar que as dimensões do autocuidado explicam 16,4% da variância total da Depressão.

Especificamente, observou-se que o Equilíbrio de Vida se destacou como o fator de proteção mais robusto e estatisticamente significativo ($\beta = -,243$; $t = -3,36$; $p < ,001$) evidenciando que a harmonia entre a esfera pessoal e profissional reduz a propensão para estados depressivos. Paralelamente, as Estratégias Cognitivas exerceram um impacto negativo e significativo ($\beta = -,136$; $t = -2,02$; $p = ,044$) o que salienta a importância da monitorização interna de necessidades psicológicas e emoções da amostra em estudo. As restantes dimensões do autocuidado não revelaram significância estatística ($p > ,05$) neste modelo, não se configurando como preditores diretos da sintomatologia depressiva nesta amostra.

Relativamente à predição dos níveis de Stress, o modelo de regressão múltipla apresentou um ajustamento estatisticamente significativo $F(5, 316) = 7,63$; $p < ,001$. O valor de $R^2_{ajustado} = ,094$ indica que o conjunto das dimensões do autocuidado explica 9,4% da variância total do stress percebido pelos participantes em estudo. No que respeita aos preditores individuais, verificou-se que o Equilíbrio Diário se revelou como o fator de proteção mais expressivo e com maior peso relativo ($\beta = -,177$; $t = -2,87$; $p = ,004$). Do mesmo modo, o Equilíbrio de Vida apresentou também um contributo negativo e estatisticamente significativo ($\beta = -,168$; $t = -2,23$; $p = ,026$).

Estes resultados indicam que para a redução dos níveis de stress será pertinente a combinação entre a gestão diária de estratégias de autocuidado e a construção de uma identidade equilibrada entre o domínio pessoal e profissional.

A análise comparativa dos modelos de predição da sintomatologia psicopatológica revela padrões de proteção diferenciados em função da dimensão analisada. Observou-se que o autocuidado evidenciou um poder explicativo mais expressivo na Depressão (16,4%), enquanto o seu impacto na Ansiedade (5,6%) e no Stress (9,4%) revelou-se mais circunscrito a dimensões específicas da gestão de estratégias do quotidiano.

O Equilíbrio Diário revelou-se como o único preditor significativo da Ansiedade e mais forte para o Stress. O Equilíbrio de Vida demonstrou ser o preditor central na prevenção da Depressão, sugerindo que estados depressivos estão mais associados a destruturação do equilíbrio da identidade pessoal e profissional, enquanto a ansiedade e o stress associam-se mais a estratégias diárias de autocuidado. As Estratégias Cognitivas revelaram-se um preditor protetor no modelo da depressão à semelhança do encontrado nos modelos de bem-estar.

A análise global dos modelos de regressão de saúde mental e de sintomatologia psicopatológica permitem concluir que o autocuidado desempenha um papel fundamental tanto na promoção do funcionamento psicológico saudável como na mitigação da sintomatologia psicopatológica. O Equilíbrio de Vida apresentou-se como o preditor mais transversal e robusto, onde se verificou influência significativa em cinco dos seis modelos analisados (BEE, BEP, BES, Depressão e Stress) sugerindo que a harmonia entre o contexto de vida pessoal e profissional é um alicerce fundamental da saúde mental. O Equilíbrio Diário embora não tenha gerado impacto no bem-estar, emergiu como preditor na regulação da ansiedade e do stress. Por sua vez, a dimensão Estratégias Cognitivas revelou-se como preditor com impacto no BEE e BEP, como também, protetora contra a Depressão. A dimensão Desenvolvimento Profissional revelou-se como um preditor determinante para o BES e para o BEP, contudo mostrou-se estatisticamente irrelevante na mitigação de sintomatologia psicopatológica.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre os níveis de autocuidado e os indicadores de saúde mental em psicólogos portugueses, considerando simultaneamente dimensões de bem-estar e sintomatologia psicopatológica. Partindo da perspetiva multidimensional da saúde mental, procurou-se compreender de que modo diferentes dimensões do autocuidado se associam ao funcionamento psicológico positivo (em termos de bem-estar emocional, psicológico e social) e à presença de sintomatologia ansiogénica, depressiva e stress. Numa profissão exposta ao desgaste empático, à unidirecionalidade do cuidado (Guy, 2000) e ao risco de comprometimento do bem-estar (Barnett & Homany, 2022), os resultados obtidos fornecem pistas empíricas cruciais sobre os mecanismos que protegem ou vulnerabilizam estes profissionais.

Os resultados obtidos na análise descritiva inicial, permitiram observar que os psicólogos da amostra em estudo apresentaram níveis moderados a elevados de autocuidado, destacando-se particularmente as dimensões Equilíbrio de Vida e Estratégias Cognitivas. Estes resultados sugerem que os psicólogos em estudo tendem a investir em práticas associadas à regulação emocional e pessoal, bem como à monitorização das próprias necessidades, o que vai de encontro às indicações de Norcross e Guy (2007) e Posluns e Gall (2020) que enfatizam o papel da autoconsciência como elemento primário e fundamental do autocuidado eficaz (Barnett & Homany, 2022).

Relativamente aos indicadores de saúde mental, os participantes evidenciaram níveis relativamente elevados de Bem-Estar Emocional e Bem-Estar Psicológico, contrapondo-se a valores mais baixos ao nível do Bem-Estar Social. Este padrão sugere que, apesar dos psicólogos experienciarem uma perceção positiva de BEE e sentido de propósito, poderão simultaneamente percecionar menor integração ou valorização social, o que é consistente com a literatura que aponta para fenómenos de isolamento profissional nesta população (Barnett et al., 2007; Bettney, 2017).

No que respeita à sintomatologia psicopatológica, os resultados indicaram níveis globalmente baixos de ansiedade, depressão e stress. Estes dados podem ser interpretados atendendo à formação profissional, o que poderá funcionar como fator protetor face ao desenvolvimento de psicopatologia. Mesmo assim, importa salientar

que a ausência de sintomatologia clinicamente significativa não implica necessariamente a presença de indicadores de saúde mental plena, conforme defendido pelo modelo de Keyes (2005), que concetualiza a saúde mental como um *continuum* independente entre bem-estar e doença mental.

Deste modo, os resultados obtidos na presente investigação permitem sustentar a evidencia empírica que defende o autocuidado como fator protetor da saúde mental, uma vez que, níveis mais elevados de autocuidado parecem coexistir com níveis mais elevados de bem-estar e menores níveis de sintomatologia psicopatológica negativa (Rupert & Dorociak, 2019; Wong & White, 2020; Posluns & Gall, 2020).

Adicionalmente, os dados relativos às frequências ecológicas das práticas de autocuidado evidenciaram uma maior prevalência de estratégia de natureza social e profissional, nomeadamente o contacto com família e amigos e a formação profissional contínua. Este padrão sugere que os psicólogos da amostra tendem a privilegiar formas de autocuidado integradas no seu quotidiano e identidade profissional, o que poderá ser interpretado como uma estratégia de manutenção do equilíbrio funcional entre a vida pessoal e profissional, de acordo com a necessidade espelhada na evidencia empírica (Bloomquist et al., 2015; Stevanovic & Rupert, 2004; Sirgy & Wu, 2009).

Barnett e Cooper (2009) e Norcross e VandenBos (2018) referem que, apesar da relevância das estratégias estruturadas de autorregulação emocional, como a formulação de pedidos de ajuda e a elaboração do diário de bordo, estas tendem a ser menos utilizadas por psicólogos, o que pode refletir dificuldades no reconhecimento de vulnerabilidade pessoais e na procura de suporte formal, um padrão que vai ao encontro dos resultados do presente estudo, no qual se observou uma baixa prevalência destas práticas na amostra em análise.

A predominância de estratégias de autocuidado centradas no domínio social e profissional, em detrimento de estratégias espirituais e formais de pedido de ajuda, poderá igualmente refletir a influência de fatores sistémicos e culturais na forma como os psicólogos conceptualizam o autocuidado. Tal como referido por Barnett & Cooper (2009), a formação profissional pode reforçar a crença implícita de que o psicólogo deve assumir predominantemente o papel de cuidador, o que pode limitar a procura de suporte pessoal e promover uma subutilização de recursos externos de apoio.

Esta relutância em solicitar ajuda externa corrobora categoricamente as advertências de Barnett et al. (2007) e Bettney (2017). Os psicólogos parecem permanecer reféns do "mito da invencibilidade" (Wise & Reuman, 2019). Esta postura negligente perante a própria vulnerabilidade oculta um risco deontológico severo, pois a ausência de pedidos de ajuda em momentos de sofrimento cumulativo compromete intrinsecamente a atividade profissional (Norcross, 2000).

No que concerne ao autocuidado espiritual, verificou-se uma adesão relativamente reduzida, o que contrasta com evidência que sugere que dimensões associadas ao sentido de vida e propósito podem desempenhar um papel importante na prevenção do burnout e na promoção do bem-estar (Thériault et al., 2015; Harrison & Westwood, 2009). Este resultado poderá indicar uma menor valorização desta dimensão no contexto da prática profissional contemporânea em Portugal ou uma sua integração indireta noutras formas de autocuidado, nomeadamente através do envolvimento profissional.

Globalmente, os resultados obtidos reforçam a perspetiva de que o autocuidado deve ser conceptualizado como um constructo multidimensional, não podendo ser reduzido a uma única prática isolada (Norcross & Guy, 2007; Ziede & Norcross, 2020). A variabilidade observada entre as diferentes dimensões sugere que os psicólogos tendem a mobilizar estratégias seletivas de autocuidado, o que pode ter implicações na sua eficácia global enquanto mecanismo protetor.

Relativamente às práticas de autocuidado, importa ainda referir que, apesar do carácter transversal da investigação, os dados obtidos sobre as práticas de autocuidado contribuem de forma relevante para a compreensão do papel do autocuidado na saúde mental dos psicólogos, sublinhando a importância de intervenções institucionais e formativas que promovam uma prática de autocuidado mais estruturada, diversificada e consistente (Norcross & VandenBos, 2018).

Considerando a análise estipulada que visava avaliar a direção e magnitude das associações entre as dimensões do autocuidado, os indicadores de bem-estar e a sintomatologia psicopatológica, os resultados obtidos revelaram um padrão relacional consistente e teoricamente coerente.

Os dados obtidos validaram o papel bivalente e protetor do autocuidado (Posluns & Gall, 2020). Verificou-se uma tendência consistente: quanto maior é a frequência das

práticas de autocuidado, maiores são os índices de bem-estar e menores são as manifestações de sintomatologia clínica. Especificamente, as Estratégias Cognitivas demonstraram uma associação positiva forte com o Bem-Estar Psicológico e uma associação negativa moderada com a Depressão. Este resultado sugere que processos de autoconsciência, reestruturação cognitiva e ressignificação de dificuldades atuam como um poderoso escudo psicológico, mitigando sentimentos de desesperança e anedonia decorrentes da exposição continuada a situações de dor (Baker, 2003).

Estes resultados sugerem que as dimensões do autocuidado mais estruturais e orientadas para a autorregulação como o Equilíbrio de Vida e as Estratégias Cognitivas, apresentam maior relevância na promoção do bem-estar. Este padrão é congruente com a literatura que destaca a importância da autorregulação emocional, da integração dos papéis de vida e da consciência das necessidades pessoais como fatores centrais do bem-estar em psicólogos (Rupert & Dorociak, 2019; Posluns & Gall, 2020).

Da mesma forma, o Equilíbrio de Vida associou-se inversamente à Depressão e ao Stress. Estes resultados alinham-se com os dados de Wong e White (2020) e Brillon et al. (2023), sinalizando que a delimitação saudável das fronteiras entre o consultório e a vida privada impede que a exaustão emocional drene a vitalidade do clínico. Deste modo, níveis mais elevados de autocuidado estão associados a maiores níveis de bem-estar.

Este padrão é consistente com a evidência empírica que sugere que o autocuidado atua como fator protetor face ao impacto das exigências profissionais, reduzindo a vulnerabilidade face a estados de ansiedade, depressão e stress (Wong & White, 2020; Brillon et al., 2023; Eriksson et al., 2018). No entanto, a magnitude das associações observadas sugere que este efeito, embora consistente, não é absoluto, o que é expectável tendo em conta a natureza multifatorial da saúde mental.

Atendendo ainda às correlações observadas, e apesar de estatisticamente significativas, variando entre fracas e moderadas, sugere que o autocuidado, apesar de relevante, não explica isoladamente os níveis de bem-estar e sintomatologia. Outros fatores contextuais, organizacionais e individuais poderão desempenhar um papel complementar nos índices da saúde mental dos psicólogos.

Os resultados encontrados suportaram a hipótese de investigação de associação das variáveis, sugerindo que maiores níveis de autocuidado estão associados a índices superior de bem-estar e menores níveis de sintomatologia psicopatológica (Barnett et al., 2007; Posluns & Gall, 2020).

As análises inferenciais trouxeram dados de enorme relevância para o debate sobre o suporte dos psicólogos. Os profissionais que beneficiam de Supervisão apresentaram médias significativamente superiores no Apoio Profissional e no Desenvolvimento Profissional. Similarmente, a Intervisão associou-se a níveis superiores de Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional e Estratégias Cognitivas.

Relativamente à supervisão, verificou-se que desempenha um papel particularmente relevante no reforço do suporte profissional e na promoção do crescimento técnico e reflexivo do psicólogo, indo ao encontro da literatura que a conceptualiza como um mecanismo central de desenvolvimento profissional contínuo e de regulação da prática clínica (Barnett et al., 2007; Norcross & VandenBos, 2018). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas ao nível do bem-estar psicológico ou da sintomatologia psicopatológica, o que indica que, nesta amostra, a supervisão parece atuar sobretudo como recurso estruturante da prática profissional, sem implicação direta em indicadores de saúde mental global.

Contudo, ressalva-se um dado intrigante: nem a supervisão nem a intervisão demonstraram um efeito direto e estatisticamente significativo na redução da sintomatologia clínica (ansiedade, depressão e stress). Este resultado sugere que as redes de partilha técnica e supervisão funcionam primariamente como recursos de aprimoramento de competências, validação de formulações de caso e mitigação do isolamento prático (Williams et al., 2010; Wise & Barnett, 2016), mas parecem insuficientes, por si sós, para conter o sofrimento psíquico estrutural do psicólogo. Nota-se, contudo, que os psicólogos com prática de intervisão pontuaram significativamente mais alto no Bem-Estar Social, validando a tese de Wise e Reuman (2019) de que uma cultura de cuidado partilhado e o suporte de pares nutrem o sentimento de pertença e integração na comunidade profissional.

Relativamente à intervisão, os resultados revelaram um padrão mais abrangente de associações. Os psicólogos que recorrem a intervisão apresentaram níveis

significativamente superiores de Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional e Estratégias Cognitivas, bem como níveis mais elevados de bem-estar social. Este padrão sugere que a intervenção poderá constituir um contexto privilegiado de partilha entre pares, promovendo não apenas o desenvolvimento técnico, mas também o reforço da integração social e do suporte percebido entre profissionais. Estes resultados são particularmente relevantes à luz da literatura que destaca o isolamento profissional como um fator de risco significativo para o desgaste psicológico em psicólogos (Barnett et al., 2007; Norcross & Guy, 2007). A intervenção pode funcionar como um fator protetor indireto, ao promover pertença profissional e suporte social, dimensões consistentemente associadas ao bem-estar (Keyes, 2005; Sirgy & Wu, 2009).

No que concerne à psicoterapia pessoal, os resultados evidenciaram um padrão distinto dos anteriores. Contrariamente ao esperado, os psicólogos que realizam psicoterapia pessoal apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade, depressão e stress, bem como níveis inferiores de bem-estar emocional, psicológico e social, quando comparados com os que não recorrem a esta prática. Adicionalmente, a psicoterapia pessoal não demonstrou impacto significativo no incremento das dimensões de autocuidado.

Estes resultados não devem ser interpretados de forma causal, tendo em conta o desenho transversal do estudo, mas podem sugerir que a procura de psicoterapia pessoal ocorre em resposta a níveis mais elevados de sofrimento psicológico, refletindo um processo de autorregulação face à perceção de vulnerabilidade emocional (Miller et al., 2023). Adicionalmente, é possível considerar que a psicoterapia pessoal possa estar associada a maior consciência emocional e maior capacidade de identificação de sintomas, o que poderá também influenciar a forma como os psicólogos reportam o seu estado psicológico, de acordo com a evidencia empírica na área em estudo (Mohi, 2025; Gomes & Neto, 2026).

De forma integrada, os resultados sugerem que as estratégias estruturadas de suporte profissional apresentam efeitos diferenciados consoante a sua natureza. A supervisão e a intervenção parecem desempenhar um papel mais consistente na promoção do autocuidado profissional e, em parte, do bem-estar, enquanto a psicoterapia pessoal não evidencia um padrão protetor claro no presente estudo. Estes dados reforçam a ideia de que o autocuidado e o suporte profissional não constituem um fenómeno homogéneo,

mas sim um conjunto de práticas com impactos diferenciados no funcionamento psicológico dos psicólogos. Tal como defendido por Norcross e VandenBos (2018), diferentes modalidades de autocuidado podem atuar em níveis distintos, umas mais orientadas para a prática profissional, outras para o funcionamento pessoal, sem que todas apresentem efeitos diretos equivalentes na saúde mental. Importa salientar que, embora estatisticamente significativas, algumas diferenças apresentam magnitude reduzida, o que sugere que os efeitos destas práticas devem ser interpretados como contributos parciais e não determinísticos na explicação do bem-estar e da saúde mental dos psicólogos.

Considerando o objetivo específico que visou determinar o valor preditivo das dimensões do autocuidado na predição dos indicadores de bem-estar e sintomatologia psicopatológica dos psicólogos, os modelos de regressão linear múltipla clarificaram de que forma o autocuidado desenha a saúde mental, permitindo decifrar o peso relativo e seletivo de cada preditor.

No que respeita aos modelos de regressão relativos ao bem-estar, observou-se que as dimensões do autocuidado explicam uma variância do BEE (25%), BEP (36,4%) e BES (20,5%). Estes resultados evidenciam um poder explicativo moderado a elevado, particularmente no domínio do BEP, sugerindo que o autocuidado desempenha um papel relevante na construção de um funcionamento psicológico positivo. De forma consistente, o Equilíbrio de Vida emergiu como o preditor mais robusto e transversal, apresentando contributos significativos em todos os modelos de bem-estar, com especial destaque para o bem-estar emocional e psicológico.

Este resultado sugere que a capacidade de integrar de forma harmoniosa as esferas pessoal e profissional constitui um elemento estruturante do bem-estar dos psicólogos. Este resultado é consistente com a literatura que destaca o equilíbrio entre papéis de vida como um dos principais determinantes da satisfação e bem-estar em profissionais de saúde mental (Stevanovic & Rupert, 2004; Sirgy & Wu, 2009; Rupert & Dorociak, 2019).

Adicionalmente, as Estratégias Cognitivas revelaram-se como preditor consistente do BEP, evidenciando a importância da autoconsciência, monitorização emocional e autorregulação na promoção do funcionamento adaptativo. Este resultado reforça a

perspetiva de que o autocuidado não se limita a comportamentos externos, mas envolve igualmente processos internos de reflexão e regulação psicológica (Posluns & Gall, 2020; Norcross & VandenBos, 2018).

Por outro lado, o Desenvolvimento Profissional assumiu um papel mais relevante na predição do BES, sugerindo que a relação com os pares e o investimento contínuo na carreira estão particularmente associados à percepção de integração social e pertença profissional. Este resultado é coerente com modelos de saúde mental que enfatizam a dimensão social do bem-estar como componente essencial do funcionamento psicológico positivo (Keyes, 2005, 2007).

No que concerne aos modelos relativos à sintomatologia psicopatológica, os resultados indicaram que o autocuidado apresenta igualmente um papel preditivo significativo, embora de magnitude mais reduzida, explicando 5,6% da variância da ansiedade, 16,4% da depressão e 9,4% do stress. De forma consistente, verificou-se que o Equilíbrio de Vida constitui o principal fator protetor da Depressão e do Stress, evidenciando que a desorganização entre vida pessoal e profissional está particularmente associada ao desenvolvimento de estados afetivos negativos. Este padrão é congruente com a literatura que associa desequilíbrios estruturais de vida a maior vulnerabilidade emocional e burnout em psicólogos (Barnett et al., 2007; Brillon et al., 2023).

Paralelamente, o Equilíbrio Diário emergiu como o único preditor significativo da Ansiedade e um dos principais preditores do Stress, sugerindo que a gestão de rotinas diárias, pausas e estratégias de recuperação imediata desempenham um papel particularmente relevante na regulação emocional. Este resultado reforça a importância de estratégias de autocuidado de curto prazo como mecanismos de regulação face a episódios de stress (Harrison & Westwood, 2009; Norcross & VandenBos, 2018).

As Estratégias Cognitivas demonstraram um efeito protetor específico sobre a Depressão, sugerindo que a capacidade de identificar e regular emoções e necessidades internas desempenha um papel relevante na prevenção de estados depressivos, em consonância com modelos cognitivos e autorregulação do funcionamento psicológico (Keyes, 2005; Posluns & Gall, 2020).

Em termos gerais, os resultados salientam que o autocuidado demonstra uma capacidade preditiva significativa tanto no bem-estar como na sintomatologia psicopatológica. De forma mais específica, verifica-se o impacto positivo consistente das dimensões do autocuidado nos indicadores de funcionamento positivo. Por outro lado, embora de forma mais seletiva, os efeitos protetores sobre a sintomatologia psicopatológica variam em função da dimensão considerada, revelando-se mais robustos na mitigação da depressão e mais limitados na regulação da ansiedade e stress. Em síntese, os resultados reforçam a conceptualização do autocuidado como um construto multidimensional com impacto diferenciado na saúde mental dos psicólogos. Adicionalmente, os dados mostram-se plenamente consistentes com a perspetiva de Keyes (2005), segundo a qual a saúde mental deve ser compreendida como um sistema dinâmico onde o bem-estar e o sofrimento coexistem de forma relativamente independente, sendo ambos influenciados por fatores comuns de autorregulação psicológica.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que o autocuidado constitui um fator central na compreensão da saúde mental dos psicólogos, desempenhando um papel simultaneamente promotor de bem-estar e protetor face à sintomatologia psicopatológica.

Os resultados demonstram que diferentes dimensões do autocuidado exercem influências diferenciadas no funcionamento psicológico, emergindo o Equilíbrio de Vida como o preditor mais consistente e transversal de saúde mental, tanto no vetor positivo como negativo. De forma global, os dados obtidos reforçam a importância de uma visão integrada e multidimensional da saúde mental bem como, a necessidade de promover o autocuidado como uma competência essencial e deontológica na prática profissional em psicologia.

Assim, conclui-se que a promoção da saúde mental dos psicólogos deve ir além da mera ausência de psicopatologia, envolvendo ativamente o desenvolvimento de práticas estruturadas de autocuidado, suporte profissional e equilíbrio de vida, de forma a garantir não apenas a eficácia clínica, mas também a sustentabilidade emocional da prática profissional.

Para que esta visão se consolide no meio científico, impõe-se uma reflexão ponderada sobre as limitações metodológicas da presente investigação, as diretrizes para futuras investigações e as suas respectivas implicações práticas.

Limitações do Estudo

Apesar dos contributos relevantes do presente estudo para a compreensão da relação entre autocuidado e saúde mental em psicólogos, importa considerar algumas limitações metodológicas que condicionam a interpretação dos resultados: a) em primeiro lugar, o desenho de investigação transversal não permite estabelecer inferências causais, impossibilitando determinar a direção temporal das relações observadas entre autocuidado e indicadores de saúde mental. Assim, embora se verifiquem associações e modelos preditivos significativos, não é possível concluir se o autocuidado promove diretamente o bem-estar ou se níveis mais elevados de bem-estar favorecem a adoção de

práticas de autocuidado; b) em segundo lugar, a utilização de uma amostra não probabilística por conveniência limita a generalização dos resultados à população de psicólogos portugueses. Apesar do número elevado de participantes e da diversidade de contextos profissionais incluídos, a amostra pode não ser totalmente representativa da realidade nacional; c) adicionalmente, a recolha de dados baseada em instrumentos de autorrelato poderá introduzir viés de desejabilidade social, particularmente relevante numa população com elevada literacia psicológica; e d) a natureza autoavaliativa dos instrumentos utilizados pode não capturar de forma totalmente fidedigna comportamentos reais de autocuidado, uma vez que se baseia na perceção subjetiva dos participantes.

Sugestões para Futuras Investigações

Tendo em consideração as limitações inerentes ao presente estudo e a natureza dos resultados obtidos, emergem diversas direções relevantes para investigações futuras: a) recomenda-se a realização de estudos longitudinais, de modo a permitir a análise da direção causal entre as práticas de autocuidado e os indicadores de saúde mental; b) seria pertinente explorar modelos estatísticos mais robustos através da inclusão de variáveis mediadoras e moderadoras (e.g., burnout, autoeficácia profissional, resiliência, suporte organizacional ou perceção de custos e benefícios em ser psicólogo), auxiliando a compreensão dos mecanismos subjacentes e a identificação de fatores que atenuem ou potenciem estes efeitos; c) adoção de metodologias mistas, combinando abordagens quantitativas e qualitativas, de forma a aprofundar a compreensão das experiências subjetivas dos psicólogos, mapeando barreiras e fatores facilitadores da implementação de práticas de autocuidado que dificilmente são conseguidos através de instrumentos exclusivos de autorrelato; d) investigações futuras poderão ainda focar-se no desenvolvimento e avaliação de intervenções estruturadas de promoção do autocuidado em psicólogos, de forma a testar a sua eficácia na redução da sintomatologia psicopatológica e na promoção do bem-estar, contribuindo assim para a implementação de práticas baseadas na evidência empírica; e) face ao resultado que associou a realização de psicoterapia pessoal a maiores índices de ansiedade, depressão e stress, sugere-se que investigações futuras avaliem se a adesão à psicoterapia pessoal é predominantemente reativa (iniciada em momentos de crise ou exaustão emocional) ou

proativa, analisando em que medida o mito do “psicólogo invulnerável” atua como uma barreira internalizada à adoção de comportamentos preventivos; f) face aos resultados do estudo, em que os participantes expressam médias elevadas de autocuidado mas revelam uma adesão residual a estratégias de autocuidado como a formulação de pedidos de ajuda e realização de diários de bordo, recomenda-se o estudo do hiato entre a atitude face ao autocuidado (literacia teórica) e a efetiva adesão comportamental; g) o desenvolvimento de investigação-ação com o intuito de implementar e testar protocolos de supervisão que incluam a componente de monitorização do bem-estar do psicólogo (nesta investigação, a supervisão revelou efeitos nulos na proteção contra a sintomatologia psicopatológica), avaliando o impacto comparativo entre diferentes protocolos (e.g. foco exclusivamente no paciente e/ou foco no bem-estar do psicólogo); e h) numa perspetiva económica, recomenda-se a realização de estudos que quantifiquem o impacto financeiro do défice de autocuidado dos psicólogos nas instituições (publicas e privadas), traduzindo os dados do bem-estar em indicadores económicos, tornando a argumentação robusta ao nível organizacional para que se financiem programas estruturais de desenvolvimento e proteção da prática profissional em psicologia.

Implicações para a Prática Profissional em Psicologia

Os dados da presente investigação transcendem o plano estritamente descritivo e empírico, almejando a tradução da evidência estatística em diretrizes operacionais, capazes de sustentar e valorizar a prática profissional da psicologia em Portugal.

Neste sentido, são apresentadas as seguintes recomendações com base nos resultados obtidos na presente investigação: a) os dados demonstraram que a psicoterapia pessoal e a procura de suporte estão a ser ativadas como estratégias de remediação e não como ferramentas de manutenção de prevenção de um estado de homeostasia e regulação, impondo-se a necessidade de reconfigurar os currículos académicos em Psicologia, integrando o autocuidado não apenas como conteúdo programático teórico mas, como um treino prático de monitorização de necessidades; b) os resultados revelaram que a intervenção é uma prática de excelência com impacto no Desenvolvimento Profissional e no Bem-Estar Social (BES), demonstrando que as instituições deverão monitorizar e calendarizar sessões de intervenção, mitigando o isolamento profissional e potenciando o

sentimento de pertença (na presente investigação, 111 psicólogos não beneficiam desta prática de suporte profissional); c) a ausência de impacto significativo da supervisão na sintomatologia psicopatológica e na saúde mental (bem-estar) sugere que esta prática se encontra predominantemente orientada para o apoio e desenvolvimento profissional, alinhando-se com as diretrizes da OPP (2020b). Estes resultados sublinham a importância de alargar este âmbito de atuação, sendo pertinente que os supervisores dediquem um espaço formal e sistemático à avaliação do impacto emocional dos casos na saúde mental dos psicólogos supervisionados; d) outra implicação prática relevante é a necessidade das práticas de autocuidado irem além do esforço individual. As instituições devem promover ações de sensibilização e formação contínua que facilitem um equilíbrio real entre a vida pessoal e profissional do psicólogo. Esta abordagem institucional ajuda a fortalecer o sentimento de pertença e a combater o isolamento, com impacto direto na melhoria do bem-estar; e) recomenda-se o desenvolvimento de avaliações de monitorização preventiva da saúde mental dos psicólogos. Esta medida ajuda a consciencializar para a importância de um autocuidado contínuo e diário, evitando que os psicólogos olhem para a sua saúde mental apenas quando existem sintomas e, f) a um nível mais global, é fundamental que a OPP e as políticas públicas criem regras claras para proteger a saúde mental dos psicólogos, ajudando a desmistificar a ideia de que estes profissionais são infalíveis e que não necessitam de ajuda. Cuidar de quem cuida é um dever ético e de saúde pública: ao garantir o bem-estar dos psicólogos, assegura-se que os pacientes recebem apoio mais seguro, humano e de melhor qualidade.

Em suma, a presente investigação contribui ativamente para o avanço do conhecimento científico na psicologia clínica e da saúde, ao evidenciar a necessidade premente de compreender as dinâmicas multifatoriais do autocuidado e o seu papel diferenciador e preditivo tanto na promoção da saúde mental (bem-estar) como na mitigação da sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stress) em psicólogos portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code>
- Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603–612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16–20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x>
- Barnett, J. E., & Corcoran, K. (2018). Competence, ethical practice, and going it alone. *Psychotherapy Bulletin*, 53(4), 16–23. <https://societyforpsychotherapy.org/competence-ethical-practice-and-going-it-alone/>
- Barnett, J. E., & Homany, G. (2022). The new self-care: It's not all about you. *Practice Innovations*, 7(4), 313–326. <https://doi.org/10.1037/pri0000190>
- Barnett, J. E., & Musewicz, E. H. (2022). Training to begin a private practice. In M. J. Prinstein (Ed.), *The portable mentor: Expert guide to a successful career in psychology* (3rd ed., pp. 329–347). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108903264.018>
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6th ed.). Routledge.
- Bettney, L. (2017). Reflecting on self-care practices during clinical psychology training and beyond. *Reflective Practice*, 18(3), 369–380. <https://doi.org/10.1080/14623943.2017.1294532>

- Bloomquist, K. R., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K., & Kim, H.-W. (2015). Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work, 16*(2), 292–311. <https://doi.org/10.18060/18760>
- Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2021). The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health care. *Frontiers in Psychology, 12*, 747332. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747999>
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist, 11*(1), 35–42. <https://doi.org/10.1177/0011000083111007>
- Brillon, P., Dewar, M., Paradis, A., & Philippe, F. (2023). Associations between self-care practices and psychological adjustment of mental health professionals: A two-wave cross-lagged analysis. *Anxiety, Stress, & Coping, 36*(5), 603–617. <https://doi.org/10.1080/10615806.2023.2178646>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Colman, D. E., Echon, R., Lemay, M. S., McDonald, J., Smith, K. R., Spencer, J., & Swift, J. K. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology, 10*(4), 188–197. <https://doi.org/10.1037/tep0000130>
- Corey, G. (2021). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (11th ed.). Cengage Learning.
- Dattilio, F. M. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Australian Psychologist, 50*(6), 393–399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for Psychologists. *Journal of Counseling Psychology, 64*(3), 325–334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>

Egmose, C. H., Hjorthøj, C., Mundy, S. S., Nielsen, M. N., Korsbek, L., Rasmussen, K. S., Eplov, L. F., & Nordentoft, M. (2023). The effectiveness of peer support in personal and clinical recovery: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*, 74(8), 849–858. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20210013>

Eriksson, A., Orvik, A., Strandmark, M., Nordsteien, A., & Westerberg, K. (2018). Management and leadership approaches promoting sustainable workplace health in healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1855. <https://doi.org/10.3390/soc7020014>

Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision in a competency-based era. *South African Journal of Psychology*, 44(1), 6–17. <https://doi.org/10.1177/0081246313516260>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 1-20. Routledge.

Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. M. (2020). The Portuguese adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for adult population. *Community Mental Health Journal*, 56(2), 368–375. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00484-8>

Friedman, K. (2017). Counselor self-care and mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 18(2), 321–330. <https://doi.org/10.1080/14639947.2017.1373437>

Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3-4), 37–61. https://doi.org/10.1300/J189v01n03_03

Gomes, I., & Dias Neto, D. (2026). Self-care and personal therapy in the development of clinical psychologists' self-efficacy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10879-026-09714-z>

- Guy, J. D. (2000). Self-care corner: Holding the holding environment together: Self-psychology and psychotherapist care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(3), 351–352. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.3.351>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage Learning.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/a0016081>
- Hatcher, R. L., Fouad, N. A., Grus, C. L., Campbell, L. F., McCutcheon, S. R., & Leahy, K. L. (2013). Competency benchmarks: Practical steps toward a culture of competence. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(2), 84–91. <https://doi.org/10.1037/a0029401>
- Howell, D. C. (2013). Statistical methods for psychology (8th ed.). Wadsworth Cengage Learning.
- Jiang, X., Topps, A. K., & Suzuki, R. (2021). A systematic review of self-care measures for professionals and trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 15(2), 126–139. <https://doi.org/10.1037/tep0000318>
- Johnson, W. B., Barnett, J. E., Elman, N. S., Forrest, L., & Kaslow, N. J. (2013). The competence constellation model: A communitarian approach to support professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(5), 343–354. <https://doi.org/10.1037/a0033131>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 181–192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Ladany, N., Mori, Y., & Mehr, K. E. (1999). Effective and ineffective supervision. *The Counseling Psychologist*, 27(4), 521–541. <https://doi.org/10.1177/001100001244264>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Miller, C., Postill, B., & Andrews, J. J. W. (2023). Self-care of Canadian school psychology graduate students. *Canadian Journal of School Psychology*, 38(4), 349–372. <https://doi.org/10.1177/08295735231183463>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mohi, S. R. (2025). Personal therapy as a means of self-care. In G. Karakas, D. R. du Plooy, V. Hutton, & M. A. Carter (Eds.), *Applications of self-care within the counselling practice: Lessons learnt across the professional lifespan* (pp. 135–142). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-96-3616-7_10
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>

- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341–352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Nelson, N. G., Dell'Oliver, C., Koch, C., & Buckler, R. (2001). Stress, coping, and success among graduate students in clinical psychology. *Psychological Reports*, 88(3), 759–767. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.3.759>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57–68. <https://doi.org/10.70256/607490pbruec>
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710–713. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.6.710>
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Press.
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). Guilford Press.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020a). Documento de Apoio à Prática Profissional: Recomendações para a Prática de Intervisão em Psicologia. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3107>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020b). Documento de Apoio à Prática Profissional: Recomendações para a Prática da Supervisão em Psicologia. [recomendaacoes_para_a_pratica_da_supervisao_em_psicologia.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/documentos/recomendaacoes_para_a_pratica_da_supervisao_em_psicologia.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Manual de autocuidado para psicólogos e psicólogas*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. [opp_manualdeautocuidadoparapsicologos.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/documentos/manual_de_autocuidado_para_psicologos_e_psicologas.pdf)
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Pack, M. (2015). *Self-care for health and social care professionals: An-evidence based guide to managing stress and burnout*. Routledge.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229–239.

Patsiopoulos, A. T., & Buchanan, M. J. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301–307. <https://doi.org/10.1037/a0024482>

Pipes, R. B., Holstein, J. E., & Aguirre, M. G. (2005). Examining the Personal-Professional Distinction: Ethics Codes and the Difficulty of Drawing a Boundary. *American Psychologist*, 60(4), 325–334. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.4.325>

Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>

Richards, K. C., Campenni, C. E., & Muse-Burke, J. L. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247–267. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>

Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(5), 343–350. <https://doi.org/10.1037/pro0000251>

Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88–96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>

Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 168–174. <https://doi.org/10.1037/a0039297>

Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. W. W. Norton & Company.

Silva, A. N., Afonso, M. J., & Reis, T. (2024). Adaptação da Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP) para Portugal: Estudo psicométrico numa amostra de psicólogos clínicos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 73(3). <https://doi.org/10.21865/RIDEP73.3.14>

Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologists: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 35–46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>

Simpson-Southward, C., Waller, G., & Hardy, G. E. (2017). How do we know what makes for "best practice" in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1228–1245. <https://doi.org/10.1002/cpp.2084>

Sirgy, M. J., & Wu, J. (2009). The pleasant life, the engaged life, and the meaningful life: What about the balanced life? *Journal of Happiness Studies*, 10(2), 183–196. <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9074-1>

Skorupa, J., & Agresti, A. A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 281–285. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.3.281>

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2011). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals* (2nd ed.). Routledge.

Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301–309. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.301>

Susman-Stillman, A., Lim, S., Meuwissen, A., & Watson, C. (2020). Reflective supervision/consultation and early childhood professionals' well-being: A qualitative analysis of supervisors' perspectives. *Early Education and Development*, 31(7), 1151–

1168. <https://doi.org/10.1080/10409289.2020.1793654>

Tavares, F., & Fonte, C. (2025). Relação entre fadiga por compaixão e autocuidado em psicólogos portugueses. *Pensando Psicologia*, 21(2), 1–19. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2025.02.02>

Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., & Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(4), 379–400. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/61114>

Thompson, I. A., Amatea, E. S., & Thompson, D. E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58–77. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3>

Tietze, A., & Schindler, S. (2022). Measuring self-care in the general adult population: Development and psychometric testing of the Self-Care Inventory. *BMC Public Health*, 22, 598. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12913-7>

Van Hoy, A., & Rzeszutek, M. (2022). Burnout and psychological wellbeing among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 928191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>

Watkins, C. E., Jr. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235–256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>

Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579–592. DOI: 10.1037/a0021769

Webster, C. (2020). Fear of falling: Impressions from working through a global pandemic and thoughts on burnout. *Journal of Child Psychotherapy*, 46(3), 289–295. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2021.1891558>

Wiederhold, B. K. (2020). Connecting through technology during the coronavirus disease 2019 pandemic: Avoiding “Zoom fatigue.” *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(7), 437–438. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.29188.bkw>

Williams, I. D., Richardson, T. A., Moore, D. D., Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). Perspectives on self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(3), 320–338. <https://doi.org/10.1080/15401383.2010.507700>

Wise, E. H., & Barnett, J. E. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (pp. 209–222). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14774-014>

Wise, E. H., & Reuman, L. (2019). Promoting competent and flourishing life-long practice for psychologists: A communitarian perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(2), 129–135. <https://doi.org/10.1037/pro0000226>

Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487–494. <https://doi.org/10.1037/a0029446>

Wong, H. J., & White, K. M. (2021). A theory-based examination of self-care behaviours among psychologists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 950–968. <https://doi.org/10.1002/cpp.2550>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Ziede, J. S., & Norcross, J. C. (2020). Personal therapy and self-care in the making of psychologists. *The Journal of Psychology*, 154(8), 585-618. [doi: 10.1080/00223980.2020.1757596](https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1757596)

ANEXOS

ANEXO A

Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

ExternalCaixa de entrada x

Joana Catarina da Costa Cerqueira<2023102828@ufp.edu.pt>

para acsilva, Carla

Cara Prof.ª Dr.ª Ana Nunes da Silva

terça, 28/10/2025, 20:14

☆😊↩️⋮

Espero que este email a encontre bem.

O meu nome é Joana Cerqueira e sou estudante do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Atualmente encontro-me a devolver a minha dissertação intitulada "Autocuidado e Saúde Mental em Psicólogos Portugueses: Um estudo correlacional" sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Carla Fonte. O estudo tem como objetivo analisar a relação entre os níveis de autocuidado e os indicadores de saúde mental (negativos e positivos) em psicólogos portugueses.

Tendo em consideração a relevância científica e as propriedades psicométricas do instrumento Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP) validado por si, venho por este meio solicitar formalmente a sua autorização para a utilização da escala supracitada no âmbito da minha investigação.

Comprometo-me a citar devidamente o estudo original e as demais referências bibliográficas que se constituam como determinantes na análise dos dados, garantindo o reconhecimento devido do seu contributo científico.

Agradeço a sua atenção e disponibilidade, encontrando-me ao dispor para fornecer qualquer informação adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Cerqueira

Ana Catarina Nunes da Silva<acsilva@psicologia.ulisboa.pt>

para mim, Carla

Boa tarde Cara Joana Cerqueira, muito agradeço o cuidado no pedido de autorização. Gostava que me pudesse depois disponibilizar o trabalho final (tese ou artigo). Boa sorte para o trabalho, Ana NS

quarta, 29/10/2025, 19:48

☆😊↩️⋮

ANEXO B

Pedido de autorização para a utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Pedido de autorização para a utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

ExternalCaixa de entrada x

Joana Catarina da Costa Cerqueira<2023102828@ufp.edu.pt>

para jpr, Carla

Caro Prof. Dr. José Pais Ribeiro

terça, 28/10/2025, 20:16

☆😊↩️⋮

Espero que este email o encontre bem.

O meu nome é Joana Cerqueira e sou estudante do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Atualmente encontro-me a devolver a minha dissertação intitulada "Autocuidado e Saúde Mental em Psicólogos Portugueses: Um estudo correlacional" sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Carla Fonte.

O estudo tem como objetivo analisar a relação entre os níveis de autocuidado e os indicadores de saúde mental (negativos e positivos) em psicólogos portugueses.

Tendo em consideração a relevância científica e as propriedades psicométricas do instrumento Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) validado por si, venho por este meio solicitar formalmente a sua autorização para a utilização da escala supracitada no âmbito da minha investigação.

Comprometo-me a citar devidamente o estudo original e as demais referências bibliográficas que se constituam como determinantes na análise dos dados, garantindo o reconhecimento devido do seu contributo científico.

Agradeço a sua atenção e disponibilidade, encontrando-me ao dispor para fornecer qualquer informação adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Cerqueira

José Pais Ribeiro<jpr@fpce.up.pt>

para mim

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. No texto em link e nas referências desse texto encontra toda a informação necessária, incluindo a escala. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>

quarta, 29/10/2025, 09:13

☆😊↩️⋮

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jpr@fpce.up.pt

ANEXO C

Parecer Positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

*Do conhecimento à ação e à
orientação.*

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

[Assinatura]
18.12.2025

Nº	Data
FCHS/MPCS – 808/25-2	16 de Dezembro de 2025

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética analisou a ressubmissão do projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentado por Joana Catarina da Costa Cerqueira, intitulado "Autocuidado e Saúde Mental em Psicólogos Portugueses: Um Estudo Correlacional", sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte.

O objetivo geral do projeto é analisar a relação entre os níveis de autocuidado e os indicadores de saúde mental em psicólogos portugueses, considerando tanto os indicadores negativos (ansiedade, depressão e stress) como os positivos (bem-estar psicológico, emocional e social). Tem, ainda, como objetivos específicos: caracterizar a amostra de psicólogos portugueses presentes no estudo relativamente a variáveis sociodemográficas pessoais e profissionais; avaliar os níveis de autocuidado de psicólogos portugueses; analisar os indicadores positivos e negativos de saúde mental de psicólogos portugueses; analisar as relações entre os níveis de autocuidado e os indicadores de saúde mental (positivos e negativos); explorar os níveis de autocuidado e de saúde mental em função das variáveis sociodemográficas pessoais e profissionais; analisar o valor preditivo dos índices de autocuidado sobre os indicadores de saúde mental, determinando se práticas de autocuidado predizem níveis mais elevados de bem-estar e menores níveis de ansiedade, depressão e stress.

Trata-se de um estudo quantitativo em que farão parte psicólogos portugueses inseridos em distintos contextos profissionais (clínicas, hospitais, escolas), privado e público.

Todos os esclarecimentos solicitados foram entregues.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso

Assinado por: **Maria Inês de Avelar Lopes Cardoso**
Num. de identificação: 07559882
Data: 2025.12.16 15:04:25+00'00'



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"

NIPC: 502 057 602 • Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

T. +351 22 507 1300* • <https://www.ufp.pt> • geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA • Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS • Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE • Rua Carlos da Maia, 295 • 4200-350 Porto • Portugal

ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS BIOMÉDICAS • Av. Fernando Pessoa, 150 • 4420-096 Gondomar • Portugal

* (chamada para a rede fixa nacional)