



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Daniela Filipa Eusébio de Campos

**Práticas de Autocuidado e Burnout em Técnicos das
Comissões de Proteção de Crianças e Jovens**

Trabalho realizado sob orientação do
Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva

março de 2023



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Daniela Filipa Eusébio de Campos

**Práticas de Autocuidado e Burnout em Técnicos das
Comissões de Proteção de Crianças e Jovens**

Dissertação de Mestrado em Justiça Juvenil e Proteção de Crianças e
Jovens em Perigo

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do
Porto no dia 15/03/2023, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Carla Antunes

Arguente: Professor Doutor Ricardo Pinto (Universidade Lusófona do Porto)

Orientador: Professora Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva

março de 2023

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Resumo

A investigação tem demonstrado que o fenómeno de *burnout* apresenta incidência nos trabalhadores sociais, em específico nos profissionais de apoio infantil. No entanto, esta temática é pouco explorada nos profissionais que trabalham nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). O presente estudo apresentava três objetivos. O primeiro objetivo foi descrever as práticas de autocuidado de técnicos das equipas da Comissão Restrita de Proteção de Crianças e Jovens (CRCPCJ). O segundo objetivo foi examinar associações entre as práticas de autocuidado pessoal e práticas de autocuidado profissional com as dimensões do *burnout*. Por fim, o terceiro objetivo foi examinar se existiam diferenças ao nível das práticas de autocuidado e *burnout* em função de características sociodemográficas. A amostra foi constituída por 91 participantes, sendo 92% do género feminino. A idade dos participantes variou entre os 21 e 64 anos de idade. Foi conduzido um inquérito *online* na plataforma Qualtrics para recolha de dados. Os resultados evidenciaram que as práticas de autocuidado pessoal mais recorrentes foram rir, participar em atividades que dão prazer e aceitação de ajuda por parte de outras pessoas. As práticas de autocuidado pessoal com menor frequência foram a prática de atos religiosos e exercício físico. Quanto às práticas de autocuidado profissionais, o direito a tirar férias, a capacidade de resolução de problemas e a procura de novos desafios profissionais foram as mais frequentes. No entanto, a reserva de tarefas laborais para horas específicas ao longo do dia de trabalho foram identificadas como menos frequentes pelos participantes. Quanto ao segundo objetivo, o estudo demonstrou que as práticas de autocuidado pessoal e as práticas de autocuidado profissional estavam positiva e fortemente relacionadas. As dimensões do *burnout* estavam significativamente correlacionadas entre si. Por fim, as práticas de autocuidado pessoal, as práticas de autocuidado profissional e o *burnout* face às características sociodemográficas demonstraram não estar associadas com o número de anos de experiência profissional, o número de processos atuais na CPCJ e o número de horas de formação. De igual forma, não foram encontradas diferenças nas práticas de autocuidado pessoal, as práticas de autocuidado profissional, o *burnout* em função do género e tempo em anos como membro das comissões restritas da CPCJ. No caso do nível de educação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto às práticas de autocuidado profissional.

Palavras Chaves: *Burnout*, Autocuidado pessoal, Autocuidado profissional

Abstract

Research has shown that the phenomenon of *burnout* has an impact on social workers, specifically on child support professionals. However, this theme is little explored by professionals working in the Commissions for the Protection of Children and Young People (CPCJ). The present study had three objectives. The first objective was to describe the self-care practices of technicians from the Restricted Commission for the Protection of Children and Young People (CRCPCJ) teams. The second objective was to examine associations between personal self-care practices and professional self-care practices with *burnout dimensions*. Finally, the third objective was to examine whether there were differences in terms of self-care practices and *burnout* due to sociodemographic characteristics. The sample consisted of 91 participants, 92% of whom were female. The age of participants ranged from 21 to 64 years old. An online survey was conducted on the Qualtrics platform for data collection. The results showed that the most recurrent personal self-care practices were laughing, participating in activities that give pleasure and accepting help from others. The less frequent self-care practices were the practice of religious acts and physical exercise. As for professional self-care practices, the right to take vacations, the ability to solve problems and the search for new professional challenges were the most frequent. However, booking work tasks for specific hours throughout the working day were identified as less frequent by participants. As for the second objective, the study demonstrated that personal self-care practices and professional self-care practices were positively and strongly related. *Burnout* dimensions were significantly correlated with each other. Finally, personal self-care practices, professional self-care practices and burnout in the face of sociodemographic characteristics proved not to be associated with the number of years of professional experience, the number of current processes at the CPCJ and the number of training hours. Likewise, no differences were found in personal self-care practices, professional self-care practices, *burnout* as a function of gender and time in years as a member of the CPCJ's restricted committees. In the case of education level, statistically significant differences were found in terms of professional self-care practices.

Keywords: *Burnout* , Personal self-care, Professional self-care.

Índice

Burnout.....	1
Autocuidado	6
Práticas de autocuidado e burnout.....	8
Método.....	9
Participantes.....	9
Medidas	9
Procedimentos	10
Estratégia de Análise de Dados	11
Resultados.....	12
Discussão	16
Referências	20

Índice de tabelas

Tabela 1. Frequências das práticas de autocuidado	13
Tabela 2. Associações entre as práticas de autocuidado e as dimensões de burnout	14
Tabela3.Associações entre práticas de autocuidado, burnout e variáveis sociodemográficas contínuas.....	14
Tabela 4. Diferenças nas práticas de autocuidado e burnout em função do gênero, educação e tempo como membro da Comissão Restrita da CPCJ	15

Lista de abreviaturas

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRPCJ- Comissão Restrita de Proteção de Crianças e Jovens

CNPDPCJ-Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

O trabalho desenvolvido numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) visa proteger e promover os direitos das crianças e/ou jovens, de todas as formas de maus-tratos ou de situações de perigo (Decreto-Lei nº 204/1999). Os profissionais das CPCJ fornecem um apoio sistemático a famílias sinalizadas por casos de violência doméstica, negligência abuso físico/psicológico, abandono escolar, entre outros. Os casos são de extrema complexidade envolvendo competências exigentes ao nível ético e pessoal (Teixeira, 2020). A exposição diária a estas situações e a crença em resolver e apoiar o maior número de casos, pode provocar experiências emocionais negativas e de stress mais elevados nestes profissionais (Salloum et al., 2015).

Burnout

As consequências advindas destas situações de *stress* podem resultar na diminuição de motivação profissional, que se transforma muitas vezes em sentimentos de ineficácia e fracasso (Maslach & Jackson, 1981). O efeito desta exposição apresenta-se como um risco psicossocial denominado por *burnout*, um conceito, que procura explicar as consequências do impacto das atividades laborais no trabalhador e deste na organização (Benevides-Pereira, 2002). Um levantamento feito por Felicidade, Quintas e Bernardo (2018) revelou que, em 2017, 17.2% da população ativa portuguesa se encontrava em *burnout*, evidenciando um aumento de 3.5% face a 2008. Paralelamente, em 2017, 48.9% da população ativa de Portugal estava no patamar de ‘risco elevado’ de incorrer numa situação em *burnout*.

Este conceito, quando aplicado aos profissionais de cuidado, não apresenta uma definição única. No entanto, diversos autores concordam que se defina como uma síndrome associada à exposição de elevados níveis de stress laboral e à tensão emocional, vivenciada em serviços que envolvam afetivamente a relação com o utente do cuidado (Almeida et al., 2010).

Freudenberger (1974) foi um dos primeiros autores a explorar a temática do *burnout*, através da observação num contexto de saúde de toxicodependência, onde o mesmo conseguiu perceber que as expectativas dos trabalhadores eram consequentemente desvalorizadas, havendo um desequilíbrio entre o esforço dos profissionais e os resultados esperados (Freunenberger, 1974). Através desta experiência, definiu a situação de *burnout* como o processo profissional de exaustão mental e físico que origina falta de motivação, compromisso e empenho.

Posteriormente, Maslach propôs o *burnout* como uma síndrome que envolve fatores de exaustão emocional, despersonalização e diminuição de realização profissional (Maslach, 2003; Maslach & Jackson, 1981). A exaustão emocional é a principal dimensão do *burnout*

constituindo a manifestação mais comum desta síndrome. Quando os indivíduos relatam as suas experiências de *burnout*, na maior parte das vezes referem-se a experiências de exaustão. A exaustão é a primeira reação ao stress provocado pelas exigências no contexto de trabalho. (Maslach et. al., 2008). Os indivíduos que trabalham que se encontram em exaustão emocional sentem-se cansados, com falta de energia, sem recursos físicos e emocionais para enfrentar os desafios e as exigências do local de trabalho. Consequentemente, não têm energia suficiente para conseguir manter a sua capacidade de trabalho. Em suma, a exaustão emocional refere-se à sensação de estar sobrecarregado emocionalmente aliado ao esgotamento dos recursos emocionais e físicos. (Maslach et. al., 1981).

Uma segunda dimensão é a despersonalização, que consiste numa tentativa do indivíduo em estabelecer uma distância entre si próprio e os seus utentes. Geralmente a despersonalização é resultado da perda da motivação, do aumento da irritabilidade e da ansiedade. Os indivíduos tornam-se insensíveis e impessoais para com quem mantêm relacionamento profissional, desenvolvendo atitudes de indiferença. Para se proteger, o indivíduo isola-se e opta por uma atitude de distanciamento, passando a ser incapaz de lidar com as suas próprias emoções (Maslach et. al., 1981). A despersonalização geralmente desenvolve-se como resposta a um elevado índice de exaustão emocional apresentando-se como auto protetora (Leiter et. al., 2000).

A falta de realização pessoal é uma terceira dimensão do *burnout*. A relação desta dimensão com as outras duas dimensões é complexa, pois a falta de realização pessoal pode surgir como consequência de uma das outras duas dimensões. A falta de realização pessoal emerge da perspetiva pessoal negativa que o profissional cria de si próprio, sentindo-se ineficaz a nível profissional e insatisfeito com a sua realização pessoal no trabalho. Este sentimento surge como consequência do declínio dos sentimentos de competência e produtividade, bem como da sua baixa autoestima.(Maslach & Jackson, 1981).

Neste sentido, conclui-se que o *burnout* é comparável a um processo “bola de neve”, onde as elevadas exigências do trabalho, originam casos de exaustão emocional, posteriormente, com sentimentos de injustiça que contribuem para a despersonalização e consequentemente na forma como os profissionais encaram e reagem pessoalmente a estas situações (Travis et al., 2016).

Malash, Leiter e Schaufeli (2001) destacaram que as várias definições que surgiram de *burnout*, embora com algumas divergências, todas apontam cinco elementos comuns: 1)

predominância de sintomas comportamentais e mentais e não de sintomas físicos; 2) a correspondência dos sintomas com o trabalho; 3) o predomínio de sintomas relacionados a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; 4) diminuição de empenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos; 5) os sintomas manifestam-se em pessoas “normais” que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes de surgir a síndrome.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o fenómeno de *burnout* não era considerado uma condição médica, não sendo assim inserido nas classificações internacionais de doenças (Filho et al., 2022). No entanto, tendo em consideração conclusões de diversos peritos da área da saúde, o *burnout* começou a ser considerado desde janeiro de 2022 como uma doença associada ao emprego, sendo assim definido como uma síndrome resultante do stress crónico no contexto laboral que não foi gerido com êxito, caracterizado por sentimentos de exaustão, sentimentos negacionistas e índices de eficácia reduzidos (Perniciotti et al., 2020).

Pode-se dizer assim, que o *burnout* surge quando existem fatores stressores no contexto laboral e os indivíduos não apresentam capacidades pessoais para lidar ou resolver problemas que causam ansiedade, levando a que os mesmos “adoeçam” (Rambo, 2019). Neste sentido, Benevides Pereira sugeriu que os sintomas podem ser divididos em quatro categorias: emocionais, físicos, psíquicos e comportamentais. Entre os sintomas emocionais salienta-se a depressão, baixa autoestima, irritação e perda de entusiasmo. Os sintomas comportamentais passam pela perda de iniciativa, perda de interesse e isolamento. Quanto aos psíquicos, demonstra-se pela falta de concentração, dificuldades em tomar decisões, obsessão por assuntos específicos e impaciência. Por fim, a nível físico poderão ocorrer distúrbios de sono, fadiga, dores musculares e baixa resistência imunológica.

A identificação das variáveis e dos fatores que provocam *stress* bem como as preocupações com as causas do *burnout* estão cada vez mais presentes na literatura, pois os estudos sugerem impactos negativos na saúde e na qualidade de vida dos profissionais (Martins, 2017). Neste sentido, Benevides-Pereira (2010) realizou um estudo em Portugal que incluía variáveis relacionadas com as características, sociodemográficas, trabalho, organizacionais, e sociais poderiam ser fatores desencadeadores de *burnout*. Este estudo indicou que, quanto às características sociodemográficas, deve considerar-se fatores como idade, sexo, nível educacional, personalidade (estratégias de enfrentamento; capacidade de controle); nas características organizacionais, deve-se considerar fatores como o ambiente

físico, normas institucionais, mudanças organizacionais, recompensas e segurança; nas características do trabalho é o fator onde se apresentam mais variáveis, como o tipo de ocupação, o tempo de profissão, o tempo na instituição, relação entre profissionais, relação entre profissional e cliente, pressão, falta de feedback, suporte organizacional entre outros. Por fim, quanto aos indicadores sociais, as variáveis existentes enquadram-se com os níveis de suporte social ou familiar e questões culturais. Por sua vez, França (2014) defende que fatores como as formas e as condições do trabalho, as relações competitivas em busca da manutenção de emprego e consequentemente a procura de destaque na organização, são responsáveis pelo aumento de *burnout* nos indivíduos.

Vários estudos têm sugerido que o *burnout* incide principalmente sobre os profissionais de apoio, que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado de outros (Benevides-Pereira, 2002). Neste sentido, Figley (2002) afirma que é o próprio ato de cuidar, que atrai os profissionais para a profissão. Como o profissional de ajuda procura entender a perspectiva do utente, sofre junto com aqueles que pretendem ajudar, reduzindo assim a eficácia profissional. Por sua vez, Zell (2006) considera que os profissionais dos sistemas de promoção e proteção de crianças e jovens enfrentam casos muito difíceis e de elevada responsabilidade, todavia, não possuem os recursos necessários e as recompensas suficientes que os permitam lidar com situações de depressão. Além disso, a pressão em que os trabalhadores se encontram e a obrigatoriedade em tomar decisões imediatas e determinantes na vida dos jovens e das suas famílias origina nos mesmos níveis mais elevados de depressão (Tham & Meagher, 2009).

Do universo os profissionais de ajuda, os profissionais dos sistemas de promoção e proteção de crianças e jovens são considerados os de maior risco de depressão e *burnout* dada a natureza stressante do trabalho, nomeadamente na obrigatoriedade da complexa tomada de decisão, gerir casos desafiantes e trabalhar com famílias multidesafiadas (Fontes, 2012).

Decker et.al (2015) considera que os trabalhadores sociais podem ser expostos a experiências intensamente emocionais que variam num espectro que vão de gratificantes a altamente stressantes. Trabalhar com indivíduos em sofrimento biopsicossocial é um aspeto inevitável nos trabalhadores sociais, criando o risco de fadiga por compaixão. De acordo com o modelo de fadiga por compaixão, presenciar comportamentos violentos e ter exposição direta a experiências traumáticas de crianças e famílias podem impactar negativamente a saúde mental dos trabalhadores. As exposições a esses tipos de fatores de

stress podem levar a sofrimento psicológico, sentimentos reduzidos de eficácia, tristeza e sofrimento comportamental, como distúrbios do sono e irritabilidade (Berzoff & Kita, 2010)

O fenômeno de *burnout* em indivíduos que trabalham em profissões de ajuda tem sido descrito em diversas investigações empíricas (Chung & Choo, 2019; Kim, 2011; Leake et al., 2017). Estas situações estão relacionadas com a presença de fatores organizacionais stressantes, com o elevado número de casos e o clima negativo vivenciado na instituição (Leake et al., 2017). Outros estudos com profissionais sociais encontrou uma associação entre níveis elevados de *burnout* e maior percepção de conflitos no contexto laboral e dificuldades no desempenho de papéis familiares (Mor Barak et al., 2001; (Nissly et al., 2005).

Numa investigação realizada nos EUA, constatou-se que o conflito trabalho-família e a ambiguidade de papéis têm impacto na vontade de procurar outro emprego estes conflitos estavam indiretamente relacionados com sentimentos de exaustão. A intenção de mudar de emprego, foi positivamente relacionada com a despersonalização (Chung & Choo, 2019). Peinado e Anderson (2020) desenvolveram um estudo sobre *burnout* onde identificaram o número de casos, os salários dos profissionais, os recursos disponíveis, as restrições de tempo, os dilemas éticos e o tipo de instituição, cruzando-os com alguns fatores que podem propiciar *burnout* em trabalhadores sociais. Estes autores defendem ainda que ao longo do tempo a complexidade de funções gera um aumento de stress que coloca em causa o bem-estar e satisfação com o trabalho.

Alguns modelos teóricos sugerem que as estratégias de *coping* podem ser eficazes para prevenir o *burnout*. O *coping* é entendido como representação individual da forma como as pessoas comumente reagem ao stress. Lazarus e Folkman (1984) definiram *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais que os indivíduos utilizam de forma a controlar, tolerar ou reduzir as exigências internas ou externas específicas. A forma como a pessoa lida com as situações stressantes desempenha um papel importante na relação com o *burnout*.

Mota-Cardoso e colegas (2000) defendem a ideia de Lazarus e afirmam que o conceito de coping “designa os esforços adaptativos dos indivíduos, ou seja, as estratégias que estes usam para lidar com os agentes indutores de stresse”. Estas estratégias procuram minimizar as exigências em relação ao stresse, assegurando o bem-estar pessoal.

Segundo Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), as estratégias de *coping* podem ser observadas quando o indivíduo atua numa situação de stress quando confrontado com um problema real. As estratégias de *coping* que são mais frequentemente consideradas na

literatura são: resolução de problemas (estratégias com foco no problema), procura de suporte (suporte instrumental e emocional por parte de outra pessoa), afastamento (esforços para se afastar do stressor), distração (atividades alternativas agradáveis) e de regulação da emoção (Compas et al., 2001; Eschenbeck et al., 2007; Skinner et al., 2003).

Autocuidado

O autocuidado tem sido referido na literatura como uma estratégia fundamental para promover a saúde e o bem-estar nas pessoas (Porto, 2021). Aprender e praticar competências de autocuidado permite um melhor autoconhecimento, autoconsciência e autorregulação capazes de dotar o indivíduo para melhor gerir o stress (Rosenberg, 2019), interferindo na percepção do mesmo e no risco de *burnout* (Motyka, Nies, Walker, & Myers Schim, 2010).

O autocuidado é um construto que pode ser difícil de definir devido à sua natureza subjetiva (Carlson, 2015 cit in Miller 2018). No entanto, apesar das dificuldades sentidas, vários autores propuseram definições de autocuidado, especialmente direcionados a profissionais que trabalham diretamente com o sofrimento dos outros (Morales et al., 2003).

A prática do autocuidado refere-se às ações intencionais que as pessoas e as organizações realizam que contribuem para o bem-estar e a redução do *stress* (Alkema et al., 2008). Segundo a Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional (2012) o autocuidado refere-se a comportamentos e às competências que o profissional adota com o objetivo de promover a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar defrontando, paralelamente, determinadas condições de desgaste relacionadas com a profissão. A prática de autocuidado exige que os indivíduos e organizações se envolvam propositadamente em comportamentos que contribuam para o bem-estar e a redução do stress (Silva, 2005).

Saakvitne & Pearlman (1996) nomeiam cinco domínios da prática de autocuidado que são reconhecidos na literatura. Esses domínios incluem autocuidado físico, psicológico, emocional, espiritual e profissional. O autocuidado físico concerne a práticas regulares de exercício físico e o cuidado em possuir uma dieta saudável. O autocuidado psicológico refere-se às ações tomadas para promover a autoconsciência e a tomada de decisões saudáveis. O autocuidado emocional refere-se a ações tomadas para estimular o bem-estar emocional. O autocuidado espiritual envolve nutrir conexões e encontrar significado na vida. O autocuidado profissional pode ser pensado como ações de promoção da saúde e competência profissional.

Lee e Miller (2013) afirmam o autocuidado como um processo de capacidade de envolvimento em comportamentos que promovem resultados positivos, como um estilo de

vida saudável ou alívio de ansiedade. Jordan, (2010) define ainda autocuidado como a capacidade de gerir de funções individuais importantes, como sono, dieta, exercício e descanso.

Lee e Miller (2013) sublinham dois domínios de autocuidado, pessoal e profissional, sendo que definiram autocuidado pessoal como “um processo de envolvimento intencional em práticas que promovam a saúde holística e o bem-estar pessoal”. No domínio profissional descrevem-no como “o processo de envolvimento voluntário em práticas que promovem o uso eficaz e apropriado do self no papel profissional no contexto da manutenção de uma saúde holística e bem-estar”.

Rupert e Dorociak (2019) defenderam que o autocuidado implica assim o envolvimento em atividades ou a adoção de comportamentos que fomentem o bem-estar físico de modo a prevenir as consequências do stress (e.g., exaustão emocional, cinismo, *burnout*) e garantir a eficácia da intervenção (a implementação eficiente dos seus conhecimentos e competências profissionais).

Uma investigação desenvolvida por Miller (2013), cujo objetivo versou o estudo de práticas de autocuidado em que os trabalhadores sociais se envolvem, tendo em conta variáveis sociodemográficas e profissionais de autocuidado (género, origem étnica, estado civil, grau de escolaridade e satisfação económica, nível de supervisão, integração em organizações profissionais). Segundo foi possível concluir que pessoas do sexo feminino, pessoas caucasianas, pessoas instruídas academicamente, pessoas casadas, pessoas economicamente seguras, pertencentes a organizações e com supervisão tinham tendência a colocar em prática mais estratégias de autocuidado.

Já Alves (2015) realizou uma investigação com profissionais do trabalho social em Portugal e as conclusões sobre as estratégias de autocuidados diferem do estudo apresentado nos EUA. Ao nível do sexo, não são apresentadas diferenças significativas no que concerne à utilização de estratégias de autocuidado. Neste estudo conclui-se que trabalhadores com níveis mais baixo de escolaridade apresentam melhores níveis de autocuidado bem como, casais com filhos colocam mais estratégias de autocuidado em ação. Este estudo permitiu concluir que pessoas residentes em áreas rurais ostentam melhores resultados de autocuidado.

Práticas de autocuidado e burnout

O autocuidado refere-se a um tipo específico de prática que é relevante para lidar com populações multidesafiantes, neste sentido existem estratégias organizacionais e pessoais que permitem prevenir situações desencadeadores de *burnout*, nomeadamente a procura de supervisão, trabalho em equipa, participação em formações e equilíbrio na atribuição de casos (Mota, 2017; Nunes, 2017; Salloum et al., 2015).

Existem também uma série de estratégias pessoais de redução do stresse, como desenvolver planos para o equilíbrio entre vida profissional e pessoal como a procura de atividades de lazer. As práticas específicas de autocuidado têm sido associadas a níveis mais baixos de *burnout* (socializar com a família), fadiga por compaixão (ter um hobby, ler por prazer, fazer viagens de lazer ou férias) (Eastwood & Ecklund, 2008) e a qualidade de vida dos profissionais (Nacross, 2000).

Uma investigação realizada por Steinlin et al. (2017), sobre autocuidado e *burnout* em casas de acolhimento de crianças e jovens permitiu concluir que profissionais com menos sintomas de *burnout* relacionados com o trabalho e menos domínios da vida afetados estavam todos relacionados a mais práticas de autocuidado. Menos sintomas de *burnout* relacionados com o trabalho foram também relacionados a uma maior transparência e apoio dos superiores.

O presente estudo

Assim, considerando que o *burnout* em trabalhadores sociais é um fenómeno psicossocial decorrente de fatores stressores e que as estratégias de autocuidado utilizadas podem prevenir o *burnout*, este estudo apresenta três objetivos. O primeiro objetivo foi descrever as práticas de autocuidado de técnicos das Comissões Restritas de Proteção de Crianças e Jovens (CRPCJ). O segundo objetivo foi examinar associações entre as práticas de autocuidado pessoal e práticas de autocuidado profissional com as dimensões do *burnout*. Finalmente, o terceiro objetivo foi examinar se existem diferenças ao nível das práticas de autocuidado e *burnout* em função de características sociodemográficas dos técnicos das CRPCJ.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 91 participantes, sendo 92% do género feminino. A idade dos participantes variou entre os 21 e 64 anos de idade ($M = 43.45$; $SD = 10.30$). Os participantes relataram possuir como grau académico o Bacharelato/Licenciatura (58.2%) ou Mestrado/Doutoramento (41.8%). Ao nível da área de formação, foram relatadas diferentes áreas profissionais, tais como serviço social (30%), psicologia (22%), educação (13.3%), saúde (13.3), formação de professores (10%), sociologia, (8.9%) e formação noutra área das ciências da saúde/ humanas e sociais (2.2%). Quanto aos anos de experiência, 53.9% tinham entre 1 e 3 anos de experiência, 23% entre 4 e 6 anos e 23.1% relataram ter mais de 7 anos de experiência. A estimativa de casos por profissional variou entre 0 e 500 ($M = 43.40$; $SD = 63.75$). Tendo em conta a formação dos profissionais no ano de 2021 relacionados com o sistema de promoção e proteção, os participantes frequentaram entre 0 e 200 horas de formação ($M = 32.90$; $SD = 43.51$).

Medidas

Burnout

O *burnout* foi avaliado através da versão abreviada do Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI; Riley, Mohr, & Waddimba, 2016; versão portuguesa preliminar de Lamela, Jongelene & Antunes, 2021, adaptado de Marques-Pinto, 2009). A MBI é uma versão reduzida de uma das medidas mais utilizadas internacionalmente para detetar *burnout* em profissionais. A MBI é composta por nove itens e é constituída por três subescalas (três itens por subescala): exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. As respostas são obtidas através de uma escala de Likert, variando entre o 0 ('nunca') até 6 ('todos os dias'). Para as subescalas de exaustão emocional e despersonalização, quanto maior a pontuação, maior o *burnout*. Para a subescala de realização pessoal, quanto menor a pontuação, maior o *burnout*. O alfa de Cronbach foi de .83, .80, .75 para as subescalas de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, respetivamente.

Práticas de autocuidado

Para avaliar as práticas de autocuidado, foi utilizado o Self-care Practices Scale (SCPS; Lamela, Jongelene, & Antunes; versão portuguesa, 2021). A SCPS é composta

por 18 itens em que é solicitado aos participantes relatarem a frequência com que se envolvem práticas autocuidado pessoais e profissionais. A SCPS utiliza uma escala Likert de cinco pontos, variando entre 0 ('nunca') e 4 ('muito frequentemente'). A medida é composta por duas subescalas: autocuidado pessoal e autocuidado profissional. Quanto maior a pontuação, maior a frequência de práticas de autocuidado. Inclui pontuações em três áreas: um autocuidado pessoal sumativo (0-36), uma pontuação sumária de autocuidado profissional (0-36), e uma pontuação total composta pela soma do autocuidado pessoal e profissional pontuações (0-72). Pontuações mais elevadas indicam uma maior frequência relacionada com práticas de autocuidado. Para a presente amostra, a consistência interna foi muito boa (alfa Cronbach = .83).

Procedimentos

Para a recolha de dados dos participantes foi construído um inquérito online. Estabeleceram-se três critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, conseguir ler e escrever em português e pertencerem à equipa de comissão restrita da CPCJ. O inquérito online esteve disponível entre abril e julho de 2022 numa plataforma online.

Foram utilizados diferentes meios para divulgar e convidar potenciais participantes a participarem no estudo, nomeadamente: i.) contacto por email para o email geral e da presidência de todas CPCJ no território nacional solicitando a divulgação pelos técnicos; ii.) divulgação pela técnica “bola de neve” entre os contactos profissionais da equipa de investigação, com foco nos colegas que exercem funções nas comissões restrita.

Nos anúncios e convites à participação, foi incluído o link que deu acesso ao estudo. O estudo foi desenvolvido na plataforma Qualtrics e esteve alojado no site da equipa de investigação. A primeira página do estudo deu as boas-vindas à página do estudo. Nesta primeira página, a identidade do investigador principal, o contacto do investigador principal e a instituição a que pertence o investigador estiveram claramente identificados.

Os potenciais participantes foram convidados a entrar no estudo, clicando no botão “Seguinte”. De seguida, foi apresentado o consentimento informado. Antes de serem dirigidos para o protocolo de investigação, os participantes tiveram de confirmar que (1) leram e compreenderam o consentimento informado (2) aceitavam participar no estudo e (3) certificavam que tinham mais de 18 anos, residiam em Portugal e eram membros atuais de uma comissão restrita de uma CPCJ.

A resposta de confirmação era de carácter obrigatório. Foi dado aos participantes a opção de não participarem no estudo, fechando para isso a janela do browser. Através do botão “Seguinte”, os participantes que consentiram participar foram direcionados para o protocolo de investigação. Findo preenchimento do questionário, os participantes leram uma mensagem de agradecimento pela participação e foram informados que podem obter mais informações sobre o estudo e sobre os resultados do estudo através do contacto eletrónico do investigador principal. Com base na estimativa automática da plataforma Qualtrics, o tempo médio para preenchimento do protocolo situava-se entre 15 e 20 minutos.

Para garantir a qualidade dos dados, foram seguidas recomendações metodológicas e éticas para a investigação online, tais como, a participação do estudo totalmente de forma anónima, voluntária e confidencial. Não foram solicitadas quaisquer informações sociodemográficas que possam identificar a identidade dos participantes.

De igual forma, não foram recolhidas quaisquer informações de identificação informática (e.g., contacto email ou endereço IP). Para este efeito, foram acionadas as funcionalidades “Anonimizar respostas” da plataforma Qualtrics. Com ativação desta funcionalidade, não foram gravados o endereço IP, os dados de localização e as informações de contacto dos participantes.

Foi assegurado o direito aos participantes de não participar ou desistir do estudo, sem qualquer consequência negativa associada. Durante o preenchimento do inquérito, foi assegurado o direito aos participantes de, caso desejarem, não responder a itens ou eliminar ou modificar as suas respostas. Para o efeito, os participantes poderiam percorrer livremente o estudo (clicando nos botões “Anterior” e “Seguinte”), sendo assim possível eliminar ou modificar qualquer resposta previamente dada. A recolha dos dados foi realizada através da conta institucional do investigador principal na plataforma Qualtrics.

Estratégia de Análise de Dados

Para examinar o objetivo 1, foram analisadas as frequências das respostas dos participantes aos itens da Escala de Práticas de Autocuidado (Lee et al., 2019). Para testar o objetivo 2, foram conduzidas análises de correlação de Pearson. Como valores de referência para quantificar a força das correlações, considerou-se um coeficiente de correlação entre 0.2 e 0.39 como uma associação fraca, entre 0.40 e 0.59 como moderadora, 0.6-0.79 forte e entre 0.8 e 1 como muito forte. Para examinar o objetivo 3, foram realizadas de correlação Pearson para analisar as associações entre variáveis sociodemográficas contínuas e o as

práticas de autocuidado pessoal e profissional e também com o total de experiências de *burnout*. Foram também realizados teste t para testar diferenças nas práticas de autocuidado pessoal e profissional e no *burnout* em função do género e educação dos participantes. Finalmente, foi conduzida uma ANOVA para examinar diferenças nas práticas de autocuidado pessoal e profissional e no *burnout* em função do tempo como membro das comissões restritivas da CPCJ, seguida do teste post-hoc Tukey's para identificar diferenças significativas entre os grupos.

Resultados

Autocuidado

Na Tabela 1, estão apresentadas as frequências da realização de práticas de autocuidado avaliadas pela Escala de Práticas de Autocuidado (Lee et al., 2019). As práticas de autocuidado foram agrupadas em práticas pessoais e profissionais, de acordo com o modelo fatorial da escala original.

Como pode ser verificado nas práticas de autocuidado pessoais, ações como rir (49.5%), participar em atividades que dão prazer, (45.1%) a aceitação de ajuda por parte de outros (40.0%), passar tempo de qualidade com pessoas de quem se gosta (37.4), dormir as horas necessárias/colocar em prática ações de cuidado emocional (34.4%) e, por fim, possuir intimidade física (32.2%) assumem os valores das práticas geralmente mais realizadas. No entanto, a dedicação a práticas espirituais (38.0%) e a prática de atividades físicas (33.0%) correspondem a práticas pouco adotadas pelos profissionais.

Quanto às práticas profissionais, o direito a tirar férias (46.2%), a capacidade de resolução de problemas (45.1%), a procura de novos desafios profissionais (45.1%), o reconhecimento do próprio sucesso (41.1%) a atenção aos sentimentos (39.6%), a procura de colegas de suporte (36.4%) a realização de pequenos intervalos ao longo do dia de trabalho (34.4%) e a capacidade de dizer “não” no momento apropriado (28.9%) apresentam-se com as práticas geralmente mais adotadas. No entanto, a reserva de tarefas laborais para horas específicas ao longo do dia de trabalho (28.6%) demonstra-se como uma prática pouco frequente pelos técnicos das comissões restritas das comissões de proteção.

Quanto às práticas de autocuidado pessoal dos participantes, os mesmos apresentaram os seguintes valores médios ($M=22.54$; $SD=6.29$), relativamente às práticas de autocuidado profissional ($M=24.46$; $SD= 5.76$).

Tabela 1. *Frequências das práticas de autocuidado*

Prática de Autocuidado	Nunca				Muito frequentemente
	0	1	2	3	4
Práticas Pessoais					
Dedico-me a atividades físicas	12.5	33.0	29.5	13.6	11.4
Costumo rir	0	5.5	16.5	28.6	49.5
Dedico-me a práticas espirituais	38.0	27.8	11.4	11.4	11.4
Durmo as horas necessárias	5.6	10.0	26.7	34.4	23.3
Passo tempo de qualidade com as pessoas de quem gosto	1.1	6.6	18.7	36.3	37.4
Participo em atividades que me dão prazer	4.4	9.9	17.6	45.1	23.1
Aceito a ajuda dos outros	2.2	5.6	15.6	40.0	36.7
Tenho intimidade física	6.7	20.0	10.0	31.1	32.2
Tomo as ações necessárias para responder às minhas necessidades emocionais	4.4	11.1	27.8	34.4	22.2
Práticas Profissionais					
Faço pequenos intervalos ao longo do dia de trabalho	4.4	11.1	27.8	34.4	22.2
Procuro oportunidades de desenvolvimento profissional	1.1	11.0	12.1	45.1	30.8
Tiro férias	1.1	7.7	14.3	30.8	46.2
Reconheço os meus próprios sucessos no trabalho	2.2	2.2	15.6	41.1	38.9
Consigo resolver problemas quando tenho desafios no trabalho	0	3.3	9.9	45.1	41.8
Reservo tarefas laborais para horas específicas do meu dia de trabalho (por exemplo, trabalho administrativo, emails, contactos profissionais com outro colega)	14.3	28.6	17.6	22.0	17.6
Dou atenção a sentimentos de estar assoberbado/a com o meu trabalho	1.1	17.6	24.2	39.6	17.6
Procurar ajuda de colegas faz-me sentir apoiado/a	3.4	5.7	22.7	36.4	31.8
Sou capaz de dizer “não” quando é apropriado	5.6	21.1	18.9	28.9	25.6

Associações entre práticas de autocuidado e *burnout*

De seguida, foram analisadas as associações entre as práticas de autocuidado pessoais e profissionais com as dimensões do *burnout*. Os resultados apresentados na Tabela 2 indicaram que as práticas de autocuidado pessoais e as práticas de autocuidado profissionais estavam positiva e fortemente relacionadas. As dimensões do *burnout* estavam significativamente correlacionadas entre si, sendo obtidas associações fracas.

Relativamente às associações entre as práticas de autocuidado pessoais e as dimensões de *burnout*, as análises de correlações mostraram uma associação negativa fraca a moderada com a dimensão exaustão emocional. Não se verificaram outras associações

significativas entre as práticas de autocuidado pessoais e as outras duas dimensões de *burnout* (despersonalização e realização pessoal).

Por sua vez, foram encontradas associações significativas entre as práticas de autocuidado profissionais e todas as dimensões de *burnout*: uma associação negativa e moderada com a exaustão emocional, uma associação negativa e fraca com a despersonalização e uma associação positiva e fraca com a realização pessoal.

Tabela 2. *Associações entre as práticas de autocuidado e as dimensões de burnout*

	1.	2.	3.	4.
1.Práticas de autocuidado pessoal	—			
2. Práticas de autocuidado profissional	.74***	—		
3. Burnout – Exaustão emocional	-.40***	-.38***	—	
4. Burnout – Despersonalização	-.19	-.28**	.38***	—
5. Burnout – Realização pessoal	.19	.29**	-.27**	-.26**

** $p < .01$; *** $p < .001$

Autocuidado, *burnout* e características sociodemográficas

As correlações de Pearson mostraram que as práticas de autocuidado pessoal, as práticas de autocuidado profissional, o *burnout* não estavam associados com o número de anos de experiência profissionais, o número de processos atuais na CPCJ e o número de horas de formação realizada em 2021 (Tabela 3).

De igual forma, não foram encontradas diferenças nas práticas de autocuidado pessoal, as práticas de autocuidado profissional e o *burnout* em função do género e tempo em anos como membro das comissões restritas da CPCJ (Tabela 4). No caso do nível de educação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das práticas de autocuidado profissional, sendo que os participantes com bacharelato/licenciatura relataram mais práticas de autocuidado profissional do que os participantes com mestrado/doutoramento (Tabela 4).

Tabela 3. *Associações entre práticas de autocuidado, burnout e variáveis sociodemográficas contínuas.*

	1.	2.	3.	4.	5.
1.Práticas autocuidado pessoais	—				
2. Práticas de autocuidado profissionais	.74***	—			
3. Burnout	-.30**	-.38***	—		
4. Anos de experiência profissional	-.18	-.01	.13	—	
5. Número de processos atuais	.04	.01	-.10	.16	—
6. Horas de formação em 2021	.02	.13	.09	.08	.03

** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabela 4. *Diferenças nas práticas de autocuidado e burnout em função do gênero, educação e tempo como membro da Comissão Restrita da CPCJ*

Variável	Grupo (n)	Práticas autocuidado pessoal			Práticas autocuidado profissional			Burnout		
		M	SD	t/F	M	SD	t/F	M	SD	t/F
Gênero	Mulheres (84)	22.73	6.13	0.991	24.58	5.39	0.696	29.90	6.02	0.632
	Homens (7)	20.58	5.39		23.00	9.62		28.42	4.58	
Educação	Bacharelato	23.11	5.99	1.010	25.11	4.77	1.279*	29.69	6.41	-0.176
	Licenciatura (53)									
	Mestrado									
	Doutoramento (38)	21.76	6.68		23.55	6.87		29.92	5.23	
Tempo	0-3 anos (49)	22.95	6.47	0.946	24.77	6.30	0.519	28.89	6.00	1.938
CPCJ	4-6 anos (26)	23.23	6.44		24.85	5.14		29.76	5.17	
restrita	+ 7anos (16)	20.90	5.69		23.33	5.07		31.90	6.13	

Discussão

O presente estudo respondeu a três objetivos. No primeiro objetivo, foi analisada a frequência das práticas de autocuidado dos técnicos das CRPCJ. Em segundo, foram examinadas as associações entre as práticas de autocuidado pessoal e práticas de autocuidado profissional com as dimensões do *burnout*. Em terceiro, testou-se se existiam diferenças ao nível das práticas de autocuidado e *burnout* em função de características sociodemográficas.

Em relação ao primeiro objetivo, foram testadas as práticas de autocuidado pessoal e profissional adotadas pelos técnicos das comissões restritas das CPCJ. Como foi possível verificar, a nível das práticas de autocuidado pessoal, ações como rir, participar em atividades que dão prazer, dormir as horas necessárias/colocar em prática de atividades de cuidado emocional ou até possuir a consciência em pedir ajuda são geralmente mais realizadas. No entanto, a dedicação a práticas espirituais e a prática de atividades físicas corresponderam a práticas pouco adotadas pelos profissionais.

Em comparação com outros estudos, foi possível concluir que a prática de atividades de gosto pessoal (cinema, arte, eventos culturais), ações de cuidado emocional e as horas de descanso necessárias são mais comuns entre os participantes (Lee et al., 2019; Miller et al., 2019; Miller et al., 2018; Salloum et al., 2015). É de salientar que a prática de atividades desportivas é uma das ações de autocuidado nos profissionais sociais mais elevadas, o que demonstra uma diferença perante o público-alvo do presente estudo (Ipinza, 2010; Porto, 2021).

Quanto às práticas de autocuidado profissional, o direito a gozar férias a capacidade de resolução de problemas, a procura de novos desafios profissionais, o reconhecimento do próprio sucesso, a atenção aos sentimentos, a procura de colegas de suporte, a realização de pequenos intervalos ao longo do dia de trabalho e a capacidade de dizer “não” no momento apropriado mostraram ser as práticas geralmente mais adotadas. Quanto às práticas de autocuidado profissional denotou-se fatores comuns tendo em conta outros estudos realizados, nomeadamente a necessidade e a valorização do suporte de colegas. A importância de um clima laboral positivo, a solicitação de supervisão e a necessidade tempo de descanso entre atendimentos são práticas de autocuidado referidas em estudos internacionais (Ipinza, 2010; Salloum et al., 2018; Steinlin et al., 2017). No entanto, é de salientar que nenhuma destas práticas foi referida pelos participantes da presente investigação.

O segundo objetivo foi examinar as associações entre as práticas de autocuidado pessoal e práticas de autocuidado profissional com as dimensões do *burnout*. Relativamente às associações entre as práticas de autocuidado pessoal e as dimensões de *burnout*, as análises de correlações mostraram uma associação negativa moderada com a dimensão exaustão emocional. Não se verificaram outras associações significativas entre as práticas de autocuidado pessoais e as outras duas dimensões do *burnout* (despersonalização e realização pessoal).

Por sua vez, foram encontradas associações significativas entre as práticas de autocuidado profissionais e todas as dimensões de *burnout*: uma associação negativa e moderada com a exaustão emocional, uma associação negativa e fraca com a despersonalização e uma associação positiva e fraca com a realização pessoal.

No estudo de Alves (2015) pode-se perceber que existe uma relação negativa entre a percepção o *burnout* com o autocuidado, esta relação foi estabelecida na literatura pois consideraram o autocuidado como uma estratégia protetora para a síndrome de *burnout* (Ayala, 2015; Barnett, 2008; Ipinza, 2010; Johnson et al., 2014; Norcross & Guy, 2007; Shapiro et al., 2007).

Realça-se ainda que noutro estudo, a dimensão despersonalização, surge como o sintoma mais crítico do *burnout* nestes profissionais, tendo em conta o impacto direto das atitudes e interações dos técnicos sociais com os utentes, tanto ao nível da qualidade, como nos resultados da prática da intervenção social (Kim & Ji, 2009).

Em terceiro, testamos se existiam diferenças ao nível das práticas de autocuidado e *burnout* em função de características sociodemográficas. O nosso estudo concluiu que as práticas de autocuidado pessoal, as práticas de autocuidado profissional e o *burnout* não estavam associados em função do género, nem em tempo em anos como membro das comissões restritas, ou com o número de anos de experiência profissionais. Percebeu-se ainda que as práticas também não estavam relacionadas com o número de processos atuais na CPCJ nem com o número de horas de formação realizada em 2021. Apenas se encontraram diferenças ao nível da formação sendo que os participantes com bacharelato/licenciatura relataram mais práticas de autocuidado profissional do que os participantes com mestrado/doutoramento.

Em comparação com outros estudos, foi possível perceber que não existem diferenças quanto às práticas de autocuidado face ao género dos participantes (Kim, 2011; Lee et al., 2017; Miller et al., 2019; Miller et al., 2018; Salloum et al., 2015). No entanto,

estudos anteriores encontraram resultados diferentes quanto ao nível de formação (Miller et al., 2019). Enquanto o presente estudo mostrou que técnicos com menor nível de educação apresentaram mais práticas de autocuidado, outros estudos prévios mostraram que mais práticas de autocuidado estavam associadas a formação superior mais elevada

Foram ainda encontradas disparidades quanto à variável de casos atribuídos aos profissionais. Constatou-se que os trabalhadores responsáveis por um menor número de casos ostentam mais práticas de autocuidado do que os profissionais responsáveis por elevados números de casos, demonstrando assim que estes técnicos são mais propensos a maiores índices de *burnout*. Foi possível verificar ainda em estudos que existem outras variáveis sociodemográficas com influências positivas no autocuidado nomeadamente, trabalhadores com um bom estado financeiro, profissionais alvo de práticas de supervisão e técnicos membros de uma associação de profissionais. (Miller et al. 2019).

Limitações do Estudo

Apesar do seu contributo, o presente estudo deve ser analisado tendo em conta algumas limitações a considerar na interpretação dos resultados. Em primeiro, o presente estudo foi realizado apenas com técnicos das CRPCJ, o que condiciona a generalização dos resultados para os técnicos das comissões alargadas e outros profissionais sociais. Em segundo, o estudo teve um design transversal, o que não permitiu a examinação de relações de causa-efeito entre o *burnout* e autocuidado. Estudos futuros devem implementar designs longitudinais para testar o efeito das práticas de autocuidado na perceção de *burnout*. Finalmente, a avaliação do *burnout* foi apenas realizada por um instrumento breve de *screening*. Recomenda-se que futuras investigações possam introduzir metodologias observacionais ou de entrevista clínica para aumentar a validade da avaliação do *burnout*.

Implicações do estudo para a prática profissional

O mundo do trabalho é um dos contextos onde as pessoas passam a maior parte da sua vida onde o trabalho é percecionado como uma fonte de desenvolvimento pessoal e profissional. Como isto nem sempre acontece, surge desta forma o stress laboral que pode conduzir ao desenvolvimento de síndrome de *burnout* (Vara, 2007).

O profissional que trabalha em instituições de apoio e/ou proteção interage com pessoas (crianças, jovens e/ou adultos) que experienciam problemas de vida e quase sempre graves. Estas situações apresentam-se emocionalmente rigorosas para os técnicos, a quem

competer o desempenho de papéis e/ou tarefas múltiplas (Costa, 2014). O autocuidado tem sido apresentado na literatura como uma estratégia que permite minimizar as consequências da prática profissional e na vida privada dos trabalhadores. Práticas de autocuidado estão associadas a um aumento de bem-estar físico e emocional e a uma menor percepção de stress (Martorell-Poveda et al., 2015). Com base no estudo realizado considera-se que existem estratégias que poderão contribuir para a prevenção e tratamento do *burnout*, destacando-se no presente caso de estudo, a gestão de tempo entre o lazer, o descanso e o trabalho, a diminuição do volume de processos atribuído a cada profissional, a existência de supervisão, a criação de um espaço de cooperação e entreajuda entre os profissionais.

Seria ainda relevante a inclusão no currículo dos estudantes universitários com futura intervenção na área dos serviços sociais e humanos, a existência de programas que ensinassem estratégias de autocuidado, pois estas podem representar uma importante forma de prevenção face aos desafios e fatores de stress a que poderão estar expostos no futuro (Johnson et al., 2014). Não obstante, teria importante relevância a sensibilização sobre a temática do *burnout* e do autocuidado nas formações iniciais que a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJCJ) desenvolve para todos os técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

Referências

- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). Um estudo da relação entre autocuidado, satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e esgotamento entre profissionais de cuidados paliativos. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>
- Almeida, K. M., Souza, L. A., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout em funcionários de uma fundação de proteção e assistência social. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 9(2), 86-96.
- Alves, A. B., Fonseca, S., & Araújo, L. (2015). *Percepção de stresse, burnout e autocuidado nos técnicos dos NIJ, ISS, IP* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação]. Viseu.
- Ayala, E. (2015). Does self-care moderate the relation of stress to quality of life of female doctoral students in professional psychology? (Tese de Doutorado) Universidade de Albany, State University of New York, EUA
- Barnett, J. E. (2008). Impaired professionals: Distress, professional impairment, self-care, and psychological wellness. In M. Hersen & A.M Gross. *Handbook of clinical psychology*, Vol 1. 857-884.
- Benevides-Pereira, A. M. (2002). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. *Boletim Academia Paulista de Psicologia* 2, 63-72.
- Chung, Y., & Choo, H. (2019). A structural path to job satisfaction, burnout, and intent to leave among child protection workers: A South Korean study. *Children and Youth Services Review*, 100, 304-312. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.018>
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with Stress during childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Decker, J. T., Brown, J. L., Ong, J., & Stiney-Ziskind, C. A. (2015). Mindfulness, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão entre estagiários de serviço social. *Serviço Social e Cristianismo*, 42(1), 28-42.
- Diário da República. Decreto-Lei nº 204/1999. 1ª Série- A. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Lei 147/99 de 1 de Setembro. (6115-6132).

- Eschenbeck, H., Kohlmann, C., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in Coping Strategies in Children and Adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28(1), 18-26. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.1.18>
- Felicidade, M., Quintas, G., & Bernardo, J. F. (2018). Burnout – uma paixão doentia pelo trabalho. *RH magazine*, 117, 12-19
- Figley, C. R. (2002). Fadiga por compaixão: falta crônica de autocuidado de psicoterapeutas. *Journal of Clinical Psychology: Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441. [https://doi.org/10.1002/\(ISSN\)1097-4679](https://doi.org/10.1002/(ISSN)1097-4679)
- Filho, E. S., Montanha, H. A., & Rosetto, A. A. (2022). A Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde no período pandêmico da COVID-19: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 20209-20218. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-192>
- Fontes, S. (2012). Burnout no bem-estar infantil: O papel das características de emprego e oportunidades no local de trabalho. *Revisão de Serviço Social*, 86(4), 636-659. <https://doi.org/10.1086/668817>
- Freunenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Guy, J. D., & Norcross, J. C. (2007). Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care. New York: Guilford
- Ipinza, D. W. (2010). Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infanto juveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile [Universidade de Chile Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología]. Chile.
- Johnson, W. B., Barnett, J. E., Elman, N. S., Forrest, L., Schwartz-Mette, R., & Kaslow, N. J. (2014). Preparing trainees for lifelong competence: Creating a communitarian training culture. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(4), 211-220. <https://doi.org/10.1037/tep0000048>
- Jordan, K. (2010). Trauma vicário: Fatores propostos que afetam os médicos. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(4), 225-237. <https://doi.org/10.1080/08975353.2010.529003>
- Kim, H. (2011). Job conditions, unmet expectations, and burnout in public child welfare workers: How different from other social workers? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 358-367. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.10.001>
- Lamela, D., Jongenelen, I. & Antunes, C. (2021). Protocolo de avaliação do bem-estar e saúde mental em profissionais das CPCJ. Universidade Lusófona.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *New York: Springer*.
- Leake, R., Rienks, S., & Obermann, A. (2017). A Deeper Look at Burnout in the Child Welfare Workforce. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 41(5), 492-502. <https://doi.org/10.1080/23303131.2017.1340385>
- Lee, J., & Miller, S. (2013). Uma estrutura de autocuidado para assistentes sociais: construindo uma base sólida para a prática. *Famílias na Sociedade: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2). <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>
- Lee, J. J., Miller, S. E., & Bride, B. E. (2019). Development and Initial Validation of the Self-Care Practices Scale. *Soc Work*, 65(1), 21-28. <https://doi.org/10.1093/sw/swz045>
- Lee, K., Pang, Y. C., Lee, J. A. L., & Melby, J. N. (2017). A Study of Adverse Childhood Experiences, Coping Strategies, Work Stress, and Self-Care in the Child Welfare Profession. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance* 41(4), 389-402. <https://doi.org/10.1080/23303131.2017.1302898>
- Martins, C. R. (2017). *Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: Causas, Consequências, Prevenção e Tratamento* [Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Beira do Minho.
- Martorell-Poveda, M. A., Martínez-Hernández, A., Carceller-Maicas, N., & Correa-Urquiza, M. (2015). Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(9). <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0001-2>
- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Sciences*, 12, 189-192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Maslach, C., & Jackson, S., E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Shaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Miller, J. J., Donohue-Dioh, J., Niu, C., Grise-Owens, E., & Poklembova, Z. (2019). Examining the self-care practices of child welfare workers: A national perspective. *Children and Youth Services Review*, 99, 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.009>

- Miller, J. J., Donohue-Dioh, J., Niu, C., & Shalash, N. (2018). Exploring the self-care practices of child welfare workers: A research brief. *Children and Youth Services Review*, 84, 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.024>
- Mota, A. B. C. (2017). *O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional* [Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia]. Lisboa.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2000). *O Stress nos professores portugueses*. Porto Editora.
- Motyka, C. L., Nies, M. A., Walker, D., & Myers-Schim, S. (2010). Improving the quality of life of African Americans receiving palliative care. *Home Health Care Management & Practice*, 22, 96–103. doi:10.1177/1084822309331609
- Nissly, J. A., Barak, M. E. M., & Levin, A. (2005). Estresse, apoio social e intenções dos trabalhadores de deixar seus empregos em bem-estar infantil público. *Administração em Serviço Social*, 29(1), 79-100. https://doi.org/10.1300/J147v29n01_06
- Nunes, A. P. L. N. (2017). *Programa de Intervenção para prevenção do Burnout em unidades de cuidados intensivos - Um dever ético* [Tese de Doutorado, Instituto de Bioética]. Porto.
- Peinado, M., & Anderson, K. N. (2020). Reducing social worker burnout during COVID-19. *International Social Work*, 63(6), 757-760. <https://doi.org/10.1177/0020872820962196>
- Perniciotti, P., Júnior, C. V. S., Guarita, R. V., Morales, R. J., & Romano, B. W. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev. SBPH*, 23(1), 35-52.
- Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Rambo, T. B. (2019). *SÍNDROME DE BURNOUT: COMPREENSÃO E ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO* [Tese de Mestrado]. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul].
- Rosenberg, T., Montgomery, P., Hay, V., & Lattimer, R. (2019). Using frailty and quality of life measures in clinical care of the elderly in Canada to predict death, nursing home transfer and hospitalisation - the frailty and ageing cohort study. *BMJ Open*, 9(11), 1.

- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and Well-Being Among Practicing Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practise*, 50, 343-350. <https://doi.org/10.1037/pro0000251>
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). Transforming the pain: a workbook on vicarious traumatization. London: W. W. Norton.
- Salloum, A., Choi, M. J., & Stover, C. S. (2018). Development of a trauma-informed self-care measure with child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 93, 108-116. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.07.008>
- Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.023>
- Silva, Lucas Soares (2005). Síndrome de Burnout- Estratégias, reconhecimento e prevenção no contexto organizacional. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ed. 11, Vol. 18, pp. 166-180.
- Shapiro, S., Warren-Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of Coping *Annual Review of Psychology*, 58, 199-144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Steinlin, C., Dolitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., & Fegert, J. M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159-175. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2017.1297225>
- Teixeira, M. L. G. (2020). *O Síndrome de Burnout: O caso das profissionais da CPCJ* [Tese de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Porto.

- Tham, P., & Meagher, G. (2009). Working in human services: How do experiences and working conditions in child welfare social work compare? *British Journal of Social Work*, 39(5), 807-827. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm170>
- Travis, D. J., Lizano, E. L., & Mor Barak, M. E. (2016). 'I'm So Stressed!': A Longitudinal Model of Stress, Burnout and Engagement among Social Workers in Child Welfare Settings. *British Journal of Social Work*, 46(4), 1076-1095. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct205>
- Zell, M. C. (2006). Trabalhadores de bem-estar infantil: quem são e como veem a criança sistema de assistência social. *Bem-Estar Infantil*, 85, 83-103.