

## CAPÍTULO XVII

# Promoção da atividade física em mulheres com cancro da mama

### **Margarida Sequeira**

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

### **Cícero Pereira**

Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa

### **Maria-João Alvarez**

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa,  
Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI)

## Introdução

O diagnóstico de cancro da mama é um choque para as mulheres diagnosticadas e o seu tratamento representa uma condição adversa na vida de um grande número de mulheres em todo o mundo. Felizmente, os progressos da ciência permitiram atingir taxas de sobrevivência elevadas, de tal forma que, na maioria dos casos, o cancro da mama deixou de ser uma doença fatal para se tornar uma doença crónica (Patel et al., 2019). No entanto, viver com uma doença crónica implica ajustes no estilo de vida e uma recomendação conhecida para uma melhor sobrevivência e qualidade de vida, após o diagnóstico e tratamento do cancro da mama, é a prática regular de AF.

Atualmente, a AF é uma componente importante na melhoria da qualidade de vida (Patel et al., 2019) e bons níveis de AF estão associados a uma melhor vitalidade e funcionalidade ou mesmo à redução da recorrência e mortalidade por cancro. Vários estudos comprovaram os seus benefícios e segurança e foi demonstrado que o exercício físico pós-diagnóstico está associado a uma diminuição do risco de morte por cancro da mama (34%), diminuição do risco de morte por outras causas (41%) e diminuição do risco de recorrência (24%) (Furmaniak et al., 2016). As recomendações atuais para sobreviventes de cancro da mama incluem evitar a

inatividade e restaurar as atividades diárias normais o mais rapidamente possível após o diagnóstico, visando pelo menos 150 minutos de exercício aeróbico moderado ou 75 minutos de exercício vigoroso e a inclusão de exercícios de fortalecimento pelo menos 2 dias por semana (Campbell et al., 2019; Patel et al., 2019). No entanto, este é um comportamento complexo e de difícil realização para a maioria das pessoas e, sem exceção, para as sobreviventes de cancro da mama (Bluethmann et al., 2015).

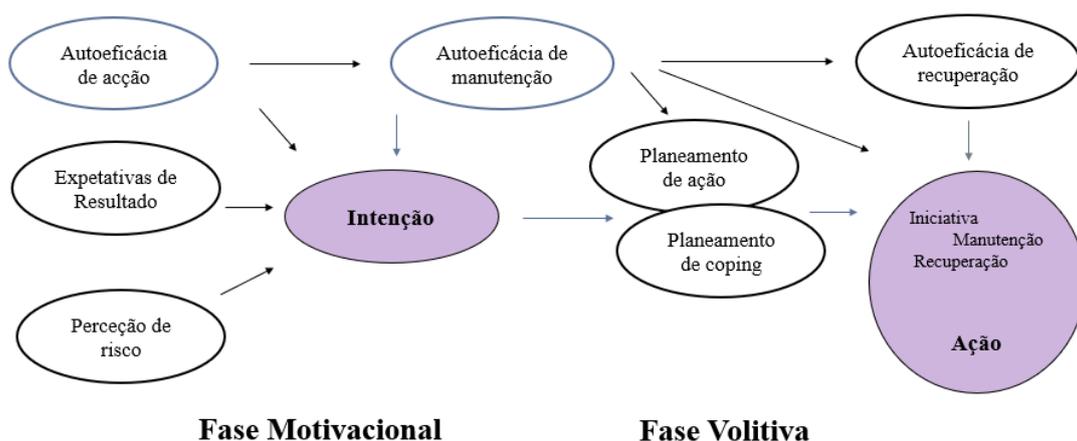
### Teorias e Modelos: o HAPA

Um grande número destas mulheres beneficiaria com a alteração dos seus comportamentos de AF e os profissionais de saúde deveriam estar envolvidos nesta mudança (WHO, 2016). Um dos desafios que os profissionais de saúde têm de enfrentar é o facto de a motivação para a mudança não ser um fenómeno de “tudo ou nada” e de as mulheres terem frequentemente sentimentos ambivalentes a esse respeito; podem ter razões para mudar, mas também têm razões para não o fazer. Tem sido proposto que as teorias comportamentais são importantes para desenvolver intervenções de mudança de comportamentos de saúde, associando fatores causais relevantes do comportamento às técnicas de mudança comportamental adequadas, incluindo intervenções que procuram uma prática regular de AF para sobreviventes de cancro (Buffart et al., 2014). Os modelos tradicionais de mudança de comportamento em saúde têm mostrado contribuir para intervenções eficazes para a promoção da AF e, também, entre sobreviventes de cancro da mama (Stacey et al., 2015). Entre estes, o modelo HAPA (*Health Action Process Approach*) (Schwarzer, 2008), mostrou ter uma boa validade preditiva numa variedade de diferentes comportamentos de saúde, incluindo a AF (Schwarzer & Luszczynska, 2015).

O HAPA (Figura 1) considera uma fase motivacional que contribui para a formação da intenção de mudança, seguida de uma fase pós-intencional que conduz à mudança comportamental. Na fase motivacional inicial, desenvolve-se uma intenção de agir. O HAPA especifica os construtos *perceção do risco*, *expectativas de resultados* e *autoeficácia* como fatores importantes para o estabelecimento das intenções. A *perceção do risco* refere-se à perceção do que um determinado comportamento específico (ou a ausência dele) representa para a saúde futura, o que pode atuar como um gatilho para considerar a mudança do comportamento de saúde. As *expectativas de resultados* referem-se aos prós e contras da realização de um comportamento, sendo que a antecipação de consequências positivas aumenta a probabilidade de desenvolver intenções de mudança na direção desejada. A *autoeficácia de ação* designa a convicção otimista de que se será capaz de iniciar um comportamento específico que conduza ao comportamento que se deseja alcançar. Depois de definidas as intenções, estas devem ser transformadas em instruções pormenorizadas

sobre a forma de realizar a ação desejada e, posteriormente, manter o comportamento e recuperar de possíveis lapsos. O HAPA propõe que a *autoeficácia de manutenção*, o *planeamento da ação* (o planeamento exato de quando, onde e como implementar o comportamento pretendido), o *planeamento de coping* (a estratégia de autorregulação que envolve a identificação de barreiras que ameaçam o comportamento pretendido e estratégias para as ultrapassar) e o *controlo de ação* para traduzir as intenções em ações contribuem para que a mudança efectivamente ocorra. O *controlo da ação* é uma estratégia de autorregulação concomitante para avaliar se o comportamento se aproxima do pretendido e consiste em três facetas diferentes, a consciência dos próprios padrões, a automonitorização e a consciência do esforço (Sniehotta et al., 2005). As crenças de autoeficácia específicas de cada fase são diferentes e ajustadas aos respetivos desafios (Schwarzer, 2008), embora possam ser mantidas no mesmo momento (Schwarzer & Luszczynska, 2015), o que permite a sua agregação. É de esperar que haja experiências de insucesso e a necessidade de recuperar de contratempos, o que requer a *autoeficácia de recuperação*, a confiança na capacidade de regressar a um comportamento regular, especialmente quando este se revela complexo. Identificado como um modelo com uma estrutura de arquitetura aberta (Schwarzer & Luszczynska, 2015), o HAPA permite extensões por inclusão de constructos adicionais. Um deles é o *suporte social* que pode ser influente tanto na fase motivacional como na fase volitiva, tendo impacto tanto nas intenções como no comportamento, particularmente para a AF (Fernández et al., 2014; Parschau et al., 2014).

**Figura 1.** The Health Action Process Approach (HAPA). (Adaptado de Schwarzer, 2008)



## Mudança comportamental e intervenções individualizadas

Intervenções complexas, mesmo quando apoiadas em teorias e modelos fundamentados como o HAPA, apresentam desafios na identificação dos componentes ativos e eficazes para a mudança de comportamento de saúde. Além disso, seguindo os avanços na ciência da mudança de comportamento nas últimas décadas, preferências pessoais e fatores culturais e ambientais devem ser considerados ao planejar intervenções para promover comportamentos de saúde. Para esse fim, Michie e colaboradores (2013) desenvolveram uma taxonomia de técnicas de mudança comportamental, definidas como “um componente observável, replicável e irreduzível de uma intervenção projetada para alterar ou redirecionar processos causais que regulam o comportamento” (p. 82), com a recomendação de que a identificação das técnicas deve ser considerada ao delinear uma intervenção de mudança de comportamento. A utilização de uma taxonomia comum contribui para uma mais clara compreensão dos ingredientes ativos presentes numa intervenção e da sua eficácia.

Por outro lado, sabe-se que a maioria dos modelos tem sido principalmente testada em grupos de indivíduos e pode questionar-se se os modelos que explicam os comportamentos de saúde entre grupos de indivíduos, nomeadamente o modelo HAPA, podem ser explicativos e eficazes na promoção de comportamentos de AF a nível individual, quando consideradas as características singulares e a predisposição de cada pessoa para a mudança comportamental para uma prática regular de AF.

Adicionalmente, o principal interesse na tomada de decisões focadas na saúde deve ser a pessoa. Os ensaios clínicos aleatorizados (RCT) entre participantes são o *golden-standard* para demonstrar a eficácia de uma intervenção, mas essas evidências nem sempre se adequam ou são relevantes para pessoas individuais. Mesmo quando há um benefício geral claro ao nível do grupo, a intervenção pode não beneficiar pessoas individuais da mesma forma, ou de forma alguma (Johnston & Johnston, 2013; Shamseer et al., 2015). Além disso, os RCT convencionais geralmente dependem de avaliações de resultados conduzidas apenas nalguns pontos de tempo específicos, como o início e o final da intervenção, o que impede a avaliação de como as variáveis podem variar ao longo do tempo (Kwasnicka & Naughton, 2020).

Examinar a eficácia de uma intervenção a nível individual é vital para articular perfis nos quais os indivíduos respondem a essa intervenção. Múltiplas observações sequenciais em desenhos de estudo de *N-de-1*, também conhecidos como desenhos de estudo de *participante único*, *intrapessoal* ou *de caso único*, fornecem um mecanismo para avaliar os efeitos da intervenção para um indivíduo (Johnston & Johnston, 2013; Kwasnicka et al., 2019). Quando estes são combinados usando técnicas estatísticas corretas, podem ser capazes de aproximar estimativas de efeito de dados de grupo (Shamseer et al., 2015), permitindo responder a diferentes tipos

de questões de investigação. Assim, pode perguntar-se se o padrão de relação entre variáveis num modelo ou intervenção ocorre de forma semelhante ou diferente para cada participante ao longo do tempo, repetindo a análise separadamente para cada participante. Mas também, e de igual interesse, realizar a análise do processo pelo qual as variáveis se relacionam ao longo do tempo para o grupo dos indivíduos. Embora o participante seja o principal beneficiário desses tipos de estudos, os resultados combinados de muitos ensaios N-de-1, adequadamente projetados, podem fornecer informações importantes para subconjuntos da população ou mesmo para a população em geral (Shamseer et al., 2015).

## Objetivos

Pretendemos identificar os fatores que as mulheres portuguesas sobreviventes de cancro da mama consideram influenciar a sua prática regular de AF, para melhor adequarmos uma intervenção futura. Pretendemos, igualmente, compreender como os constructos do modelo HAPA mudam ao longo do tempo e como essa mudança pode prever as intenções de AF e a AF diária num pequeno grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama. E, também, identificar se esse padrão de mudança ocorre de forma semelhante ou diferente para cada participante ao longo do tempo. Por fim, quisemos testar a eficácia de uma intervenção individual, baseada em dois construtos do HAPA e técnicas de mudança comportamental (*planeamento, automonitorização, associação de ambos e condições de controlo*), identificados nos nossos estudos anteriores como importantes para a promoção da AF entre mulheres sobreviventes de cancro de mama, testados a nível intraindividual.

## Estudos empíricos

Foram realizados três estudos, um estudo qualitativo, um observacional N-de-1 com dois tipos diferentes de análises e um RCT N-de-1 para testar uma intervenção. Os três estudos incluíram um total de 30 mulheres adultas ( $M = 52,26$  anos,  $DP = 7,03$ ) sobreviventes de cancro da mama nas fases de transição do tratamento para a sobrevivência prolongada e de sobrevivência a longo prazo (American Cancer Society, 2019). As participantes podiam andar de forma independente sem restrições de AF, e tinham terminado os tratamentos para o cancro da mama há mais de quatro meses, com níveis de literacia e cognitivos que lhes permitiam dar o seu consentimento informado, compreender o objetivo dos estudos e utilizar os instrumentos de forma autónoma. Adicionalmente, foram incluídas mais nove participantes nos dois estudos piloto realizados para o segundo e terceiros estudos.

As participantes foram recrutadas por conveniência em associações de doentes e através de um método de amostragem em bola de neve. No início dos estudos, foi realizada uma reunião individual presencial para apresentar os objetivos, os potenciais benefícios e os direitos das participantes. Após a concordância em participar, foi assinado o consentimento informado e as participantes preencheram um questionário online que incluía dados sociodemográficos e clínicos previamente identificados como estando relacionados com a prática regular de AF entre sobreviventes de cancro da mama (Ferreira et al., 2012; Kampshoff et al., 2014). A confidencialidade foi assegurada pela atribuição de códigos às participantes e os estudos obtiveram um parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

### A prática de atividade física após tratamentos de cancro da mama: um estudo qualitativo em mulheres portuguesas

Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas individuais, utilizando um guião desenvolvido para o efeito (Quadro 1) e baseado em estudos anteriores sobre AF e exercício físico em sobreviventes de cancro da mama (Sequeira et al., 2022).

**Quadro 1.** Guião da entrevista

<b>Ponto de discussão / Objetivos</b>	<b>Questões / Explicações</b>
Introdução (não gravada)	A investigadora apresenta-se e apresenta os objetivos do estudo, os potenciais benefícios e os direitos das participantes
Recolha dos dados sociodemográficos e clínicos das participantes (não gravada)	Recolhidos através do questionário de caracterização (online)
Prática de atividade física; agora, antes e depois do diagnóstico de cancro da mama	<i>Que tipo de atividade física pratica?</i> <i>Antes do diagnóstico de cancro da mama, praticava alguma atividade física?</i> <i>O que praticava e com que frequência?</i> <i>Alguma coisa mudou na sua prática de atividade física, após o diagnóstico de cancro da mama</i>
Determinantes da prática regular AF	<i>Se é ativa, o que a motiva a manter a sua prática de atividade física?</i> <i>Como é que se sente quando pratica?</i> <i>Sente alguma dificuldade específica?</i> <i>Se não é ativa, porque não o faz?</i> <i>Que dificuldades sente ou tem para não ser ativo?</i>

<b>Ponto de discussão / Objetivos</b>	<b>Questões / Explicações</b>
Conhecimentos sobre as vantagens e recomendações sobre a AF após o cancro da mama	<i>Sabe que pode praticar atividade física, mesmo depois do cancro da mama?</i> <i>Isto foi-lhe dito ou recomendado?</i> <i>Sabe que a atividade física tem algumas vantagens para as sobreviventes de cancro da mama?</i> <i>Sabe o que pode e quanto pode praticar?</i>
Síntese e meta-reflexão sobre a entrevista. Agradecimento pela participação.	<i>Tem mais alguma coisa que gostaria de acrescentar a esta entrevista?</i> <i>O que recomendaria a outras sobreviventes de cancro de mama?</i> <i>Obrigada pela sua participação.</i>

Pretendeu-se identificar os fatores que as sobreviventes de cancro da mama portuguesas percecionavam como influenciadores da sua prática regular de AF e as estratégias pessoais percebidas por elas como eficazes para esta prática, que permitiriam identificar algumas técnicas de mudança comportamental.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, lidas e relidas pela primeira autora, de modo a familiarizar-se com os dados antes de atribuir códigos relevantes às passagens do texto. As transcrições foram analisadas através de uma abordagem indutiva. O processo de codificação recorreu a um processo analítico e, na primeira fase de codificação, criaram-se códigos que pudessem captar tanto uma leitura semântica como concetual do conjunto de dados (Clarke & Braun, 2013). Esta estrutura de codificação foi desenvolvida de forma a cumprir o objetivo de explorar as experiências e perspetivas das mulheres portuguesas sobreviventes de cancro da mama no desempenho de AF. Foram criados subtemas para especificar aspetos mais detalhados dos dados. Esta fase de codificação terminou com a recolha de todos os dados codificados relevantes para cada tema, com o objetivo de identificar as principais ideias e verificar idiosincrasias. Posteriormente, e com o objetivo de apoiar a conceção de intervenções eficazes no futuro, as técnicas de mudança comportamental usadas espontaneamente pelas participantes para a prática regular de AF foram identificadas, com base na taxonomia definida por Michie e colegas (2013).

Os temas principais e os subtemas iniciais foram revistos pela primeira e terceira autoras, assegurando que a natureza de cada tema individual e a relação entre eles fosse clara (Clarke & Braun, 2013). Alguns temas foram reagrupados. Os temas foram renomeados, identificando a “essência” e construindo uma designação concisa e informativa para as autoras, em 10% das entrevistas. A concordância inter-juízes foi realizada em duas etapas: primeiro, através da verificação da análise unitária e, em seguida, através do cálculo do nível de concordância [ $k = .726$  (95% CI .57;.89),  $p < .0005$ ]. Em

colaboração, ambas as autoras reviram e criaram o quadro final de temas e subtemas, com pequenas discrepâncias resolvidas através de discussão. A análise dos dados foi efetuada com recurso ao software NVivo 12. A estatística descritiva foi utilizada para analisar os dados sociodemográficos e clínicos, com recurso ao SPSS, versão 25.

A análise das entrevistas resultou em quatro temas-chave, independentemente do facto das participantes serem ou não regulares na sua prática de AF. Para cada tema chave foram identificados subtemas que refletiam narrativas mais individualizadas, todas resumidas no Quadro 2, onde foram incluídos algumas citações.

**Quadro 2.** Temas e subtemas identificados nas entrevistas

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Exemplos:</b>
Barreiras à prática de AF	contextual	<i>O horário para mim era muito importante porque os fins-de-semana e o final do dia não eram uma escolha. Mas, de manhã, não conseguia ter professores nem aulas disponíveis. (Celina2016)</i>
	emocional	<i>Eu tenho prazer em estar na natureza, mas do exercício, não, não tenho prazer nisso. Essa disciplina não é para mim! (Kate2014)</i>
	física	<i>Mais cansada, muito mais transpiração, é horrível! E também algumas dores nas articulações. (Kate2014)</i>
	social	<i>E quando a minha amiga não vem, eu também não vou! (Celina2016)</i>
	falta de tempo	<i>O meu problema é o horário das crianças. Porque com todas as atividades das crianças não tenho tempo disponível ao fim do dia, e ainda não consegui conciliar isso. (Kate2014)</i>
Facilitadores da prática de AF	contextual	<i>Foi uma excelente ideia abrirem este tipo de ginásios que não têm um horário rígido. É um regime livre, as pessoas vão quando querem ou quando podem. Pode-se assistir às aulas ou não, pode-se fazer coisas individuais - máquinas ou tapetes ou bicicleta ou remo... (Chloe2016)</i>
	emocional	<i>E é bom para a cabeça, não se pensa nisso... conhece-se uma pessoa e vê-se gente a passar... é só sair de casa! (Emmy2016)</i>
	física	<i>E se engordamos, como aconteceu comigo - comecei a aumentar de peso e a perder a capacidade de me mexer. Não podia continuar assim. A AF ajuda uma pessoa a tornar-se mais ativa e a estar em melhor forma e mais bem-disposta. (Carol2014)</i>
	social	<i>Acontece que criei um grupo de apoio de amigos e, por vezes, era tão difícil levantar-me da cama que apelava: "Preciso que alguém venha ter comigo, porque preciso de dar um passeio e não me consigo levantar da cama". Não me apetecia, nem física nem psicologicamente. Por isso, havia sempre um amigo que vinha à porta do prédio e dizia "já estou aqui à tua espera, demora o tempo que precisares, vamos até ao parque!" e depois íamos passear. Às vezes, só com o telemóvel - com os telemóveis, também funciona! (Celina2016)</i>

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Exemplos:</b>
Informação fornecida pelos profissionais de saúde	vantagens da prática regular de AF	<i>Tenho mesmo de começar porque, para além da necessidade de perder o peso que ganhei com a terapia hormonal, tenho a pressão do meu médico. Ele insiste muitas vezes, sempre que o encontro: "Mantém-te magra, sê feliz e faz exercício". (Meg2015)</i>
	informação específica sobre AF	<i>O cirurgião disse: "Agora vai começar a radioterapia, mas isso não a impede de sair para passear à noite, não a quero em casa!". Ele disse que o ideal para mim seria Pilates, ioga, coisas de baixo impacto. Fui sempre aconselhada nesse sentido. (Hilary2015)</i>
	informação não específica	<i>Por acaso comentei com o meu cirurgião, uma vez que vou lá de seis em seis meses, que costumava correr, e ele limitou-se a dizer: "sim, muito bem". (Els2010)</i>
	sem recomendação	<i>Não, não. Não por médicos. Os médicos convencionais que me acompanharam no hospital, nem sequer falaram no assunto. (Rose2013)</i>
Conhecimentos e crenças sobre os benefícios da prática regular de AF após cancro da mama	melhorar a interação social	<i>Penso que este tipo de estilo de vida é uma recomendação geral para as pessoas que têm cancro: caminhar, não ficar parado, não ficar em casa a sofrer... penso que é um ponto assente. (Kelly2016)</i>
	Prevenir a depressão	<i>Porque penso que se trata de uma prevenção do estado depressivo. Há dias mais difíceis neste processo e caminhar previne-o. (Celina2016)</i>
	AF motiva mais AF	<i>Porque quando nos movemos, também temos uma reação diferente, todo o nosso corpo reage de forma diferente. (Carol2014)</i>
	Proteção em relação ao cancro	<i>Temos de fazer um tratamento químico, certo? Porque, se não o fizermos, não conseguimos combater a doença. Mas também temos de fazer a nossa parte - os outros 50% temos de os fazer nós próprios. Se não estivermos bem connosco, se não nos sentirmos bem, acho que tudo se torna mais complicado, mais difícil. Até a forma como encaramos a doença, não é? E o exercício é essencial! (Bella2008)</i>

O estudo permitiu identificar as barreiras, bem como as estratégias que as mulheres portuguesas colocam espontaneamente em prática para facilitar a prática regular de AF, após o cancro da mama. Esta informação dá-nos pistas para técnicas de mudança comportamental que podem ser eficazes para ajudar a ultrapassar barreiras e promover a AF regular neste grupo específico de mulheres. Estas técnicas deverão ser consideradas nas intervenções futuras, especificamente adaptadas e podem ser desenvolvidas em conjunto com a recomendação internacional atualmente conhecida para a prática de AF para sobreviventes de cancro da mama. O estudo identificou a importância das barreiras emocionais que podem resultar de especificidades culturais, tais como os compromissos familiares e a culpa por

gastar tempo em atividades de exercício, menos frequentes na literatura anterior. Na mesma linha, os facilitadores incluíram o altruísmo para ajudar os outros com a sua AF regular, a atitude positiva das mulheres em relação a serem ativas, a crença de que um estilo de vida ativo pode ser importante para o bom curso da doença e para a sobrevivência, e que cada sobrevivente de cancro tem um papel importante a desempenhar neste contexto. O contexto cultural, com alguns dos seus determinantes idiossincráticos percebidos e as técnicas de mudança comportamental identificadas, deve ser considerado pelos profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas, em intervenções especificamente adaptadas que podem ser desenvolvidas em conjunto com as recomendações internacionais atualmente conhecidas para a prática de AF em sobreviventes de cancro da mama. A recomendação de que estas intervenções devam assentar em teorias e modelos já comprovados (Bluethmann et al., 2015), levou à necessidade de testar um desses modelos nesta população, conduzindo aos estudos seguintes, assentes no modelo HAPA. Este modelo foi selecionado uma vez que tem sido amplamente testado e utilizado para a mudança de comportamento de AF (Schwarzer & Luszczynska, 2015), apesar de alguma incerteza na previsão do comportamento individual de cada mulher sobrevivente de cancro da mama.

### **Predição da atividade física em sobreviventes de cancro da mama: o modelo HAPA a nível intrapessoal**

O segundo estudo foi realizado com nove participantes que se disponibilizaram para integrar um estudo de recolha de dados com a duração de seis semanas. Tratou-se de um estudo longitudinal N-de-1 e teve como objetivo testar como os constructos do modelo HAPA se alteravam ao longo do tempo e se essa alteração predizia as intenções e a prática diária de AF num grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama (Sequeira et al., 2023a) Este segundo estudo permitiu, também, uma análise mais aprofundada dos dados individuais, com o objetivo de identificar se o padrão de relações entre os constructos mais robustos do modelo HAPA na previsão da AF diária neste grupo acontecia de forma semelhante ou diferente para cada uma das participantes ao longo do tempo.

Na sessão individual inicial, o estudo foi apresentado e explicado o formulário de recolha de dados e foi fornecido um pedómetro (Xiaomi Mi Band 2®) a cada participante, um dispositivo válido e fiável para contagem de passos e avaliado pela sua correlação com um acelerómetro GT3X+ (Martínez-Martínez et al., 2020; Pino-Ortega et al., 2021). Foi explicado o funcionamento do dispositivo e foi pedido às participantes que o usassem todos os dias e registassem os seus passos diários. Adicionalmente, as participantes foram contactadas por telefone uma vez por semana para resolver eventuais problemas.

A recolha de dados diários e semanais foi efetuada durante seis semanas, através de um sistema de Avaliação Ecológica Momentânea (EMA) (Marszalek et al., 2014), utilizando correio eletrónico ou mensagens de texto, de acordo com a preferência pessoal. O EMA incluía as instruções de preenchimento e as recomendações foram discutidas com cada participante na sessão inicial.

Foram recolhidos três conjuntos de medidas através do EMA: os constructos HAPA medidos diariamente durante 42 dias (*autoeficácia de ação e manutenção, planeamento de ação e coping, controlo de ação e suporte social*), os constructos HAPA medidos semanalmente durante 6 semanas (*perceção de risco, expectativas de resultados e autoeficácia de recuperação*) e a avaliação diária das atividades físicas (passos diários). Salvo indicação em contrário, os constructos HAPA foram avaliados utilizando itens individuais com uma escala de resposta de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente). Os itens foram adaptados de outros estudos sobre AF que demonstraram a validade e a fiabilidade dos itens que medem as variáveis HAPA (Bierbauer et al., 2017).

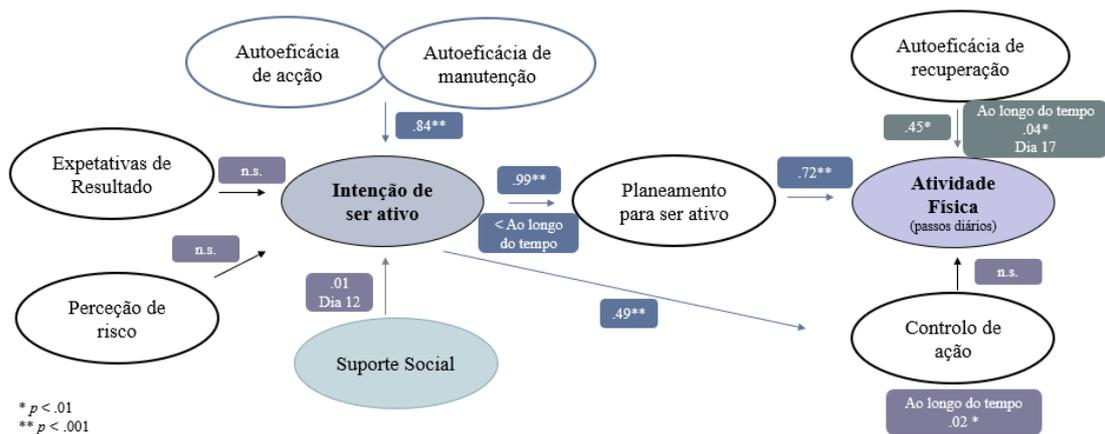
Foi concebida uma estrutura de base de dados de três níveis, em que as observações diárias ( $N = 338$  no Nível 1) foram aninhadas nas 6 semanas ( $N = 58$  no Nível 2), que, por sua vez, foram aninhadas na amostra das 9 participantes ( $N = 9$  no Nível 3). Os efeitos dos preditores foram estimados para cada fase do modelo HAPA. Especificamente, para a fase motivacional, examinou-se a associação da intenção comportamental com a *autoeficácia* e o *suporte social* (medidos diariamente) e com a *perceção do risco* e as *expectativas de resultados* (ambos medidos semanalmente); para a fase volitiva, foi analisada a associação dos comportamentos observados (passos diários convertidos em distância percorrida) com preditores medidos diariamente (*intenção comportamental, planeamento, controlo da ação, suporte social*) e preditores medidos semanalmente (*autoeficácia de recuperação*). Além disso, foi explorado se a *intenção comportamental* (diária) e a *autoeficácia de recuperação* (semanal) previam o planeamento comportamental, bem como se estas variáveis previam o *controlo da ação*.

Foram estimados dois modelos multinível para cada análise. No modelo 1, foram considerados os efeitos principais dos preditores medidos diariamente e semanalmente. Adicionalmente, o tempo foi incluído como preditor na equação, com o objetivo de controlar se o efeito estimado dos preditores sobre as variáveis dependentes era devido a uma mera passagem do tempo (Bierbauer et al., 2017). No Modelo 2, foram adicionados os termos de interação entre o tempo e cada variável preditora, com o objetivo de explorar se os efeitos estimados de cada preditor de HAPA não se alteravam para cada ponto temporal observado, ou se variavam ao longo da linha do tempo. Os efeitos de interação significativos foram depois interpretados, através da representação gráfica do efeito estimado do constructo HAPA

em cada ponto de tempo observado. Antes de estimar o modelo multinível, os preditores nos respetivos níveis de medida foram centrados na média. Para além disso, as diferenças nas associações das variáveis no tempo entre dias de semana e fins de semana foram verificadas.

Nos resultados da análise multinível de grupo (Figura 2) foi possível identificar que dois dos construtos pré-intencionais: *expectativas de resultado* e *perceção de risco* não pareceram ter influenciado o desenvolvimento da intenção de ser ativo, que, no entanto, foi influenciada pela *autoeficácia* percebida de forma significativa. Isto é, nos dias em que as participantes tinham crenças mais otimistas de que seriam capazes de iniciar ou manter a prática de AF, mostraram intenções mais fortes de se tornarem ativas.

**Figura 2.** Resultados da análise multinível de grupo



Verificou-se, também, que quanto maior era a *intenção* de ser ativa, mais as participantes planeavam ser ativas e maior era a distância que caminhavam por dia, ou seja, maior era a sua prática de AF. Além disso, foi possível verificar através do Modelo 2 que, ao longo do tempo, a influência da intenção no *planeamento* diminuiu, o que nos permite concluir que, uma vez estabelecido o planeamento, a intenção de ser ativo torna-se menos importante para a prática diária de AF. Tal como referido, o *suporte social* foi incluído nesta análise, mostrando-se importante após o 12º dia.

O aumento da *intenção* ao longo das observações levou também a um maior *controle da ação*, ou seja, a um aumento das estratégias de autorregulação por parte das participantes. Esta estratégia não influenciou o comportamento das participantes, mas aumentou ao longo do tempo. A relação entre a *autoeficácia de recuperação* e os passos diários foi significativa, isto é, a crença de que as participantes seriam capazes de recuperar a sua prática de AF se tivessem de a interromper foi importante para essa prática e aumentou ao longo do tempo, tornando-se significativa após o 17º dia.

Os resultados estão de acordo com os descritos no modelo HAPA para a promoção da AF noutras populações e identificados noutros estudos, embora alguns constructos não tenham surgido como preditores em ambas as fases. Nomeadamente, as flutuações semanais da *perceção do risco* e das *expectativas de resultados* não contribuíram para a criação de intenções. De facto, já anteriormente se tinha concluído que a *perceção do risco* não estava positivamente associada às intenções de ser fisicamente ativo, defendendo-se a hipótese de que a *perceção do risco* é um preditor bastante distal da intenção (Schwarzer & Luszczynska, 2015). Também as *expectativas de resultados* positivos não foram identificadas como importantes para a construção da intenção de se tornar ativo. Na realidade, as participantes apresentaram níveis elevados de expectativas de resultado, o que não permitiu que as flutuações semanais afetassem as suas intenções. Ou estas não foram relevantes para a formação da intenção semanal destas mulheres para quem a gravidade do cancro da mama possa ter contrariado a importância atribuída a estas expectativas, de modo que estas não foram suficientes para alterar a intenção comportamental. Também o *controlo de ação*, que aumentou ao longo do tempo, não esteve associado a uma maior prática de AF. Esta competência de autorregulação está relacionada com as avaliações sobre se o comportamento se está a aproximar do pretendido e consiste em três facetas diferentes: consciência dos próprios padrões, automonitorização e esforço de autorregulação (Sniehotta et al., 2005). Devido ao desenho do estudo, a consciência individual das normas poderá ter sido informada diariamente pelo questionário e pela automonitorização imposta pelo pedómetro fornecido, reduzindo provavelmente a importância deste constructo para o comportamento desejado.

Estes resultados, que confirmaram o modelo HAPA parcialmente e identificaram constructos importantes para a formação da intenção de ser ativo e para a realização da prática regular de AF nestas mulheres, conduziram a uma nova análise dos dados, na qual se pretendeu examinar se a *autoeficácia* e o *suporte social* seriam preditores da intenção de praticar AF e se a *autoeficácia de recuperação* e o *planeamento* seriam preditivos na determinação dos níveis reais de AF para cada uma das participantes. Foram efetuadas nove análises de regressão de séries temporais de caso único para cada variável dependente, a intenção de praticar AF e o comportamento efetivo de AF. Cada análise integrou a estimativa do efeito de autorregressão e a tendência temporal linear para ter em conta potenciais efeitos cumulativos associados a cada variável dependente.

Os resultados das análises de regressão de séries temporais de caso único indicaram que a *autoeficácia* e o *suporte social* previram significativamente a intenção das participantes de praticar AF, mas não para todas (Quadro 3). Nomeadamente, a *autoeficácia* mostrou ser um fator mais eficaz, com sete das nove participantes

a apresentarem uma relação positiva entre a sua crença positiva e a sua intenção de praticar AF no mesmo dia. Além disso, a participante 2 apresentou um efeito autoregressivo fiável, em que a sua intenção de praticar AF num determinado dia influenciou a sua intenção no dia seguinte. O efeito do *suporte social* na intenção de praticar AF foi menos pronunciado, mostrando uma associação positiva significativa apenas para as participantes 5 e 7. Estas participantes referiram uma maior intenção de praticar AF nos dias em que percecionavam níveis mais elevados de *suporte social*. O efeito estimado do tempo não mostrou ser um preditor significativo da intenção de praticar AF.

Especificamente em relação a estes resultados menos esperados referentes ao *suporte social*, a literatura mostra que quando a autoeficácia é elevada, o nível de suporte não tem um efeito tão significativo na autorregulação do comportamento (Fernández et al., 2014), e todas estas participantes demonstraram níveis elevados de autoeficácia, tanto motivacional como volitiva. Uma análise intraindividual mais detalhada revelou que as duas participantes para as quais o suporte social foi crucial na definição das intenções de AF tinham períodos pós-diagnóstico mais longos (13 e 18 anos). Este facto pode sugerir que o suporte social se torna mais importante para as intenções de AF quando esta já não é vista como essencial para a sobrevivência, mas sim como uma questão de conveniência pessoal. Apesar de resultados anteriores sobre o papel do suporte social para este grupo de mulheres, ambas as análises sugerem que este nem sempre é fundamental para fomentar as intenções de AF e pode não ser universalmente benéfico para todas as sobreviventes de cancro da mama. Tal destaca a necessidade de uma compreensão mais individualizada do seu impacto, uma vez que os contextos de AF também facilitam as relações, que são uma base para a obtenção de comportamentos promotores da prática de AF, mas também ajudam a lidar melhor com uma situação de cancro (McDonough et al., 2021).

**Quadro 3.** Parâmetro de regressão não padronizado estimado na análise de caso único para as intenções de AF

Participante	Autoeficácia		Suporte Social		Tempo		Autocorrelação Lag_1	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
1	.841	.244			-.004	.007	.141	.116
2	.833***	.060	-.040	.071	-.006	.005	.117*	.056
3	.962***	.072	-.041	.070	-.004	.007	-.041	.049
4	.412***	.072	-.022	.061	-.001	.004	-.006	.130
5	.653***	.084	.334***	.085	.000	.003	.031	.036

Participante	Autoeficácia		Suporte Social		Tempo		Autocorrelação Lag_1	
	b	SE	b	SE	b	SE	b	SE
6	.750***	.137	-.154	.088	.024	.013	.061	.121
7	.820***	.082	.260**	.068	-.001	.006	-.073	.042
8	1.045***	.200	.134	.226	.040	.044	.148	.097
9	.134	.129	.098	.111	.007	.011	-.035	.165

**Nota:** \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

No que respeita ao comportamento, esta análise de caso único mostrou que a *autoeficácia de recuperação* previu positivamente a AF para três das nove participantes (Quadro 4). Para as participantes 1 e 4 encontrou-se uma associação significativa entre a sua confiança na capacidade de voltar a um comportamento regular e o seu envolvimento em AF num determinado dia, com níveis mais elevados de *autoeficácia de recuperação* a corresponderem a um aumento da AF. Por outro lado, a participante 7 apresentou um efeito negativo único, indicando que uma maior crença na *autoeficácia de recuperação* estava associada a um menor envolvimento em AF. O *planeamento* surgiu como um preditor significativo de AF para a participante 5, com um maior número de atividades de planeamento associadas a um maior envolvimento em AF. A duração do estudo foi considerada um fator de previsão relevante para as participantes 4 e 9, sendo que o seu envolvimento em AF aumentou ao longo do estudo.

**Quadro 4.** Parâmetro de regressão não padronizado estimado na análise de caso único para a prática de AF

Participante	Autoeficácia de recuperação		Planeamento		Tempo		Autocorrelação Lag_1	
	b	SE	b	SE	b	SE	b	SE
1	1.692*	.671	.426	.870	.038	.026	.248	.186
2	-.675	.498	.426	.289	.018	.029	-.048	.179
3	-3.820	2.639	-.019	.401	.135	.119	-.366	.187
4	1.464*	.568	-.071	.353	.077**	.025	.055	.137
5	-.011	.369	.1.019**	.312	-.034	.029	.008	.157
6	-.639	.982	.207	.257	.048	.042	.151	.166
7	-1.178*	.476	.163	.195	.044	.035	-.378*	.183
8	3.497	2.975	.822	.637	-.302	.283	-.238	.273
9	2.930	2.400	.411	.417	.127*	.053	.020	.167

**Nota:** \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Assim, este estudo fornece provas preliminares de que o modelo HAPA pode ser utilizado a nível individual para compreender os determinantes da AF numa população de sobreviventes de cancro da mama. É de salientar a grande quantidade de dados diários, semanais e individuais e os três diferentes níveis de análise considerados. O modelo multinível de previsão de comportamento mostrou que as crenças otimistas sobre a capacidade de iniciar e manter a AF (*autoeficácia percebida*) estavam positivamente relacionadas com as intenções de ser ativo, e estas intenções previam o *planeamento* para AF. A AF foi direta e positivamente prevista pelo *planeamento* e pela confiança na capacidade de retomar a AF após uma interrupção da mesma (*autoeficácia de recuperação*). A inclusão da relação com o tempo permitiu identificar que o efeito estimado dos preditores sobre as variáveis dependentes não se deveu a um mero efeito temporal, na maioria dos casos. Adicionalmente, as análises de regressão de séries temporais de caso único, que este estudo permitiu, mostraram que a *autoeficácia percebida* e o *suporte social* previam significativamente as intenções da maioria das participantes em praticar AF. Além disso, a *autoeficácia de recuperação* previu positivamente a AF em três das nove participantes, enquanto o *planeamento* provou ser um preditor significativo de AF numa participante.

Neste sentido, a identificação de intervenções específicas e eficazes que facilitem a mudança comportamental para a AF em sobreviventes de cancro da mama, que sejam apoiadas por teorias e modelos robustos, foi identificada como uma necessidade de investigação (Bluethmann et al., 2015), e conduziu ao estudo seguinte.

### **Promover a atividade física entre sobreviventes de cancro da mama usando técnicas de mudança comportamental. Um RCT de N-de-1**

Neste estudo, foram incluídas 10 mulheres diferentes dos estudos anteriores, garantindo que estes não teriam influência nos resultados da intervenção a ser testada (Sequeira et al., 2023b).

Foram realizados dez ensaios controlados e aleatorizados de N-de-1, 2 (*planeamento* × controlo ativo) × 2 (*automonitorização* × controlo), conduzidos para testar a eficácia de uma intervenção individual, baseada em dois constructos HAPA/ técnicas de mudança comportamental (*planeamento*, *automonitorização*, associação de ambos e condições de controlo), na promoção da AF diária em mulheres sobreviventes de cancro da mama, tendo em vista a recomendação internacional de 150 minutos de AF por semana de exercício aeróbico de moderada intensidade (WHO, 2020).

Em cada dia, as participantes foram aleatoriamente atribuídas a uma de quatro condições para intervenção experimental, através de uma mensagem de texto diária, um método económico para melhorar resultados como a AF (Sacco et al., 2009). Mais especificamente, foi assegurado que as participantes recebiam instruções

que induziam cada uma das seguintes condições num total de 15 dias, no período de estudo de 60 dias: apenas *planeamento de coping*, apenas *automonitorização*, ambas, ou situações de controlo. As quatro condições atribuídas estão resumidas no Quadro 5.

**Quadro 5.** Quatro condições em estudo

	<b>Planeamento de coping para a AF</b>	<b>Controlo ativo (Planeamento de coping para o consumo de frutas e vegetais)</b>
<b>Automonitorização dos passos diários</b>	Planeamento de coping e Automonitorização	Só automonitorização
<b>Controlo (condição selada para automonitorização)</b>	Só planeamento de coping	Controlo

Numa primeira reunião, foram apresentados os objetivos do estudo, explicados os procedimentos e foi fornecido um pedómetro (Xiaomi Mi Band 4®) a cada participante, uma vez que este dispositivo é considerado adequado na contagem de passos para monitorização da AF, amigável e menos dispendioso do que outros (Martínez-Martínez et al., 2020; Pino-Ortega et al., 2021). O funcionamento do dispositivo foi explicado e as participantes foram convidadas a usá-lo todos os dias, durante o período do estudo.

Para a intervenção de *automonitorização*, as participantes foram instruídas a usar o pedómetro com a contagem de passos visível e a registar os passos no final do dia (condição aberta). A condição de controlo exigia que as participantes usassem o pedómetro tapado, impedindo-as de ver os passos dados nesse dia (condição selada). Esta recomendação foi reforçada todas as semanas, durante o contacto direto semanal.

A intervenção de *planeamento de coping* exigia que as participantes preenchessem um questionário online no qual lhes era pedido que identificassem os obstáculos que as poderia impedir de atingir as recomendações de AF e as estratégias para os ultrapassar. As mesmas questões foram consideradas quando a intervenção incluiu ambas as situações em estudo. As recomendações e os registos do consumo diário de fruta e legumes foram utilizados como condição de controlo ativo para o *planeamento de coping*.

Todos os dias, às 7 horas da manhã, as participantes recebiam uma mensagem de texto a indicar o *planeamento* a fazer (intervenção ou condição de controlo) e a forma de usar o pedómetro durante o dia (condição aberta ou selada). A variável em estudo foi a contagem diária de passos durante os 60 dias do período de

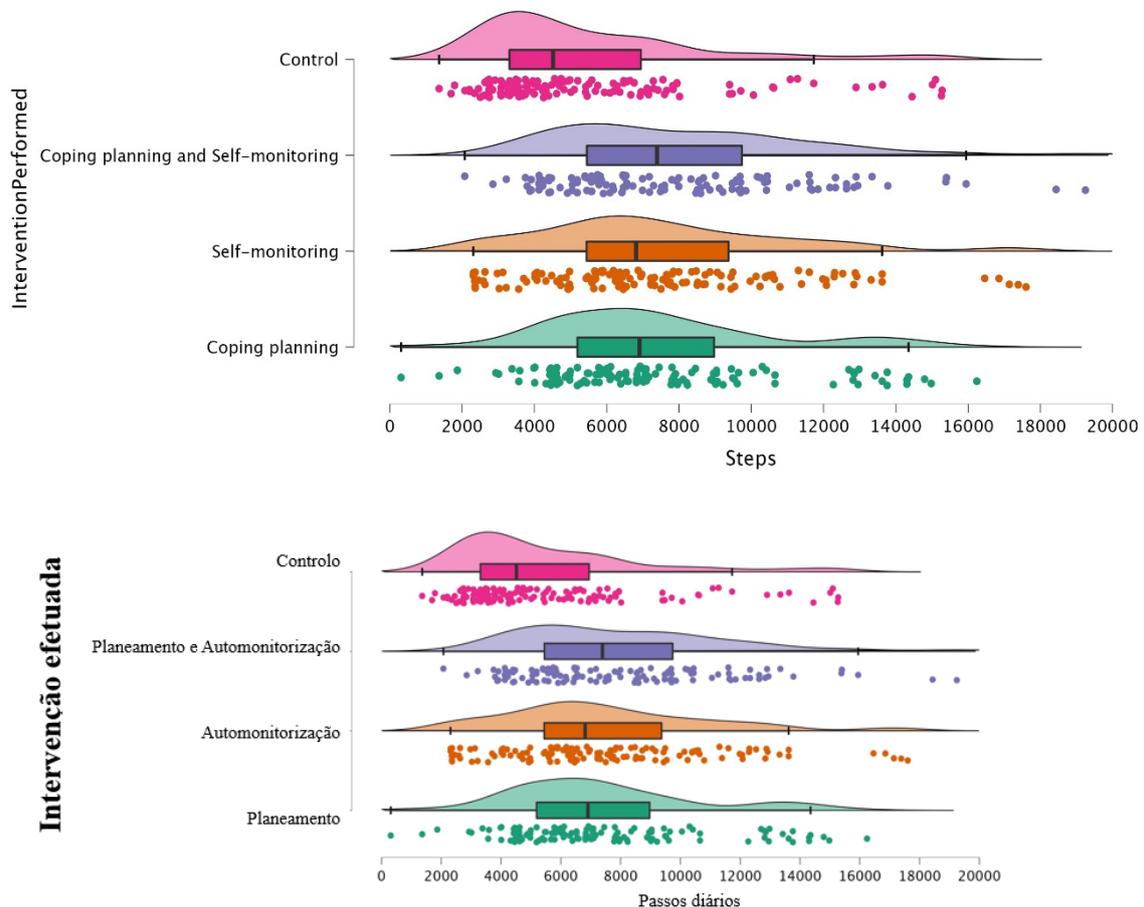
estudo. As participantes foram contactadas semanalmente para recolher os dados da contagem diária de passos.

Os dados foram analisados segundo duas abordagens complementares. Como foi observada cada participante durante 60 dias (ou seja, 600 comportamentos observados de 10 participantes), estimou-se o efeito das manipulações na AF, integrando os dados numa análise global, aplicando um modelo de série temporal de interceptos aleatórios multiníveis, utilizando a estimativa de máxima verosimilhança com erros padrão robustos (MLR) no software Mplus (Muthén & Muthén, 2017). Em seguida, foram estimadas 10 análises de regressão de séries temporais de caso único para determinar as participantes para as quais as manipulações foram eficazes. Nas análises globais e de caso individual, foi examinado o efeito de autorregressão e incluiu-se a tendência temporal linear para ter em conta possíveis efeitos cumulativos. Também foi considerado se a observação teve lugar no fim de semana (fim de semana = 1; dia da semana = 0) e a temperatura atmosférica média diária, uma vez que a AF podia ser influenciada por estas variáveis, evitando confundir-las com os efeitos da intervenção experimental. É importante salientar que, em todos os modelos, foi estimado o efeito utilizando codificação de variáveis, especificando a condição de controlo como a referência com a qual cada intervenção experimental foi comparada. A estatística descritiva da AF para casos individuais, o número total de observações para cada condição experimental e de controlo e a distribuição dos pontos de dados de AF para cada participante foi realizada durante os 60 dias de intervenção.

É interessante notar que a AF variou muito, tanto entre participantes como em cada participante, o que é consistente com a estratégia de análise de dados de estimar o efeito da manipulação numa abordagem de séries temporais multinível. Para além disso, as tendências temporais em cada participante individual mostraram dois padrões distintos: em primeiro lugar, com exceção da participante 3, a AF pareceu diminuir ao longo do tempo, em segundo lugar, esta tendência não foi constante, ou seja, apresentou um padrão sinusoidal à medida que o estudo avançava. Este facto é particularmente interessante porque sugere que a mudança na AF, representada pela variabilidade deste comportamento, foi o resultado da intervenção diária da intervenção de manipulação aplicada à participante.

Todas as intervenções experimentais aumentaram significativamente a AF em relação à condição de controlo (Figura 3). Especificamente, em comparação com o dia em que as participantes receberam apenas a instrução de controlo, andaram mais 1906, 1945 e 2502 passos quando receberam apenas instruções de *planeamento*, apenas *automonitorização*, ou ambas, respetivamente.

**Figura 3.** Boxplots e distribuições de densidade da atividade física (AF) nas condições de controlo e experimentais, estimadas pela análise multinível de séries temporais (análise global).



Os efeitos das intervenções foram robustos ao nível do dia, uma vez que os passos não foram afetados pelos do dia anterior (i.e., o efeito autoregressivo Lag\_1), do dia da semana (dias de semana vs. fins-de-semana) e da temperatura atmosférica. A interação das diferentes intervenções com o tempo não foi significativa. Finalmente, identificou-se um efeito negativo significativo do tempo, o que significa que a AF tendeu a diminuir ligeiramente ao longo dos 60 dias do período de estudo (Quadro 6).

**Quadro 6.** Estatística descritiva entre participantes e de cada participante

Participante	Idade	Situação laboral	Anos desde o diagnóstico	Tipo de cirurgia	Tipo de tratamento adjuvante	Anos desde o último tratamento	Média (DP) passos diários			
							Condições de intervenção			Condição de controlo
							Planeamento de coping	Auto-monitorização	Planeamento de coping e Auto-monitorização	
1	58	Não está a trabalhar	16	Mastectomia bilateral + ANLD	RT+QT+HT	6	6417a (637)	6788a (648)	6837a (629)	5481a (616)
2	55	A trabalhar	3	Lumpectomia + SLNB	RT+QT	2	11503a (843)	8231b (797)	10528a (783)	5743c (834)
3	49	A trabalhar	4	Lumpectomia + SLNB	RT	3	6885ab (1032)	8234a (911)	6568ab (1197)	5111b (1047)
4	44	A trabalhar	2	Lumpectomia + SLNB	RT	1	5940a (588)	6102a (584)	6792a (542)	3672b (567)
5	59	Não está a trabalhar	4	Mastectomia + ANLD	RT+QT+HT	3	8272a (1144)	9859a (987)	8172a (1048)	8617a (1035)
6	64	Não está a trabalhar	7	Lumpectomia + SLNB	RT+QT	6	7056b (793)	7862ab (813)	9822a (824)	7102b (780)
7	44	A trabalhar	2	Lumpectomy + ANLD	RT+QT	1	6106a (1018)	5822a (999)	7172a (884)	5393a (896)
8	52	Não está a trabalhar	6	Lumpectomia + SLNB	RT+QT+HT	5	9042a (838)	9486a (894)	8766a (921)	5669b (857)
9	49	A trabalhar	5	Lumpectomia + SLNB	RT+QT	4	6743b (874)	5374bc (826)	9765a (909)	3609c (783)
10	54	A trabalhar	4	Mastectomia + ANLD	RT+QT+HT	2	5606a (773)	5990a (655)	5786a (676)	5606a (773)
Análise de grupo							7414a (479)	7453a (474)	8010a (478)	5508b (476)

**Nota:** SLNB – Biópsia do Nódulo Sentinela ANLD – Dissecção dos Nódulos Linfáticos Axilares; RT – Radioterapia; QT – Quimioterapia; HT – Hormonoterapia. Os valores médios que não têm o mesmo sobrescrito são estatisticamente diferentes a  $p < 0,05$  (comparações entre pares).

Nas análises de regressão de caso único, a tendência da AF diminuir ao longo do tempo foi significativa apenas para a participante 6. No entanto, para a participante 3, a tendência de aumento em AF não foi significativa. A participante 2 teve um efeito significativo no fim de semana, verificando-se que andou uma média de 5600 passos a mais nos fins de semana do que nos dias úteis. Esse efeito foi inverso para a participante 6, que andou em média aproximadamente 1815 passos a menos nos

fins de semana. Os efeitos das intervenções não foram significativos para as participantes 1, 5, 7 e 10.

Para as participantes 2, 4 e 8, cada intervenção aumentou o número de passos dados em comparação com as condições de controlo. Os resultados das comparações emparelhadas entre as condições experimentais das três intervenções mostraram um padrão idêntico para as participantes 4 e 8. A participante 2 mostrou um padrão diferente, pois tanto o *planeamento* como as duas intervenções conjuntas aumentaram a PA não apenas em comparação com a condição de controlo, mas também com a *automonitorização* em separado.

A participante 3 mostrou um padrão particular. A sua AF foi maior do que na condição de controlo apenas quando foi submetida à intervenção *automonitorização*. No entanto, não resultou em mais AF em comparação com as outras duas condições experimentais (*planeamento* ou ambas), conforme mostrado nas comparações emparelhadas.

A participante 6 teve a particularidade de que sua AF foi maior do que na condição de controlo apenas quando foi submetida às intervenções combinadas. Esta intervenção combinada também induziu uma maior AF do que apenas o *planeamento*. A participante 9 mostrou um padrão ligeiramente diferente do da participante 6, a maior prática de AF ocorreu na intervenção combinada, o que resultou em mais AF do que apenas nas condições individuais. No entanto, para a participante 9, a indução de *planeamento de coping* foi suficiente para provocar mais AF do que na condição de controlo, o que não aconteceu com a *automonitorização*.

Neste estudo de intervenção, as análises multinível permitiram identificar efeitos significativos do *planeamento* e da *automonitorização* na AF praticada em cada dia. As análises de caso único mostraram que seis participantes caminharam significativamente mais nos dias de intervenção (*planeamento* ou *automonitorização*) e que as intervenções combinadas foram eficazes para cinco participantes, mas não para as restantes. Estes resultados têm várias implicações teóricas e práticas, mostrando que a combinação de técnicas de mudança comportamental é fundamental para melhorar a AF, e é mais eficaz do que utilizar as técnicas separadamente, tanto para a análise global como para a análise de casos individuais. No entanto, houve reações individuais muito diferentes em relação às intervenções propostas, o que reforça a ideia de que a mesma intervenção só influenciou algumas pessoas e nem sempre da mesma forma.

## Conclusões

Os estudos efetuados possibilitaram algumas conclusões que permitem entender e fundamentar melhor intervenções de promoção da prática de AF regular em mulheres sobreviventes de cancro de mama. Por um lado, o contexto cultural, com alguns dos seus determinantes idiossincráticos percebidos (compromissos familiares, a sensação de culpa pelo gasto de tempo em atividades não familiares e o altruísmo em ajudar os que são próximos), e as técnicas de mudança comportamental identificadas (nomeadamente objetivos e planeamento – grupo 1; feedback e monitorização – grupo 2 e suporte social - grupo 3) devem ser considerados pelos profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas, em intervenções especificamente adaptadas que podem ser desenvolvidas em conjunto com as recomendações internacionais atualmente conhecidas para a prática de AF em mulheres sobreviventes de cancro da mama portuguesas.

Adicionalmente, apesar do segundo estudo apenas ter confirmado parcialmente o modelo HAPA a nível intrapessoal, os resultados obtidos fornecem evidências preliminares de que este pode ser utilizado a nível individual para compreender as correlações individuais específicas da AF em sobreviventes de cancro da mama, nomeadamente o reforço da autoeficácia, do suporte social e do planeamento para a promoção da AF em mulheres sobreviventes de cancro de mama.

Ao testar duas técnicas de mudança comportamental / constructos HAPA, o último estudo forneceu um ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções de AF ajustadas a mulheres sobreviventes de cancro da mama, mostrando que estas mulheres não reagem da mesma forma aos mesmos ingredientes ativos de uma intervenção. Tal ocorre mesmo quando as intervenções são bem apoiadas em teorias, modelos, técnicas de mudança comportamental e recomendações testadas já comprovadas, uma vez que a resposta à intervenção evidenciou diferenças intraindividuais, tanto na análise de grupo como individual realizada.

Assim, as ferramentas identificadas devem ser consideradas e podem enriquecer o conhecimento e a competência dos fisioterapeutas e outros profissionais de saúde nas intervenções de mudança comportamental, determinantes para a eficácia e a adesão às recomendações de AF em sobreviventes de cancro da mama.

## Referências

- AMERICAN CANCER SOCIETY. (2019). *Cancer treatment & survivorship facts & figures 2019-2021*.
- BIERBAUER, W., Inauen, J., Schaefer, S., Kleemeyer, M. M., Lüscher, J., König, C., Tobias, R., Kliegel, M., Ihle, A., Zimmerli, L., Holzer, B. M., Siebenhuener, K., Battegay, E., Schmied, C., & Scholz, U. (2017). Health behavior change in older adults: testing the Health Action Process Approach at the inter- and intraindividual level. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(3), 324–348. <https://doi.org/10.1111/aphw.12094>
- BLUETHMANN, S. M., Vernon, S. W., Gabriel, K. P., Murphy, C. C., & Bartholomew, L. K. (2015). Taking the next step: a systematic review and meta-analysis of physical activity and behavior change interventions in recent post-treatment breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 149(2), 331–342. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-3255-5>
- BUFFART, L. M., Ros, W. J. G., Chinapaw, M. J. M., Brug, J., Knol, D. L., Korstjens, I., Van Weert, E., Mesters, I., Van Den Borne, B., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., & May, A. M. (2014). Mediators of physical exercise for improvement in cancer survivors' quality of life. *Psycho-Oncology*, 23(3), 330–338. <https://doi.org/10.1002/pon.3428>
- CAMPBELL, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise guidelines for cancer survivors: consensus statement from international multidisciplinary roundtable. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(11), 2375–2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- CLARKE, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis. *Psychologist*, 26(2), 120–123.
- FERNÁNDEZ, B. R., Montenegro, E. M., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2014). Self-efficacy, action control, and social support explain physical activity changes among Costa Rican older adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(8), 1573–1578. <https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0175>
- FERREIRA, G., Antunes, C., Pereira, A., Amaral, R., Pedro, L., & Carolino, E. (2012). Preferências no exercício físico em mulheres portuguesas sobreviventes de cancro da mama. *Saúde & Tecnologia*, T1, 65–70. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/69967/2/87326.pdf>

- FURMANIAK, A. C., Menig, M., & Markes, M. H. (2016). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, 9, Art. No.: CD005001. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005001.pub3>
- JOHNSTON, D. W., & Johnston, M. (2013). Useful theories should apply to individuals. *British Journal of Health Psychology*, 18(3), 469–473. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12049>
- KAMPSHOFF, C. S., Jansen, F., van Mechelen, W., May, A. M., Brug, J., Chinapaw, M. J., & Buffart, L. M. (2014). Determinants of exercise adherence and maintenance among cancer survivors: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-80>
- KWASNICKA, D., Inauen, J., Nieuwenboom, W., Nurmi, J., Schneider, A., Short, C. E., Dekkers, T., Williams, A. J., Bierbauer, W., Haukkala, A., Picariello, F., & Naughton, F. (2019). Challenges and solutions for N-of-1 design studies in health psychology. *Health Psychology Review*, 13(2), 163–178. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1564627>
- KWASNICKA, D., & Naughton, F. (2020). N-of-1 methods: A practical guide to exploring trajectories of behaviour change and designing precision behaviour change interventions. *Psychology of Sport and Exercise*, 47(August 2019), 101570. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.101570>
- MARSZALEK, J., Morgulec-Adamowicz, N., Rutkowska, I., & Kosmol, A. (2014). Using Ecological Momentary Assessment to evaluate current physical activity. *BioMed Research International*, 2014, Article ID 915172. <https://doi.org/10.1155/2014/915172>
- MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. J., Concheiro-Moscoso, P., Miranda-Duro, M. D. C., Boedo, F. D., Muiño, F. J. M., & Groba, B. (2020). Validation of self-quantification Xiaomi Band in a clinical sleep unit. *Proceedings*, 54(1), 29. <https://doi.org/10.3390/proceedings2020054029>
- MCDONOUGH, M. H., Beselt, L. J., Kronlund, L. J., Albinati, N. K., Daun, J. T., Trudeau, M. S., Wong, J. B., Culos-Reed, S. N., & Bridel, W. (2021). Social support and physical activity for cancer survivors: a qualitative review and meta-study. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(5), 713–728. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00963-y>
- MICHIE, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- MUTHÉN, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide* (Eighth).

- PARSCHAU, L., Barz, M., Richert, J., Knoll, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2014). Physical activity among adults with obesity: Testing the health action process approach. *Rehabilitation Psychology, 59*(1), 42–49. <https://doi.org/10.1037/a0035290>
- PATEL, A. V., Friedenreich, C. M., Moore, S. C., Hayes, S. C., Silver, J. K., Campbell, K. L., Winters-Stone, K., Gerber, L. H., George, S. M., Fulton, J. E., Denlinger, C., Morris, G. S., Hue, T., Schmitz, K. H., & Matthews, C. E. (2019). American College of Sports Medicine roundtable report on physical activity, sedentary behavior, and cancer prevention and control. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 51*(11), 2391–2402. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002117>
- PINO-ORTEGA, J., Gómez-Carmona, C. D., & Rico-González, M. (2021). Accuracy of Xiaomi Mi Band 2.0, 3.0 and 4.0 to measure step count and distance for physical activity and healthcare in adults over 65 years. *Gait and Posture, 87*(April), 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.04.015>
- SACCO, W. P., Malone, J. I., Morrison, A. D., Friedman, A., & Wells, K. (2009). Effect of a brief, regular telephone intervention by paraprofessionals for type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine, 32*(4), 349–359. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9209-4>
- SEQUEIRA, M., Luz, R., & Alvarez, M.-J. (2022). The practice of physical activity after breast cancer treatments: A qualitative study among Portuguese women. *Frontiers in Psychology, 13*:823139. doi: [10.3389/fpsyg.2022.823139](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.823139)
- SEQUEIRA, M., Pereira, C., & Alvarez, M.-J. (2023a). Predicting physical activity in survivors of breast cancer: The Health Action Process Approach at the intrapersonal level. *International Journal of Behavioral Medicine, 30*(6), 777-789. <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10140-3>
- SEQUEIRA, M., Pereira, C., & Alvarez, M.-J. (2023b). Promoting physical activity within breast cancer survivors using behavior change techniques: N-of-1 randomized controlled trials. *Health Promotion International, 38*(4), 1–12. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad075>
- SHAMSEER, L., Sampson, M., Bukutu, C., Schmid, C. H., Nikles, J., Tate, R., Johnston, B. C., Zucker, D., Shadish, W. R., Kravitz, R., Guyatt, G., Altman, D. G., Moher, D., & Vohra, S. (2015). CONSORT extension for reporting N-of-1 trials (CENT) 2015: Explanation and elaboration. *BMJ, 350*, h1793–h1793. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1793>
- SCHWARZER, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology, 57*(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>

- SCHWARZER, R., & Luszczynska, A. (2015). Health Action Process Approach. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting and changing health behaviour-Research and Practice with Social Cognition Models* (3<sup>rd</sup> ed., pp 252-278). McGraw Hill Education - Open University Press.
- SNIEHOTTA, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health, 20*(2), 143-160.  
<https://doi.org/10.1080/08870440512331317670>
- STACEY, F. G., James, E. L., Chapman, K., Courneya, K. S., & Lubans, D. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship, 9*(2), 305-338.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-014-0413-z>
- WHO. (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. WHO Regional Office for Europe; World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329407/9789289051477-eng.pdf>
- WHO. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour, Web Annex, Evidence Profiles*. World Health Organization.

# Promover a saúde ocupacional e bem-estar docente: Conceção e avaliação de um programa online de aprendizagem social e emocional para professores

**Sofia Oliveira**

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa,  
Business Research Unit (BRU)

**Magda Sofia Roberto**

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa,  
Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI)

**Ana Margarida Veiga-Simão**

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa,  
Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI)

**Alexandra Marques-Pinto**

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa,  
Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI)

O presente trabalho compreendeu o desenvolvimento, implementação e avaliação do programa de intervenção A+, considerando, em todas as etapas, o papel de variáveis contextuais. Esta intervenção, de carácter universal e com implementação online, tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências sociais e emocionais (CSE) de professores portugueses do 1.º ciclo, com vista à promoção da sua saúde ocupacional e bem-estar.

A literatura sobre saúde ocupacional docente não é uma novidade e este tema tem sido objeto de estudo nos últimos 50 anos (Kyriacou, 2011). Porém, com a

transição para o século XXI, impulsionada pela evolução tecnológica, a sociedade e, particularmente, o mundo do trabalho têm enfrentado mudanças sem precedentes que conduziram a condições de trabalho mais desafiantes e exigem aos cidadãos a aquisição de novas competências para responder aos desafios diários. Neste contexto, a Escola, especialmente no 1.º ciclo do Ensino Básico, desempenha um papel crucial na resposta às necessidades académicas, sociais e emocionais das crianças e jovens (Jennings & Greenberg, 2009). No entanto, a maioria dos professores atualmente em atividade não vivenciou o ensino explícito de CSE durante a sua formação. Isto verifica-se quer porque os professores no ativo experienciaram uma Escola que não enfatizava o desenvolvimento da competência social e emocional dos seus alunos (Gotlieb et al., 2022), quer porque, à data, a formação inicial e contínua de professores continua insuficiente no que respeita à instrução explícita para a Aprendizagem Social e Emocional (ASE; Schonert-Reichl et al., 2017). Este cenário torna a profissão docente uma das mais vulneráveis ao stress ocupacional crónico e ao burnout (OPP, 2020), concorrendo para a baixa atratividade da profissão, escassez de novos professores e elevadas taxas de rotatividade, desafios enfrentados em muitos países da OCDE, incluindo Portugal (CNE, 2021; Viac & Fraser, 2020). A saúde ocupacional dos professores torna-se assim uma preocupação sociopolítica e científica atual pelo seu impacto social, educativo e económico.

Neste enquadramento, ao longo das últimas décadas, investigadores e profissionais têm procurado apoiar os professores no desenvolvimento de recursos que lhes possibilitem responder eficazmente às exigências profissionais quotidianas. Sendo as principais exigências profissionais enfrentadas pelos professores de natureza social e emocional (e.g., gestão das relações, sobrecarga de trabalho, adaptação a novas metodologias de ensino e currículos; Kyriacou, 2011), as intervenções de ASE apresentam-se promissoras na promoção da saúde ocupacional e bem-estar e prevenção do desenvolvimento de burnout docente (Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021; Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2021). Não obstante, em Portugal, a intervenção e investigação no âmbito da ASE docente é ainda parca. Ademais, embora os principais modelos teóricos enfatizem a importância das variáveis contextuais no desenvolvimento de CSE (Collie, 2020; Jennings & Greenberg, 2009), estas têm sido frequentemente desconsideradas, existindo reduzida evidência empírica (inter)nacionalmente sobre os seus potenciais impactos (Granziera et al., 2021).

## Sobre o Nosso Estudo<sup>1</sup>

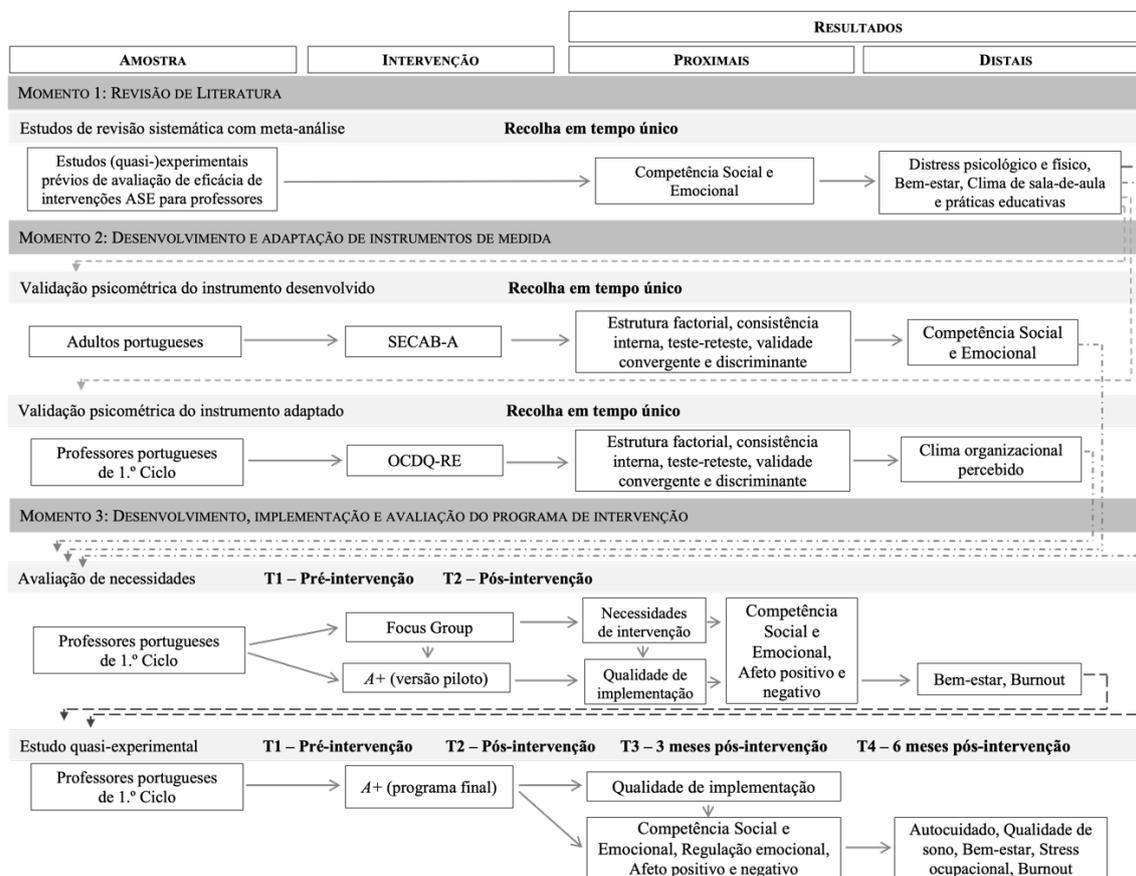
O presente trabalho envolveu a concetualização, desenvolvimento, validação e avaliação do programa de ASE A+, seguindo o referencial teórico para o planeamento e avaliação de programas de Fernández-Ballesteros (1996). A **Figura 1** ilustra o modelo lógico que orientou a investigação. Globalmente, os momentos 1 e 2 permitiram o estabelecimento dos objetivos de intervenção bem como a avaliação válida e robusta da sua eficácia. No 1º momento procurou-se, através de estudos de revisão de literatura, identificar lacunas teóricas e empíricas da literatura atual, informando o planeamento e avaliação do programa de intervenção e suportando a tomada de decisões dos momentos subsequentes. No 2º momento, em resultado das carências identificadas, procedeu-se ao desenvolvimento e adaptação de dois instrumentos de medida, utilizados, posteriormente, na avaliação do programa de intervenção. Posteriormente, o momento 3, que consistiu no desenvolvimento, implementação e avaliação do programa de intervenção A+, garantiu a pertinência, validade social, qualidade de implementação e eficácia dos conteúdos e procedimentos contemplados no programa de intervenção. A descrição completa e detalhada de todas as etapas de conceção, implementação e avaliação do programa de intervenção pode ser encontrada em Oliveira (2023).

O programa A+ diferencia-se das restantes intervenções de ASE para professores, ao apresentar-se, tanto quanto é do nosso conhecimento, como o primeiro programa de ASE universal e online, teórica e empiricamente fundamentado e avaliado, a promover explicitamente os cinco domínios de CSE e desenhado especificamente para professores portugueses do 1.º ciclo, que integrou, no seu desenvolvimento, implementação e avaliação o estudo de variáveis de natureza social/contextual. Designadamente, estudou-se o papel do clima organizacional como preditor do desenvolvimento de CSE docente, com impacto na eficácia das intervenções. Esta investigação apresenta assim uma abordagem inovadora no âmbito dos programas de ASE para professores em Portugal, contribuindo para o conhecimento científico e prática psicológica no que à intervenção para o desenvolvimento profissional e saúde ocupacional docente diz respeito.

---

**1** Os dados e considerações apresentadas neste capítulo são parte integrante da tese de doutoramento da primeira autora, contexto em que decorreu o presente trabalho.

**Figura 1.** Modelo lógico da investigação



## Contributos da Aprendizagem Social e Emocional para o Bem-estar e Saúde Ocupacional Docente

Quando aplicadas ao contexto de desenvolvimento profissional dos professores, as intervenções de ASE são descritas como um conjunto de práticas e políticas que visam melhorar o desenvolvimento pessoal, interpessoal e profissional docente (Durlak et al., 2015). Para o efeito, prevê-se o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas que permita aos professores: compreender e regular as suas emoções, definir e atingir objetivos, estabelecer e manter relações interpessoais positivas, gerir conflitos e tomar decisões éticas e responsáveis (**Quadro 1**; Jennings & Greenberg, 2009). Embora recente (apenas a partir de 2010, a investigação em ASE começa a considerar as CSE de professores *per se*; Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021), a literatura sobre intervenções de ASE especificamente desenvolvidas para professores tem chamado a atenção devido ao seu impacto positivo tanto a nível pessoal como profissional e pelo seu contributo não só para o

bem-estar e desempenho dos professores, mas também dos seus alunos (Durlak et al., 2015; Schonert-Reichl, 2017).

**Quadro 1.** Descrição das CSE específicas do professor

<b>Domínio</b>	<b>Competências específicas</b>
Autoconhecimento e Consciência social	Reconhecer e compreender as emoções e os padrões emocionais próprios e dos outros. Compreender/estar consciente da forma como as suas expressões emocionais afectam as suas interações com os outros. Ter uma compreensão realista das suas capacidades e reconhecer os seus pontos fortes e fracos a nível emocional. Ser culturalmente sensível e compreender diferentes perspectivas. Motivar a aprendizagem em si próprio e nos outros, através da promoção e utilização das emoções. Construir relações fortes e de apoio através da compreensão e cooperação mútuas. Negociar eficazmente soluções para situações de conflito.
Autorregulação e Gestão dos relacionamentos	Gerir o seu comportamento mesmo perante situações emocionalmente desafiantes. Regular as suas emoções de forma saudável, de modo a facilitar resultados positivos na sala de aula sem comprometer a sua saúde. Estabelecer eficazmente limites com assertividade. Estar confortável com um nível de ambiguidade e incerteza que advém de deixar os alunos descobrirem as coisas por si próprios.
Tomada de decisão responsável	Demonstrar valores pró-sociais e decidir eticamente, com base na avaliação de factores como o impacto das suas decisões sobre si próprio e sobre os outros. Respeitar os outros e assumir a responsabilidade pelas suas decisões e acções.

**Fonte:** Jennings & Greenberg (2009, p. 495)

A nível pessoal, a evidência empírica recente tem demonstrado que as intervenções de ASE para professores são eficazes na promoção das CSE dos docentes, impactando também o a sua saúde ocupacional e bem-estar, quer através do aumento do seu bem-estar geral e realização profissional, quer através da diminuição do seu distress psicológico, nomeadamente de sentimentos de exaustão emocional (Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021; Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2021). Professores social e emocionalmente mais competentes parecem assim ser mais capazes de gerir as exigências do seu trabalho e alcançar níveis mais elevados de satisfação no trabalho e na vida pessoal (e.g., Crain et al., 2017). Estes resultados revelam-se particularmente promissores num contexto em que a literatura tem alertado para a necessidade de novas abordagens de intervenção com professores que apresentem impactos significativos na diminuição de indicadores de burnout para

além da exaustão emocional (e.g., Iancu et al., 2018). Complementarmente, os resultados destas meta-análises identificaram que, no que diz respeito à diminuição do distress psicológico, as intervenções só **eram eficazes quando os seus** conteúdos abordavam explicitamente o desenvolvimento de competências intrapessoais (i.e., autoconhecimento e autorregulação) (Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2021). Resultados particularmente relevantes num contexto em que a formação inicial e contínua de professores têm enfatizado maioritariamente o desenvolvimento de competências interpessoais (i.e., consciência social e gestão dos relacionamentos) (Schonert-Reichl et al., 2017).

A nível profissional, as intervenções de ASE parecem ter um impacto distal na capacidade dos professores para gerirem as suas salas de aula e responderem aos seus desafios emocionais. Especificamente, a evidência empírica tem reportado impactos na melhoria do clima da sala de aula e das práticas de instrução utilizadas (e.g., apoio emocional, interações professor-aluno personalizadas, gestão da sala de aula), conduzindo a ambientes de aprendizagem de maior qualidade (e.g., Hagelskamp et al., 2013; Hickey et al., 2017; Morris et al., 2013; Murray et al., 2018).

Adicionalmente, devido à natureza co-reguladora das interações na sala de aula, quando os professores agem de forma social e emocionalmente competente, estão também a promover o desenvolvimento de CSE entre os seus alunos através de modelagem (Jennings & Greenberg, 2009), o que, subsequentemente, conduz a níveis mais elevados de bem-estar dos alunos e ao seu melhor desempenho académico (e.g., Carvalho et al., 2021).

Em suma, as intervenções de ASE para professores parecem desempenhar um papel fundamental, ajudando-os a regular as suas próprias emoções e a lidar de forma mais proficiente com os requisitos do seu trabalho. Desta forma, as intervenções de ASE contribuem para a maior saúde ocupacional, bem-estar e desempenho profissional docente e, promovem, complementarmente, um clima de sala de aula mais saudável e a aprendizagem social, emocional e académica das crianças e jovens (Schonert-Reichl, 2017).

Não obstante, à data, a maioria destas intervenções: carece de suporte teórico e empírico consistente (Durlak et al., 2015); adopta uma abordagem universal sem atender às especificidades do contexto da intervenção (carecendo, portanto, de validade ecológica; Granziera et al, 2021); intervém a um nível exclusivamente individual, não considerando variáveis sociais e contextuais (Iancu et al., 2018); tem uma curta duração e requer uma investigação mais aprofundada através de desenhos metodológicos robustos que avaliem os efeitos a longo prazo e controlem a qualidade da implementação (Greenberg & Abenavoli, 2017; Humphrey et al., 2018). Por conseguinte, apesar dos resultados promissores das intervenções de ASE para professores, que colocam esta abordagem como uma potencial referência na

promoção da saúde ocupacional docente, a literatura na área ainda é recente e requer mais investigação e investimento para (1) o desenvolvimento de intervenções teóricas e empiricamente sustentadas e culturalmente adaptadas, que integrem explicitamente variáveis sociais/contextuais nas suas fases de desenvolvimento, implementação e avaliação, e (2) a adoção de procedimentos de avaliação de eficácia metodologicamente robustos (e.g., *follow-up*, metodologias diversificadas de recolha de dados).

## Da Impressão à Evidência: Medir CSE em Adultos

Apesar do longo caminho já percorrido, o domínio da ASE enfrenta ainda um conjunto de desafios a nível teórico, empírico e aplicado. Designadamente, permanece uma inconsistência que começa desde logo na operacionalização e alinhamento/delimitação teórica da ASE, e se expande até ao desenho das intervenções (i.e., duração, conteúdos) e à sua avaliação (i.e., desenhos de investigação, qualidade e diversidade de instrumentos, dissemelhança das variáveis de resultado avaliadas) (Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021; Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2021; Tolan, 2016). Estas limitações promovem a grande heterogeneidade entre os estudos empíricos e a sua difícil comparação, e limitam o estabelecimento de boas práticas. A medição de CSE é, no contexto da avaliação de eficácia de programas de ASE, um dos domínios que apresenta maior heterogeneidade (Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021). A falta de instrumentos de medida de CSE é ainda mais expressiva quando a população alvo são adultos, nomeadamente professores (Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2023).

Uma análise aprofundada da literatura permitiu perceber que, no que respeita à avaliação de CSE de adultos, em geral, e professores, em particular, existia pouca disponibilidade de instrumentos validados e nenhum que permitisse, de forma parcimoniosa e enquadrada no quadro teórico da ASE, avaliar as cinco áreas de Competência Social e Emocional (e.g., Jennings et al., 2017; Monnier, 2015; Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021; Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2023). Consequentemente, verificou-se, em vários estudos, um desalinhamento entre as competências trabalhadas nas intervenções e as consideradas enquanto variáveis de resultado (e.g., Castillo-Gualda et al., 2017; Jennings et al., 2013, 2017). Ainda, dentro dos instrumentos disponíveis, a maioria das medidas centrava-se na avaliação de competências intrapessoais (i.e., autoconhecimento e autorregulação) e, dentro destas, na avaliação de competências específicas (e.g., reavaliação cognitiva) que eram depois lidas, no contexto das investigações, como representativas do

domínio de competência (e.g., autorregulação) (Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2023).

Neste sentido, têm sido desenvolvidos esforços que facilitem uma avaliação parcimoniosa, teoricamente sustentada e alinhada com a prática. A avaliação parcimoniosa e validada psicometricamente é de particular importância ao permitir, consequentemente, uma melhor avaliação de necessidades, adequação de práticas, e estudos empíricos mais robustos e de maior qualidade. Não obstante, a interdependência das diferentes áreas de CSE e o facto de a sua expressão depender de fatores culturais e contextuais complexifica a sua avaliação. O desafio é, pois, que, respeitando a adequação cultural e contextual, um mesmo instrumento permita manter o alinhamento teórico/concetual e de avaliação para a criação de uma linguagem clara e comum para os profissionais.

Neste cenário, procurou-se, ao longo deste projeto, desenvolver um instrumento teoricamente fundamentado que permitisse a avaliação parcimoniosa, porém completa, das diferentes competências específicas dentro de cada um dos cinco domínios de Competência Social e Emocional (Durlak et al., 2015). A **Bateria de Avaliação de Competência Social e Emocional para Adultos** (ou *Social and Emotional Competence Assessment Battery for Adults* – SECAB-A; Oliveira, Roberto, Veiga-Simão, et al., 2023) é um instrumento de autorrelato, desenvolvido em português, e composto por 37 itens que, organizados em três questionários independentes (i.e., competência intrapessoal, competência interpessoal e tomada de decisão responsável) permite avaliar a perceção que os adultos têm da sua competência social e emocional. O seu estudo de validação, com uma amostra total de 796 adultos portugueses (80.7% mulheres,  $M = 35.70$  anos,  $DP = 12.84$ , amplitude: 18 a 84 anos), suportou a estrutura fatorial, validade e estabilidade temporal do instrumento na amostra considerada. Os resultados realçaram também a complexidade da avaliação de CSE devido à interdependência das diferentes áreas de competência (Durlak et al., 2015). Isto pode inclusive ajudar a explicar a falta de instrumentos parcimoniosos para avaliar os cinco domínios centrais de CSE, reforçando o contributo de uma organização em três questionários independentes como a proposta por esta bateria. A SECAB-A poderá assim contribuir para suprir a necessidade de medidas de CSE globais, parcimoniosas e ajustadas ao desenvolvimento, que permitam estudos metodologicamente robustos, tanto em ambientes educacionais como em ambientes empresariais/corporativos onde a investigação em ASE tem ganho espaço e relevância pelo seu impacto positivo na saúde ocupacional, bem-estar e desempenho profissional dos trabalhadores.

Por fim, o estudo possibilitou ainda uma avaliação preliminar das necessidades dos adultos e professores portugueses no que respeita à ASE, informando o momento 3 do presente trabalho (cf. Figura 1). A estatística descritiva dos dados na

amostra considerada destacou como áreas de menor competência percebida os domínios de autorregulação e gestão de conflitos.

Apesar destes resultados sugerirem a adequação psicométrica da SECAB-A, é importante que estudos de continuidade prossigam com o teste e validação da medida, nomeadamente com relação a outras qualidades psicométricas (e.g., validade de critério, análise de invariância) e diferentes amostras, contextos e culturas. Neste sentido, os futuros esforços de investigação centrar-se-ão na validação adicional da SECAB-A, incluindo as suas versões espanhola, inglesa, eslovena e iraniana, atualmente em desenvolvimento.

## O Programa «A+»

Desenvolvido a partir de um desenho sequencial exploratório, o programa A+ é uma intervenção online de ASE, que visa, ao longo de 50h (25h de trabalho síncrono com os docentes e 25h de trabalho autónomo), o desenvolvimento de CSE dos professores tanto a um nível individual (e.g., regulação emocional) quanto social/contextual (e.g., apoio social), essenciais à promoção da saúde ocupacional e prevenção do burnout docente (Oliveira et al., em revisão). Este programa assume uma visão que considera a saúde ocupacional e o burnout um problema psicossocial e interdependente do contexto profissional, não podendo, por isso, a sua compreensão e intervenção esgotar-se nas variáveis individuais do professor. A base teórica para o desenvolvimento dos conteúdos e opções metodológicas do programa foi suportada pelo *Quadro de Referência da Aprendizagem Social e Emocional para professores* (Jennings & Greenberg, 2009), o *Modelo de Exigências e Recursos do Trabalho* (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Taris, 2014), e o *Modelo de Competência Social e Emocional* de Collie (2020). Complementarmente, os resultados de estudos anteriores relativos à eficácia das intervenções de ASE (e.g., Collie et al., 2012, 2018; Jennings et al., 2013, 2017, 2019; Carvalho et al., 2021) e boas práticas para intervenções de ASE (Durlak et al., 2015) e online (e.g., Beatty & Binnion, 2016) garantiram a base empírica para as opções metodológicas de implementação e avaliação do programa.

Os resultados da avaliação de necessidades específicas dos contextos de intervenção ( $N = 66$ , 90.9% mulheres,  $M = 45.56$  anos,  $DP = 5.56$ , amplitude: 33 a 58 anos) permitiram concluir que os professores identificaram, em linha com o teoricamente proposto (Kyriacou, 2011; Schaufeli & Taris, 2014), um desequilíbrio entre as exigências profissionais e os recursos disponíveis, numa proporção aproximada de 2.75 exigências para cada recurso. Além disso, confirmando a literatura prévia, a maioria das exigências e recursos identificados é de natureza social e emocional (Kyriacou, 2011) e organiza-se em três níveis: individual, contexto imediato de

trabalho (i.e., escola/agrupamento) e contexto social. Os resultados indicaram ainda que as exigências profissionais identificadas com maior frequência correspondem a "*job hindrances*" (em tradução livre "obstáculos/barreiras do trabalho"; e.g., conflito de papéis, ambiguidade de funções, conflitos interpessoais, distanciamento dos superiores hierárquicos e pouco contacto com os pares, sobrecarga excessiva de trabalho; Van den Broeck et al., 2010). Estas exigências, em particular, referem-se a exigências de trabalho que interferem na realização dos objetivos profissionais e dificultam o funcionamento ideal, originando sentimentos de falta de controlo e emoções negativas, que ameaçam a energia e o bem-estar dos professores e exigem estratégias de coping tipicamente centradas na regulação emocional (Van den Broeck et al., 2010). De forma complementar e diretamente relacionada, as principais necessidades identificadas ao nível individual foram o desenvolvimento de competências de regulação emocional e gestão de tempo, reforçando a pertinência das competências intrapessoais e a necessidade de desenvolver recursos que permitam aos professores lidar com os *job hindrances* identificados. Em termos de recursos percebidos, destacaram-se as redes de suporte social dos pares, reforçando o papel do clima organizacional e da pertença ao grupo (Collie, 2020; Collie et al., 2012; Ryan & Deci, 2017). Complementarmente, o desenvolvimento de competências interpessoais, designadamente de consciência social e relacionamento interpessoal, poderão apoiar os professores na supressão de necessidades de autonomia, clareza e acesso à informação, e feedback. Os resultados do estudo de avaliação de necessidades encontram-se detalhadamente apresentados em Oliveira et al. (em revisão).

Assim, na sua versão final, o A+ inclui cinco módulos decorrentes das principais fontes de stress identificadas durante a avaliação de necessidades: *Organização pessoal e gestão do tempo* (que se debruça em particular sobre as questões de sobrecarga de trabalho e equilíbrio trabalho-vida pessoal), *Consciência e regulação emocional* (que aborda principalmente a promoção da consciência emocional e estratégias de regulação emocional para a gestão do stress), *Comunicação consciente* (com enfoque no estabelecimento e manutenção de relações positivas com os outros), *Gestão de conflitos* (abordando sobretudo estratégias de gestão de conflitos interpessoais), e *Liderança pessoal* (que procura promover a autonomia, estratégias de resolução de problemas e competências de tomada de decisão). Nos dois primeiros módulos considera-se maioritariamente o ensino explícito de competências intrapessoais (i.e., autoconhecimento e autorregulação); no 3º e 4º módulos aborda-se maioritariamente o ensino explícito de competências interpessoais (i.e., consciência social e gestão de relacionamentos) e o último módulo centra-se nas competências de tomada de decisão responsável. O **Quadro 2** detalha a estrutura e conteúdos do programa de intervenção.

**Quadro 2.** Estrutura e conteúdos do programa de intervenção A+

<b>Módulo</b>	<b>Domínio de CSE</b>	<b>Competências específicas</b>
<b>I</b> Organização pessoal e gestão do tempo	Autoconhecimento e Autorregulação	Auto-perceção Definição e concretização de objectivos Capacidade de organização Adaptabilidade
<b>II</b> Consciência e regulação emocional	Autoconhecimento e Autorregulação	Autoconhecimento emocional Regulação emocional e comportamental Auto-perceção adequada Auto-eficácia Otimismo
<b>III</b> Comunicação consciente	Consciência social e Gestão de relacionamentos	Comunicação aberta Escuta ativa Empatia Consciência dos estilos de comunicação e comunicação não-verbal Consciência organizacional
<b>IV</b> Gestão de conflitos	Consciência social e Gestão de relacionamentos	Ter uma perspetiva e apreciar a diversidade Ser receptivo ao feedback dos outros Respeito pelos outros Trabalho de equipa e colaboração
<b>V</b> Liderança pessoal	Tomada de decisão responsável	Identificação de problemas e análise de situações Resolução de problemas Avaliação e reflexão sobre o comportamento Tomada de decisões

**Fonte:** Oliveira et al., 2022

Os resultados da avaliação piloto ( $N = 21$ , 90.5% mulheres,  $M = 49.00$  anos,  $DP = 6.44$ , amplitude: 37 a 60 anos) foram encorajadores ao suportar a eficácia da intervenção no aumento do afeto positivo, competências de tomada de decisão responsável e bem-estar, bem como diminuição do afeto negativo dos professores, em pós-teste (Oliveira et al., em revisão). Ainda, os resultados do estudo piloto sugeriram validade social e boa qualidade de implementação da intervenção, com os professores a demonstrar interesse e satisfação com a intervenção, os seus conteúdos e metodologias (Oliveira et al., em revisão). Com relação à qualidade de implementação da intervenção, em particular, os dados reforçaram o impacto da participação ativa/envolvimento dos participantes nos resultados obtidos, sugerindo que a responsividade dos participantes prediz positivamente o desenvolvimento de CSE ao longo da intervenção, principalmente no domínio intrapessoal (Oliveira et al., 2022).

Globalmente, estes resultados reforçaram a relevância de o planeamento e desenvolvimento de programas de intervenção serem suportados numa avaliação de necessidades e validação ecológica e social dos conteúdos e metodologias adotados, garantido a pertinência e adequação dos mesmos aos contextos de intervenção. O envolvimento dos destinatários nas diferentes fases do processo de planeamento e avaliação, parece também ter sido importante na manutenção da responsividade e adesão dos participantes ao longo da intervenção e dos vários momentos de avaliação.

## **Um Passo em Frente: O Papel do Clima Organizacional e uma Visão “Whole School”**

O estudo quase-experimental e longitudinal de avaliação de eficácia do programa ( $N = 81$ , 96.3% mulheres,  $M = 46.21$  anos,  $DP = 4.82$ ) sugeriu a eficácia do A+ na resposta às necessidades específicas dos diferentes contextos de intervenção avaliados, tanto na promoção de variáveis proximais (e.g., regulação emocional) quando distais (e.g., melhoria do bem-estar emocional, qualidade de sono). Estes resultados suportaram ainda, em linha com a literatura (e.g., Collie, 2020), a relação direta e interdependente entre as variáveis individuais do professor (i.e., CSE) e as variáveis contextuais. Mais concretamente, os resultados deste estudo sugeriram que o clima organizacional parece impactar diretamente as necessidades de CSE e a percepção de (des)equilíbrio entre exigências e recursos profissionais dos docentes. Esta relação condiciona, subsequentemente, os resultados de eficácia das intervenções de ASE para professores. Ao longo do tempo, o A+ aparenta ter contribuído para uma maior estabilidade dos recursos dos professores (e.g., no que respeita à sua competência social e emocional), ajudando-os a lidar com períodos de maior incerteza e desafio (e.g., final do ano letivo) (Oliveira et al., 2022). Estes resultados reforçam, por um lado, a importância da promoção de recursos pessoais e profissionais dos docentes *per se* e, por outro, a dependência contextual das CSE (Jennings & Greenberg 2009), alertando para a importância de que todas as intervenções devem ser resultado de uma avaliação de necessidades, uma vez que a expressão de CSE dependerá não apenas da competência individual do professor (i.e., se é socioemocionalmente competente ou não), mas do contexto em que se insere, desempenhando o clima organizacional e o suporte dos órgãos de gestão um papel na manifestação/expressão de CSE dos educadores.

De acordo com os resultados globais deste projeto de investigação, o clima organizacional parece impactar diretamente as necessidades de Competência Social

e Emocional e a percepção de (des)equilíbrio entre exigências e recursos profissionais; e esta relação parece também condicionar os resultados de eficácia das intervenções de ASE para professores (Oliveira et al., 2022; Oliveira et al., em revisão). Este é um resultado particularmente relevante quando analisamos o clima organizacional das escolas de 1.º ciclo em Portugal. O estudo de adaptação do **Questionário de Descrição do Clima Organizacional - Revisto para Escolas do 1.º Ciclo** (ou *Organizational Climate Description Questionnaire Revised for Elementary Schools* – OCDQ-RE; Oliveira, Roberto, Marques-Pinto, et al., 2023), com 687 professores portugueses do 1.º ciclo (85.2% mulheres,  $M = 46.15$  anos,  $DP = 8.88$ ), possibilitou uma caracterização preliminar do clima organizacional nestas escolas dando pistas orientadoras importantes no que respeita aos desafios experienciados pelos professores. Particularmente, a gestão das tarefas burocráticas (caracterizada por uma sobrecarga de exigências de trabalho administrativo, que interfere com as responsabilidades de ensino) e as interações pessoais entre os professores (i.e., interações de domínio informal que os professores estabelecem entre si fora do contexto profissional) surgiram como as dimensões mais negativamente avaliadas. Não obstante, a qualidade da gestão das relações profissionais (i.e., através de uma gestão democrática, que envolve os professores na tomada de decisão, e que demonstra preocupação, respeito, interesse pelos docentes) e as interações profissionais entre os professores (i.e., interações de domínio informal que os professores estabelecem entre si dentro do contexto profissional) surgiram como as dimensões mais favoráveis do clima organizacional e representam potencialidades a explorar no âmbito das intervenções de ASE (Oliveira, Roberto, Marques-Pinto, et al., 2023). Contudo, mesmo estas dimensões estão avaliadas perto do ponto médio da escala reforçando o amplo espaço de melhoria.

Ainda que os efeitos positivos do programa A+ não tenham sido transversais a todas as variáveis de resultado avaliadas, nem constantes ao longo dos três momentos de avaliação pós-intervenção, os resultados obtidos são encorajadores, sugerindo que o programa de intervenção impactou positivamente um conjunto de CSE importantes para os professores lidarem com as exigências profissionais do seu quotidiano e alinhadas com as necessidades específicas dos seus contextos profissionais e reforçam a importância da promoção deste tipo de intervenções nos contextos educativos.

De facto, da mesma forma que percebemos que a qualidade do contexto organizacional afeta a expressão e desenvolvimento das competências individuais dos professores (Collie, 2020), não podemos exigir professores social e emocionalmente competentes e responsivos às necessidades dos seus alunos, em sala de aula, sem que, em primeiro lugar, garantamos que estes professores se sentem bem, saudáveis e disponíveis para responder às necessidades das crianças e jovens

(Gotlieb et al., 2022; Jennings & Greenberg, 2009). O A+ veio, assim, alertar para esta necessidade e introduzir no sistema de formação contínua dos professores um curso de formação centrado nas necessidades de ASE individuais dos professores portugueses do 1.º ciclo, com vista à promoção do seu bem-estar e saúde ocupacional e que integre um olhar sistémico caminhando para uma abordagem *whole-school*. Esta abordagem assume que a ASE depende da formação e do apoio de todos os elementos do contexto educativo (e.g., professores, assistentes operacionais, auxiliares de educação, líderes, órgãos de gestão) e elementos da comunidade (Mahoney et al., 2021). A promoção de CSE passa deste modo a ser vista como um movimento que ocorre não só dentro da sala de aula, com foco individual e nas crianças/jovens, mas também ao nível escolar, familiar, comunitário e político. Assim, e contrariando a prática comum à data, os resultados desta investigação vêm suportar e alertar para a importância de intervir junto dos professores, numa abordagem sistémica e coordenada com uma liderança forte e apoio dos órgãos de gestão das escolas, a fim de contribuir para a maior eficácia das intervenções (Oliveira, Roberto, Pereira, et al., 2021; Oliveira et al., 2022).

## Limitações e Investigação Futura

O presente trabalho apresenta algumas limitações que merecem consideração. Primeiramente, foram utilizadas amostras não probabilísticas, de conveniência, com autosseleção dos participantes e, no momento 3, de pequena dimensão e geograficamente circunscritas. Este constrangimento impede a generalização dos resultados e exige a sua interpretação cuidadosa, sendo necessários estudos futuros que continuem a testar e validar o A+ assim como os instrumentos de medida desenvolvidos, noutros contextos, com amostras de maior dimensão e dispersas geograficamente. Não obstante, pelo impacto das variáveis contextuais nos efeitos do programa, importa que estes estudos procedam às devidas adaptações em função das necessidades específicas de cada contexto profissional.

Relativamente à recolha de dados, apesar da utilização de um protocolo de validação e da sua qualidade, os dados quantitativos recolhidos neste trabalho foram obtidos através de uma plataforma online, pelo que não foi possível controlar as condições de preenchimento dos questionários. Outra importante limitação refere-se à utilização maioritária de medidas de autorrelato que poderão contribuir para o enviesamento dos resultados. Para minimizar o impacto do método de recolha de dados, os questionários foram revistos por peritos, variaram-se as escalas e menção qualitativa das respostas, e alguns itens foram apresentados com uma direção de resposta inversa. Foram também tomadas medidas para reduzir a possibilidade

de enviesamento por deseabilidade social (e.g., anonimato e confidencialidade). A utilização de um grupo controlo passivo também não permitiu controlar o *efeito de Hawthorne*. Neste sentido, estudos futuros deverão continuar a expandir os dados relativos à eficácia do programa A+ (e.g., recolha de dados comportamentais e de observação; estudos comparativos face a uma versão presencial e/ou b-learning). Desta forma será possível melhor avaliar o contributo do A+, bem como realizar melhorias contínuas neste programa de intervenção.

## Impacto do Estudo

Este trabalho permitiu demonstrar, em primeiro lugar, que as intervenções de ASE para professores potenciam o desenvolvimento de recursos pessoais dos docentes (i.e., CSE), essenciais à sua saúde ocupacional e bem-estar. Adicionalmente, foi possível demonstrar o impacto direto do contexto profissional, em particular, do clima organizacional, no desenvolvimento e manifestação das CSE dos professores. Num período em que se vive uma crise de burnout docente, com impactos diretos e indiretos na retenção de professores, em Portugal como noutros países da OCDE (CNE, 2021; Viac & Fraser, 2020), e em que os riscos psicossociais, educativos e económicos do burnout se agravam num cenário pós-pandemia, estes resultados contribuem para a reflexão sobre a intervenção junto dos professores, com propostas concretas de práticas promissoras para fazer face a este desafio sociopolítico e científico. Estes resultados sublinham ainda a desarticulação teórica e prática das abordagens de promoção da saúde ocupacional docente disponíveis à data e destacam a urgência em repensar as atuais estratégias de intervenção. Mesmo num cenário em que os modelos teóricos de referência alertam para a importância das variáveis contextuais e de uma abordagem sistémica, sob pena de não se concretizarem os impactos desejados (e.g., Collie, 2020; Jennings & Greenberg, 2009), a intervenção para a prevenção do burnout docente/promoção da sua saúde ocupacional, continua a adotar uma abordagem maioritariamente individual e centrada na “vítima” (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Em decurso desta evidência, o principal contributo da presente investigação consistiu no desenvolvimento e avaliação do programa de intervenção A+, o qual propõe o desenvolvimento de CSE dos professores tanto a um nível individual (e.g., regulação emocional) quanto social/contextual (e.g., apoio social), essenciais à promoção da saúde ocupacional e prevenção do burnout docente (Schaufeli & Enzmann, 1998). Este programa assume uma visão que considera a saúde ocupacional e o burnout docente um problema psicossocial e interdependente do

contexto profissional, não podendo, por isso, a sua compreensão e intervenção esgotar-se nas variáveis individuais do professor.

Globalmente, tendo os resultados sugerido a eficácia do A+ na resposta às necessidades específicas dos contextos de intervenção avaliados, esta investigação contribui para o conhecimento científico em Portugal no âmbito do desenvolvimento profissional e promoção da saúde ocupacional de professores do 1.º ciclo, gerando importantes evidências relativas aos impactos de eficácia e qualidade de implementação das intervenções de ASE. Concomitantemente, este trabalho contribui também para a prática psicológica em Portugal, disponibilizando, aos psicólogos que trabalham na formação e promoção da saúde docente, um recurso de intervenção promissor na melhoria da saúde ocupacional e do bem-estar dos professores portugueses do 1.º ciclo. Mais, ao propor a integração de duas linhas de investigação amplamente estudadas na Psicologia (i.e., a investigação em saúde ocupacional docente vs. a formação profissional para a promoção de um ensino de qualidade), este projeto chama a atenção para a interdependência destas variáveis que beneficiam com este olhar e abordagem sistémica.

Os resultados desta investigação estimularam também a reflexão sobre a importância do planeamento e avaliação rigorosa no âmbito do desenvolvimento de programas de ASE. Mais precisamente, os resultados destacaram a importância do envolvimento ativo dos participantes nas várias fases de desenvolvimento dos programas. Acredita-se que a valorização da sua voz no levantamento de necessidades, e consideração dos seus interesses e perspetivas no desenho de conteúdos e procedimentos do programa, contribuiu para a adesão, responsividade e envolvimento dos participantes ao longo da intervenção e respetiva avaliação. Aspeto particularmente relevante dado que a responsividade dos participantes pode ter um impacto determinante na eficácia das intervenções (Berkel et al., 2018). Conclusão que, de resto, foi também suportada pelos resultados desta investigação, salientando a importância de se considerar a qualidade de implementação das intervenções, durante a prática psicológica, por forma a maximizar o seu potencial de eficácia (Oliveira et al., 2022).

Ao apresentar-se como uma intervenção desenhada de raiz para ser implementada em contexto online, e que se revelou eficaz e interessante para os professores, o A+ permite também dar resposta a alguns dos desafios atuais na formação de professores. Por um lado, dada a exigência do seu quotidiano profissional, poderá ser uma sobrecarga para os professores envolverem-se numa ação de formação relativamente duradoura em horário pós-laboral num formato presencial. Por outro lado, num contexto de instabilidade como o que atravessámos nos últimos anos face à pandemia por SARS-CoV-2, limitações de contacto podem impactar a entrega das intervenções de formação profissional. Nesse sentido, ao apresentar-se num

formato online, o programa A+ permite a adaptação e flexibilidade às diversas exigências sociais, em geral, e às diferentes rotinas e necessidades dos participantes, em particular.

Esta investigação apresentou ainda a vantagem de avaliar, de forma detalhada e aprofundada, uma grande diversidade de informação subjacente ao processo de desenvolvimento e avaliação do A+, através de metodologias qualitativas e quantitativas. Consequentemente, outro contributo importante deste trabalho centra-se na disponibilização de dois instrumentos que se demonstraram adequados à avaliação da CSE e clima organizacional das escolas portuguesas do 1.º ciclo. Em face da escassez de instrumentos de medida adaptados ao contexto português e com boas qualidades psicométricas, a SECAB-A e o OCDE-RE apresentam-se como recursos promissores, tanto para a investigação, quanto para a prática. Por um lado, estes instrumentos poderão facilitar a realização de estudos metodologicamente robustos que visem avaliar estas variáveis, contribuindo para a supressão de uma ainda atual limitação empírica. Por outro lado, e no que à prática diz respeito, estas medidas poderão representar um recurso útil para os profissionais, podendo ser utilizadas para analisar e diagnosticar necessidades específicas nos diferentes contextos de intervenção, contribuindo assim para o planeamento de objetivos, conteúdos e práticas de intervenção que permitam melhorar os contextos profissionais e as competências individuais, no sentido da promoção da saúde ocupacional e bem-estar docente. Ainda, estes instrumentos apresentam-se como facilmente administráveis e de simples cotação, garantindo o seu custo-efetividade (uma barreira comum dentro dos contextos educativos/profissionais). As principais implicações teóricas, empíricas e práticas do presente trabalho, acima discutidas, encontram-se sumariadas na **Figura 2**.

**Figura 2.** Sumário das principais implicações teóricas, empíricas e práticas da investigação

IMPLICAÇÕES		
TEÓRICAS	EMPÍRICAS	PRÁTICAS
Desarticulação teórica e prática das abordagens disponíveis	Evidência de eficácia na promoção de CSE, saúde ocupacional e bem-estar docente	Ferramentas de análise e diagnóstico de necessidades
Papel do clima organizacional no desenvolvimento e expressão de CSE	Qualidade psicométrica e validade das medidas	Custo-efetividade das medidas e intervenção
Importância da promoção de competências intrapessoais	Importância do envolvimento ativo dos participantes	Intervenção online
		Abordagem sistémica

Em conclusão, as mudanças sociais que acompanharam a transição para o séc. XXI, têm colocado os professores, em geral, e do 1.º ciclo, em particular, num cenário de elevado risco para a sua saúde ocupacional e bem-estar, com impactos diretos no seu desempenho profissional. Especificamente, mas não de forma exclusiva na Europa e no Mundo, Portugal enfrenta, neste momento, um problema de saúde ocupacional docente, com os seus professores a apresentarem níveis elevados de burnout (Varela et al., 2018) e elevadas taxas de turnover (CNE, 2021). Neste contexto, a profissão não é atrativa e o número de professores decresce anualmente (PORDATA, 2022). Por todas as implicações psicossociais, educativas e económicas, que advêm deste cenário, a saúde ocupacional e bem-estar docente merece – e precisa – estar no topo das prioridades de intervenção sociopolítica, alinhando-se, de resto, com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas que colocam a saúde e a educação de qualidade, bem como o trabalho digno, no centro das preocupações para século XXI. Acredita-se assim que o presente trabalho e os seus resultados específicos constituem um contributo importante e norteador para a intervenção nos contextos educativos portugueses, promovendo a qualidade dos mesmos, a saúde ocupacional e bem-estar dos seus trabalhadores, e a qualidade do ensino que neles se experiencia.

## Financiamento

Esta investigação foi cofinanciada por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu, ao abrigo do Quadro Estratégico Comum (2014-2020) – Programa Operacional do Capital Humano (POCH), através da Bolsa de Investigação com a referência SFRH/BD/137845/2018, concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P.

## Referências

- BEATTY, L., & Binnion, C. (2016). A systematic review of predictors of, and reasons for, adherence to online psychological interventions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 776-794. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9556-9>
- BERKEL, C., Mauricio, A. M., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Gallo, C. G., & Brown, C. H. (2018). The cascading effects of multiple dimensions of implementation on program outcomes: A test of a theoretical model. *Prevention Science*, 19(6), 782-794. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0855-4>
- CARVALHO, J. S., Oliveira, S., Roberto, M. S., Gonçalves, C., Bárbara, J. M., de Castro, A. F., Pereira, R., Franco, M., Cadima, J., Leal, T., Lemos, M. S., & Marques-Pinto, A. (2021). Effects of a mindfulness-based intervention for teachers: A study on teacher and student outcomes. *Mindfulness*, 12, 1719-1732. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01635-3>
- CASTILLO-GUALDA, R., García, V., Pena, M., Galán, A., & Brackett, M. A. (2017). Resultados preliminares del método RULER en la inteligencia emocional y el compromiso laboral de profesores Españoles. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 15(43), 641-664. <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/1733>
- CNE - CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. (2021). *Estado da Educação 2020*. Conselho Nacional de Educação. [https://www.cnedu.pt/content/edicoes/estado\\_da\\_educacao/EE2020\\_WEB\\_04.pdf](https://www.cnedu.pt/content/edicoes/estado_da_educacao/EE2020_WEB_04.pdf)
- COLLIE, R. J. (2020). The development of social and emotional competence at school: An integrated model. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 76-87. <https://doi.org/10.1177/0165025419851864>
- COLLIE, R. J., Granziera, H., & Martin, A. J. (2018). Teachers perceived autonomy support and adaptability: An investigation employing the job demands-resources model as relevant to workplace exhaustion, disengagement, and commitment. *Teaching and Teacher Education*, 74, 125-136. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2018.04.015>
- COLLIE, R. J., Shapka, J. D., & Perry, N. E. (2012). School climate and social-emotional learning: Predicting teacher stress, job satisfaction, and teaching efficacy. *Journal of Educational Psychology*, 104(4), 1189-1204. <https://doi.org/10.1037/a0029356>
- CRAIN, T. L., Schonert-Reichl, K. A., & Roeser, R. W. (2017). Cultivating teacher mindfulness: Effects of a randomized controlled trial on work, home, and sleep outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(2), 138-152. <https://doi.org/10.1037/ocp0000043>

- DEMEROUDI, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.499>
- DURLAK, J. A., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Gulotta, T. P. (2015). *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (1<sup>st</sup> ed.). Guilford Publications.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996). *Evaluación de programas: Un guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Síntesis Psicología.
- GOTLIEB, R. J., Hickey-Moody, A., Güroğlu, B., Burnard, P., Horn, C., Willcox, M., Saadatmand, M., Linzarini, A., Vandenbroucke, A., Albanese, D.L, Bayley, A., Blaise, M., Blanchet, P. A., Campos, A. L., Cavioni, V., Cefai, C., Collie, R. J., Dumontheil, I., Emery, H. F., ... Zhou, J. (2022). The social and emotional foundations of learning. In S. Bugden & G. Borst (Eds.), *Education and the learning experience in reimagining education: The international science and evidence-based education assessment* (pp. 180-280). UNESCO MGIEP.
- GRANZIERA, H., Collie, R., & Martin, A. (2021). Understanding teacher wellbeing through job demands-resources theory. In C. F. Mansfield (Ed.), *Cultivating teacher resilience* (pp. 229-244). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-15-5963-1>
- GREENBERG, M. T., & Abenavoli, R. (2017). Universal interventions: Fully exploring their impacts and potential to produce population-level impacts. *Journal of Research on Educational Effectiveness, 10*(1), 40-67. <https://doi.org/10.1080/19345747.2016.1246632>
- HAGELSKAMP, C., Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2013). Improving classroom quality with the ruler approach to social and emotional learning: Proximal and distal outcomes. *American Journal of Community Psychology, 51*(3-4), 530–543 <https://doi.org/10.1007/s10464-013-9570-x>
- HICKEY, G., McGilloway, S., Hyland, L., Leckey, Y., Kelly, P., Bywater, T., Comiskey, C., Lodge, A., Donnelly, M., & O’Neil, D. (2017). Exploring the effects of a universal classroom management training programme on teacher and child behaviour: A group randomised controlled trial and cost analysis. *Journal of Early Childhood Research, 15*(2), 174–194. <https://doi.org/10.1177/1476718X15579747>
- HUMPHREY, N., Barlow, A., & Lendrum, A. (2018). Quality matters: Implementation moderates student outcomes in the PATHS curriculum. *Prevention Science, 19*(2), 197-208. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0802-4>
- IANCU, A. E., Rusu, A., Măroiu, C., Păcurar, R., & Maricuțoiu, L. P. (2018). The effectiveness of interventions aimed at reducing teacher burnout: A meta-analysis. *Educational Psychology Review, 30*(2), 373–396. <https://doi.org/10.1007/s10648-017-9420-8>

- JENNINGS, P. A., Brown, J. L., Frank, J. L., Doyle, S., Oh, Y., Davis, R., Rasheed, D., DaWeese, A., DeMauro, A. A., Charm, H., & Greenberg, M. T. (2017). Impacts of the CARE for teachers program on teachers' social and emotional competence and classroom interactions. *Journal of Educational Psychology, 109*(7), 1010-1028. <https://doi.org/10.1037/edu0000187>
- JENNINGS, P. A., Doyle, S., Oh, Y., Rasheed, D., Frank, J. L., & Brown, J. L. (2019). Long-term impacts of the CARE program on teachers' self-reported social and emotional competence and well-being. *Journal of School Psychology, 76*, 186-202. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.07.009>
- JENNINGS, P. A., Frank, J. L., Snowberg, K. E., Coccia, M. A., & Greenberg, M. T. (2013). Improving classroom learning environments by Cultivating Awareness and Resilience in Education (CARE): Results of a randomized controlled trial. *School Psychology Quarterly, 28*(4), 374-390. <https://doi.org/10.1037/spq0000035>
- JENNINGS, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research, 79*(1), 491-525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- KYRIACOU, C. (2011). Teacher stress: From prevalence to resilience. In J. Langan-Fox & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of stress in the occupations* (pp. 161-173). Edward Elgar Publishing.
- MAHONEY, J. L., Weissberg, R. P., Greenberg, M. T., Dusenbury, L., Jagers, R. J., Niemi, K., Schlinger, M., Schlund, J., Shriver, T. P., VanAusdal, K., & Yoder, N. (2021). Systemic social and emotional learning: Promoting educational success for all preschool to high school students. *American Psychologist, 76*(7), 1128-1142. <https://doi.org/10.1037/amp0000701>
- MONNIER, M. (2015). Difficulties in defining social-emotional intelligence, competences and skills: A theoretical analysis and structural suggestion. *International Journal for Research in Vocational Education and Training, 2*, 59-84. <https://doi.org/10.13152/IJRVET.2.1.4>
- MORRIS, P., Millenky, M., Raver, C. C., & Jones, S. M. (2013). Does a preschool social and emotional learning intervention pay off for classroom instruction and children's behavior and academic skills? Evidence from the foundations of learning project. *Early Education and Development, 24*(7), 1020-1042. <https://doi.org/10.1080/10409289.2013.825187>
- MURRAY, D. W., Rabiner, D. L., Kuhn, L., Pan, Y., & Sabet, R. F. (2018). Investigating teacher and student effects of the Incredible Years classroom management program in early elementary school. *Journal of School Psychology, 67*, 119-133. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.10.004>

- OLIVEIRA, S. (2023). *A+: Desenvolvimento e avaliação de um programa de promoção de competências sociais e emocionais para professores do 1.º ciclo* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório ULisboa. <http://hdl.handle.net/10451/58277>
- OLIVEIRA, S., Cardoso, A., Oliveira-Martins, M., Roberto, M. S., Veiga-Simão, A. M., & Marques-Pinto, A. (em revisão). Bridging the gap in teacher SEL training: Designing and assessing an online SEL intervention for teachers. *Social and Emotional Learning: Research, Practice, and Policy*.
- OLIVEIRA, S., Roberto, M. S., Marques-Pinto, A., & Veiga-Simão, A. M. (2023). Elementary school climate through teachers' eyes: Portuguese adaptation of the Organizational Climate Description Questionnaire Revised for Elementary schools. *Current Psychology*, 42, 24312–24325. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03542-9>
- OLIVEIRA, S., Roberto, M. S., Pereira, N. S., Marques-Pinto, A., & Veiga-Simão, A. M. (2021). Impacts of social and emotional learning interventions for teachers on teachers' outcomes: A systematic review with meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12(Special Issue Theory and Empirical Practice in Research on Social and Emotional Skills), Article 677217. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.677217>
- OLIVEIRA, S., Roberto, M. S., Veiga-Simão, A. M., & Marques-Pinto, A. (2021). A meta-analysis of the impact of social and emotional learning interventions on teachers' burnout symptoms. *Educational Psychology Review*, 33, 1779-1808. <https://doi.org/10.1007/s10648-021-09612-x>
- OLIVEIRA, S., Roberto, M. S., Veiga-Simão, A. M., & Marques-Pinto, A. (2022). Effects of the A+ intervention on elementary-school teachers' social and emotional competence and occupational health. *Frontiers in Psychology*, 13 (Special Issue School Burnout: Overcoming barriers to recognition, prevention, treatment, and policy adaptation), Article 957249. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.957249>
- OLIVEIRA, S., Roberto, M. S., Veiga-Simão, A. M., & Marques-Pinto, A. (2023). Development of the Social and Emotional Competence Assessment Battery for Adults (SECAB-A). *Assessment*, 30(6), 1848-1869. <https://doi.org/10.1177/10731911221127922>
- OPP - ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES. (2020). *Prosperidade e sustentabilidade das organizações. Relatório do custo do stresse e dos problemas de saúde psicológica no trabalho em Portugal*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- PORDATA – BASES DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO. (2022). Pordata. <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Docentes-43>
- RYAN, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.

- SCHAUFELI, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
- SCHAUFELI, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 43–68). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_4)
- SCHONERT-REICHL, K. A. (2017). Social and emotional learning and teachers. *The Future of Children*, 27(1), 137-155. <http://www.jstor.org/stable/44219025>
- TOLAN, P., Ross, K., Arkin, N., Godine, N., & Clark, E. (2016). Toward an integrated approach to positive development: Implications for intervention. *Applied Developmental Science*, 20(3), 214-236. <http://dx.doi.org/10.1080/10888691.2016.1146080>
- VAN DEN BROECK, A., De Cuyper, N., De Witte, H., & Vansteenkiste, M. (2010). Not all job demands are equal: Differentiating job hindrances and job challenges in the Job Demands–Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(6), 735-759. <https://doi.org/10.1080/13594320903223839>
- VARELA, R., Santa, R., Silveira, H., Coimbra de Matos, A., Rolo, D., Areosa, J., & Leher, R. (2018). *Inquérito nacional sobre as condições de vida e trabalho na educação em Portugal*. FENPROF.
- VIAC, C., & Fraser, P. (2020). *Teachers' well-being: A framework for data collection and analysis*. Organization for Economy Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/c36fc9d3-en>

# Efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness para professores: Um estudo sobre os resultados nos professores e nos alunos

**Joana S. de Carvalho**

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

**Alexandra Marques-Pinto**

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa,  
Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPSI)

**João Marôco**

ISPA – Instituto Universitário

## Introdução

Este capítulo pretende apresentar um dos estudos que integra um trabalho de reflexão e investigação realizado num estudo de doutoramento sobre a implementação e os efeitos de intervenções baseadas em mindfulness em contexto educacional, dirigidas a professores e alunos. Deste trabalho resultaram quatro estudos. Os estudos 1 e 3 tiveram como objetivo implementar e estudar os efeitos do programa MindUp, aplicado a alunos do 3º e 4º ano de escolaridade do 1º Ciclo do Ensino Básico pelos seus professores, num estudo piloto (Sampaio de Carvalho et al., 2016) e posteriormente num design quase experimental (Sampaio de Carvalho et al., 2016). O estudo 3 centrou-se na avaliação das qualidades psicométricas da versão curta e adaptada para português do Mental Health Continuum em duas amostras independentes de crianças e pré-adolescentes (Sampaio de Carvalho et al., 2016). O estudo 4, a que se refere este capítulo, teve como objetivo avaliar os efeitos do programa *Atentamente*, um programa baseado em mindfulness, nos professores, nos alunos e no clima de sala de aula e analisar a estabilidade

destes efeitos a médio prazo (Sampaio de Carvalho et al., 2021). A concretização deste estudo foi possível através de um projeto de investigação, que decorreu entre Fevereiro 2017 e Outubro de 2019, coordenado por Alexandra Marques Pinto, que teve como consultores na sua conceção, Tish Jennings e Mark Greenberg e no seu acompanhamento, Kevin Hawkins, tendo sido financiado pela Fundação BIAL no âmbito do Sistema de Apoios à Investigação Científica, no ano de 2016. Ao nível da sua implementação e da escrita científica este estudo contou também com a colaboração das seguintes colegas: Sofia Oliveira<sup>1</sup>, Magda Sofia Roberto<sup>1</sup>, Carolina Gonçalves<sup>2</sup>, José M. Bárbara<sup>2</sup>, Aline F. de Castro<sup>2</sup>, Rita Pereira<sup>2</sup>, Mariana Franco<sup>2</sup>, Joana Cadima<sup>3</sup>, Teresa Leal<sup>3</sup> e Marina S. Lemos<sup>3</sup>.

## Enquadramento

Ao longo das duas últimas décadas, diferentes estudos em Portugal têm demonstrado um alto risco de stress e burnout nos professores (Marques Pinto & Alvarez, 2016), associado às elevadas exigências de trabalho que estes profissionais enfrentam, com impactos negativos na sua saúde ocupacional e desempenho, no bem-estar (Jennings & Greenberg, 2009) e na aprendizagem e envolvimento dos seus alunos (Jennings et al., 2017; Schonert-Reichl, 2017). Para além disto, a investigação empírica tem acumulado evidência de que o nível de burnout dos professores e o ambiente de aprendizagem que cria podem ter efeitos danosos para os alunos, especialmente para aqueles que apresentam problemas de saúde mental (e.g., Jennings & Greenberg, 2009).

Consequentemente, têm sido feitos esforços para desenvolver intervenções fundamentadas e culturalmente ajustadas que possam proteger os professores do stress ocupacional e dos riscos de burnout e promover a saúde e o bem-estar destes profissionais. Neste contexto, vários autores (e.g., Roeser, 2016) têm reforçado o desenvolvimento de Competências Sociais e Emocionais (CSE) – tais como , auto-consciência, autorregulação, consciência social, competências de relação e tomada de decisão responsável (Social and Emotional Learning, CASEL, 2013) como principal fator de proteção para a saúde e o bem-estar dos professores, com impactos positivos no clima da sala de aula e na aprendizagem social, emocional e académica dos alunos (Schonert-Reichl, 2017). De particular relevância, o modelo de sala

---

**1** Faculdade de Psicologia, CICPSI, Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649013 Lisboa, Portugal

**2** Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**3** Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade Do Porto, Porto, Portugal

de aula prósocial de Jennings e Greenberg (2009) propõe que as CSE e o bem-estar do professor têm um impacto na qualidade da relação professor-aluno, na gestão da sala de aula e na implementação eficaz da educação socioemocional. Por sua vez, estas variáveis promovem um clima de sala de aula saudável, o que contribui, juntamente com a qualidade da relação professor-aluno e a promoção da educação socioemocional, para o desenvolvimento das competências socioemocionais e para melhorar o desempenho acadêmico dos alunos.

Uma meta-análise recente sobre 43 intervenções de promoção de CSE para professores mostrou que estas contribuem para níveis mais baixos de sofrimento psicológico e físico e níveis mais elevados de bem-estar, entre outros efeitos positivos, sugerindo que estes professores são mais capazes de gerir as suas exigências de trabalho e regular as suas emoções (Oliveira et al., 2021). Além disso, os resultados também mostraram que as intervenções de promoção de CSE adaptadas ao professor têm impactos positivos nas suas competências para promover um clima de sala de aula mais saudável / ambientes de aprendizagem de melhor qualidade, já que os professores com níveis mais elevados de CSE são mais capazes de reconhecer e responder adequadamente às necessidades emocionais dos seus alunos e estabelecer relações de apoio.

Em linha com estes resultados, a última década viu um interesse crescente em novas abordagens para promover as CSE em contexto educacional (Jennings et al., 2017), e as práticas contemplativas baseadas em mindfulness surgiram como uma abordagem promissora para promover as CSE e o bem-estar dos professores (Jennings, et al., 2012; Roeser, 2016).

Proveniente de tradições contemplativas orientais, a mindfulness tem sido uma das abordagens mais estudadas em contexto educacional (Weare, 2019). Na psicologia contemporânea, a mindfulness é considerada como uma abordagem para aumentar a consciência e as respostas competentes aos processos mentais que contribuem para o distress emocional e para os comportamentos desadaptativos. O estudo da mindfulness ao nível psicológico e médico aumentou exponencialmente nos últimos 17 anos com a publicação de um grande número de artigos em revistas com revisão de pares (Black, 2018).

Este interesse iniciou-se com o trabalho de Kabat-Zinn sobre a mindfulness, ao nível da intervenção terapêutica, como uma forma de minimizar os efeitos das doenças e dores crónicas. Segundo este autor, mindfulness é a qualidade da consciência que emerge através da prática de prestar atenção ao momento presente com aceitação, abertura, vontade e sem julgamento (Kabat-Zinn, 2003). Inerente a esta definição está também uma atitude de bem-querença/cuidado (bondade, compaixão, alegria altruísta e equanimidade) para com os outros e para com o próprio (Cullen, 2011). No estado de mindfulness os pensamentos e sentimentos

são observados como acontecimentos que ocorrem na mente, sem uma sobre-identificação e sem reagir de forma automática. Nesta medida, a mindfulness pode ser entendida como uma competência metacognitiva que envolve dois processos e que pode ser desenvolvida com a prática (Bishop, et al., 2004). O primeiro diz respeito à autorregulação da atenção que é mantida durante a experiência imediata, permitindo assim um aumento do reconhecimento dos acontecimentos mentais no momento presente. O segundo processo envolve a adoção de uma orientação para a experiência individual no momento presente, notando cada pensamento, sentimento e sensação que vai surgindo na mente.

A relação entre as intervenções baseadas em mindfulness e a promoção de CSE no domínio da mindfulness para professores (e.g., Jennings, 2016; 2017) reflete uma tentativa de aplicar mindfulness para resolver problemas que fazem parte do dia-a-dia, como o stress e o burnout do professor “num lugar natural dentro da educação” (Ergas & Hadar, 2019, p. 29).

A partir de um estudo sobre um programa de promoção de competências socioemocionais baseado em mindfulness para professores, Roeser (2016) propôs um modelo que procurou explicar a teoria de mudança subjacente aos efeitos das intervenções baseadas em mindfulness nos professores, na sala de aula e nos alunos. Segundo este autor a prática de mindfulness ajuda os professores a criar um estado mental mais calmo, mais claro e mais gentil ficando mais disponíveis para perceber e responder às necessidades de autonomia, pertença e competência dos alunos. Ao estarem mais disponíveis e em sintonia com as necessidades e perspectivas dos alunos, estes sentir-se-ão mais seguros, com um maior sentido de pertença e, portanto, mais disponíveis para se envolverem no processo de aprendizagem. Desta forma, o aluno é visto como o “coração” do ensino e da aprendizagem o que contribuirá para a promoção do seu autoconhecimento.

Vários estudos (e.g., Jennings et al., 2017), revisões sistemáticas (e.g., Emerson et al., 2017) e uma meta-análise (Klingbeil & Renshaw, 2018) sobre a eficácia de intervenções baseadas em mindfulness para professores revelaram resultados promissores, principalmente no que diz respeito à redução dos níveis de stress e à promoção das CSE nestes profissionais, atuando como um amortecedor para os efeitos do burnout (Jennings & Greenberg, 2009; Jennings et al., 2017), e melhorando as relações professor-aluno, bem como a gestão da sala de aula (Roeser, 2016).

Apesar do aumento significativo no número de intervenções baseadas em mindfulness para professores nos últimos anos (Ergas & Hadar, 2017) e os seus resultados promissores, um estudo de meta-análise de Klingbeil e Renshaw (2018) apontou para importantes lacunas metodológicas. Esta meta-análise revelou que são escassos os estudos que incluem medidas do clima da sala de aula, e que os efeitos das intervenções baseadas em mindfulness nestes resultados são pequenos.

Finalmente, como esta meta-análise não incluiu medidas de resultados dos alunos (Klingbeil & Renshaw, 2018), não oferece pistas sobre os efeitos das intervenções baseadas em mindfulness para professores nestes resultados.

Com a intenção de contribuir para preencher algumas destas lacunas, o estudo sobre o qual este capítulo se debruça pretendeu avaliar os efeitos proximais e distais de um programa de CSE baseado em mindfulness desenvolvido especificamente para professores e assente no modelo de sala de aula prósocial de Jennings e Greenberg (2009) e no modelo de Roeser (2016). Assim, este estudo teve como objetivos: (1) avaliar os efeitos do programa nos resultados proximais de autorrelato dos professores (regulação emocional, mindfulness e autocompaixão) e nos resultados distais (burnout, bem-estar pessoal e autoeficácia); comportamento dos professores na sala de aula (suporte emocional, organização da sala de aula e suporte instrucional); resultados de heterorrelato dos alunos sobre os professores (perceção do envolvimento dos professores); e resultados de auto-relato dos alunos (afeto, regulação emocional e bem-estar) e de heterorrelato dos pais sobre os filhos (relacionamentos com pares e autoregulação); (2) avaliar a estabilidade temporal e “*sleeper effects*” do programa tanto nos resultados dos professores como nos resultados dos alunos.

## Método

### Design de estudo

Este estudo obedeceu a um desenho experimental com três momentos de recolha de dados: pré-teste, pós-teste e follow-up (3 meses após o pós-teste). Relativamente à recolha de dados foi utilizada uma estratégia multi método e multi informante, incluindo medidas de autorrelato pelos professores e pelos alunos, de observação de comportamentos do professor em sala de aula e de heterorrelato pelos pais sobre os alunos.

### Participantes

Para a análise de dados entre o pré-teste e o pós-teste consideraram-se três amostras: a amostra 1 incluiu 205 professores do 1º ciclo, a amostra 2 incluiu os seus 2502 alunos e a amostra 3 incluiu os pais de 1101 alunos. Na amostra 1, o grupo experimental (GE) incluiu 112 professores com média de 43.19 anos de idade e de 18 anos de serviço; 97.3% eram do sexo feminino e 60% lecionavam os 3º e 4º anos. O grupo de controlo (GC) foi composto por 93 professores com uma média de 44.52 anos de idade e de 20 anos de serviço; 95.4% eram do sexo feminino e 60%

lecionavam o 3º e 4º anos. A amostra 2 do GE incluiu 1381 alunos com uma média de 8.08 anos de idade, 61% eram do sexo feminino e 65% frequentavam o 3º e 4º anos. O GC foi composto por 1121 alunos, com uma média de 8.8 anos de idade, 54% eram do sexo feminino e 66% frequentavam o 3º e 4º anos. Na amostra 3, o GE e o GC incluíram 1271 e 914 pais, respectivamente.

Para explorar os efeitos da intervenção sobre o comportamento dos professores na sala de aula, uma subamostra de professores ( $n = 41$ ) foi considerada para a recolha de dados no pré e pós-teste. O GE foi composto por 23 professores com uma média de 41.83 anos de idade e de 18.37 anos de serviço; 95% eram do sexo feminino, 47% lecionavam no 2º ano e 53% no 3º ano. O GC foi composto por 18 professores com uma média de 47.7 anos de idade e de 22.4 anos de serviço; 83% eram do sexo feminino, 20% lecionavam o 2º ano e 67% o 3º ano.

Devido ao *dropout* entre o pós-teste e o follow-up, o tamanho da amostra considerado para a análise dos efeitos do programa ao longo dos três momentos de recolha de dados foi menor do que o considerado para a análise entre pré e pós-teste. A subamostra 1 compreendeu 136 professores, 83 do GE e 53 do GC. A idade média dos professores do GE foi de 42.75 anos e a média de anos de serviço de 17.48; 96% eram do sexo feminino e 84% lecionavam o 2º e o 3º anos. A idade média dos professores do GC foi de 44.85 anos e a média de anos de serviço de 19.63; 89% eram do sexo feminino e 80% lecionavam o 3º e 4º anos. A subamostra 2 incluiu 1585 alunos, 867 no GE e 718 no CG. A média de idade dos alunos do GE foi de 8.09 anos, 90% eram do sexo feminino e 86% frequentavam o 2º e 3º anos. A idade média dos alunos do GC foi de 8.17, 54% eram do sexo feminino e 86% frequentavam o 2º e 3º anos. A subamostra 3 incluiu 792 e 640 pais no GE e no GC, respectivamente.

## Instrumentos

### Professores

O **Five Facets of Mindfulness Questionnaire** (FFMQ) (Baer, et al., 2006; Gregório & Gouveia, 2011[tradução e adaptação]) foi usado para avaliar as competências de mindfulness. Este questionário é composto por 39 itens distribuídos em cinco subescalas: Observar (8 itens; T1 -  $\alpha = .91$ ; T2 -  $\alpha = .91$ ; T3 -  $\alpha = .81$ ), Descrever (8 itens; T1 -  $\alpha = .90$ ; T2 -  $\alpha = .91$ ; T3 -  $\alpha = .52$ ), Agir com Consciência (8 itens;  $\alpha = .90$ ; T2 -  $\alpha = .90$ ; T3 -  $\alpha = .71$ ), Não-reagir (7 itens; T1 -  $\alpha = .85$ ; T2 -  $\alpha = .86$ ; T3 -  $\alpha = .57$ ), e Não-Julgar (8 itens; T1 -  $\alpha = .91$ ; T2 -  $\alpha = .92$ ; T3 -  $\alpha = .63$ ). Os itens foram avaliados numa escala de 5 pontos [1 (*nunca ou muito raramente verdadeiro*) a 5 (*muito frequentemente ou sempre verdadeiro*)]. A consistência interna para a escala total foi T1 -  $\alpha = .96$ ; T2 -  $\alpha = .96$ ; T3 -  $\alpha = .84$ .

O **Emotion Regulation Questionnaire** (ERQ) (Gross & John, 2003; Vaz & Martins, 2008 [tradução e adaptação]) avaliou a regulação emocional. Este questionário é composto por 10 itens organizados em duas subescalas: Reavaliação Cognitiva (6 itens; T1 -  $\alpha = .76$ ; T2 -  $\alpha = .84$ ; T3 -  $\alpha = .72$ ) e Supressão (4 itens; T1 -  $\alpha = .77$ ; T2 -  $\alpha = .83$ ; T3 -  $\alpha = .60$ ). Os professores responderam numa escala de 7 pontos [1 (*discordo totalmente*) a 7 (*concordo totalmente*)].

A autocompaixão foi avaliada pela **Self-Compassion Scale** (SCS; Neff, 2003; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011[tradução e adaptação]). Esta escala inclui 26 itens e mede como os participantes são gentis e compreensivos consigo mesmos em momentos difíceis. Os professores responderam através duma escala de 5 pontos [1 (*quase nunca*) a 5 (*quase sempre*)]. Os itens negativos foram revertidos e foi calculado um resultado total que apresentou boa consistência interna (T1 -  $\alpha = .96$ ; T2 -  $\alpha = .96$ ; T3 -  $\alpha = .95$ ).

A autoeficácia foi avaliada com a **Escala de Sentido de Eficácia dos Professores** (Tschannen-Moran & Woolfolk Hoy, 2001; Conceição, 2008 [tradução e adaptação]), que compreende 24 itens e uma escala Likert de 9 pontos (1 = *não consigo*; 9 = *consigo quase sempre*). A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala foi T1 -  $\alpha = .98$ , T2 -  $\alpha = .98$ , T3 -  $\alpha = .98$ .

O **Mental Health Continuum — Short Form** (MHC-SF; Keyes, 2006; Matos, et al., 2010 [tradução e adaptação]) compreende 14 itens relativos a sintomas de saúde / bem-estar mental positivo. Os professores avaliaram a frequência de cada sintoma no mês anterior numa escala de tipo Likert de 6 pontos (0 = *nunca* a 5 = *todos os dias*). Os resultados totais foram calculados e mostraram boa consistência interna para T1 -  $\alpha = .95$ , T2 -  $\alpha = .95$  e para T3 -  $\alpha = .95$ .

A experiência percebida pelos professores de sintomas de burnout em relação ao seu trabalho foi avaliada através do **Maslach Burnout Inventory — Educators Survey** (Maslach et al., 1996; Marques Pinto et al., 2005 [tradução e adaptação]). Neste estudo, foram utilizados 14 itens da escala para medir os dois principais sintomas de burnout, Exaustão Emocional (9 itens; T1 -  $\alpha = .90$ ; T2 -  $\alpha = .91$ ; T3 -  $\alpha = .93$ ) e Despersonalização (5 itens; T1 -  $\alpha = .86$ ; T2 -  $\alpha = .87$ ; T3 -  $\alpha = .87$ ). Os professores avaliaram os seus sentimentos e atitudes pessoais numa escala de frequência de 7 pontos [0 (*nunca*) e 6 (*todos os dias*)].

Para explorar os efeitos da intervenção nos comportamentos interpessoais dos professores na sala de aula com os seus alunos, foi realizada a observação sistemática por dois observadores independentes, com o apoio de uma **Grelha de Observação na Sala de Aula** (GOSA). Esta grelha foi desenvolvida especificamente para este estudo com base no Classroom Assessment Scoring System (CLASS) de Pianta, La Paro e Hamre (2006), bem como na conceitualização e sugestões de Van

de Grift (2014), e incluiu as seguintes dimensões principais de comportamentos interpessoais dos professores em sala de aula: Suporte Socioemocional (7 itens; T1 -  $\alpha = .92$ ; T2 -  $\alpha = .91$ ); Atenção Focada no Aluno e Capacidade de Resposta às Necessidades do Aluno (6 itens; T1 -  $\alpha = .83$ ; T2 -  $\alpha = .86$ ); Gestão da Sala de Aula (8 itens; T1 -  $\alpha = .86$ ; T2 -  $\alpha = .80$ ); e Práticas de Ensino (5 itens; T1 -  $\alpha = .91$ ; T2 -  $\alpha = .92$ ). Os observadores classificaram a frequência dos comportamentos dos professores numa escala de 5 pontos [1 (*evidência baixa*) e 5 (*evidência alta*)]. A concordância interobservador variou entre 54% no pré-teste e 59% no pós-teste.

### Alunos

A subescala Envolvimento do questionário **Teacher as Social Context** (TASC, Belmont, Skinner, Wellborn, & Conell, 1992; Roque & Lemos, 2004 [tradução e adaptação]) foi utilizada para avaliar as percepções dos alunos sobre o comportamento dos professores em sala de aula, especificamente em relação ao grau de envolvimento com os alunos. Esta subescala abrangeu 8 itens (T1 -  $\alpha = .71$ ; T2 -  $\alpha = .71$ ; T3 -  $\alpha = .62$ ) avaliados numa escala Likert de 4 pontos (1 *não verdadeiro*; 4 *totalmente verdade*).

Afeto positivo e negativo foram medidos através de uma versão curta em português (Sampaio de Carvalho, & Marques Pinto, 2012) do **PANAS-C** (Laurent et al., 1999). Esta medida é composta por 10 itens estruturados em duas subescalas: Afeto Positivo (5 itens; T1 -  $\alpha = .76$ ; T2 -  $\alpha = .94$ ; T3 -  $\alpha = .73$ ) e Afeto negativo (5 itens; T1 -  $\alpha = .70$ ; T2 -  $\alpha = .89$ ; T3 -  $\alpha = .74$ ). As crianças classificaram a frequência com que sentiram cada emoção nas últimas duas semanas numa escala de 5 pontos [1 ( *muito pouco ou nada*) a 5 (*extremamente*)].

A versão em português para crianças (Sampaio de Carvalho, Pereira, Marques Pinto, & Marôco, 2016) do **Mental Health Continuum — Short Form (adolescentes)** (MHC-SF; Keyes, 2006) foi utilizada para avaliar o bem-estar das crianças e revelou boa consistência interna: T1 -  $\alpha = .83$ , T2 -  $\alpha = .96$  e para T3 -  $\alpha = .82$ .

A versão em português (Sampaio de Carvalho & Marques Pinto, 2016) do **Questionário de Regulação Emocional — Crianças e Adolescentes** (ERQ-CA) (Gullone & Taffe, 2012) foi utilizada para avaliar as estratégias de controle emocional das crianças. O alfa de Cronbach no pré-teste, pós-teste e follow-up para a subescala Reavaliação Cognitiva foi .73, .87 e .64, respetivamente, e para a subescala Supressão .72, .68 e .70, respetivamente.

## Pais

A versão em português (Raimundo, Marques-Pinto, & Alvarez, 2009) de **Home & Community Social Behavior Scales — Escala A: Competência social** (Merrell & Caldarella, 2002) foi utilizada para avaliar o comportamento social dos alunos avaliado pelos seus pais. Esta escala é composta por 32 itens organizados em duas subescalas: Relações entre pares (15 itens; T1 -  $\alpha = .97$ ; T2 -  $\alpha = .97$ ; T3 -  $\alpha = .87$ ) e Autorregulação (17 itens; T1 -  $\alpha = .97$ ; T2 -  $\alpha = .97$ ; T3 -  $\alpha = .89$ ). Os comportamentos foram avaliados numa escala Likert de 5 pontos, [1 (*nunca*) e 5 (*frequentemente*)].

## Procedimentos

### Intervenção

O programa *Atentamente* consiste num curso de formação acreditado pelo Conselho Científico Pedagógico da Formação Contínua (1.2 créditos). O programa, com uma duração total de 30h distribuídas por 10 sessões semanais de 2.5h e uma sessão de reforço com a duração de 5h três meses após a décima sessão, é principalmente experiencial e cada sessão inclui práticas de mindfulness, reflexão de grupo, role-playing e trabalho autónomo em casa (práticas formais e informais de mindfulness). A formação foi implementada em colaboração com três centros de formação de associação de escolas em escolas públicas do 1º ciclo do distrito de Lisboa.

### Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi submetido para apreciação e aprovado pela Comissão Ética e Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. No seguimento desta aprovação foram solicitadas as devidas autorizações aos Diretores das escolas envolvidas e obtidos os consentimentos informados por parte dos Professores e dos Encarregados de Educação dos alunos que participaram no estudo. A confidencialidade dos dados foi assegurada e os protocolos de avaliação foram identificados com um código numérico permitindo o cruzamento dos dados entre os vários momentos de recolha, mas garantindo o anonimato dos participantes.

Os participantes no estudo foram selecionados através dos centros de formação de associação de escolas e distribuídos aleatoriamente em dois grupos, experimental (GE) e controlo (GC). O GE integrou professores dos 2º e 3º anos do 1º ciclo das escolas da rede pública que foram alvo da intervenção com o programa *Atentamente* e seus respetivos alunos. O GC integrou igualmente professores dos 2º e 3º anos do 1º ciclo em lista de espera (que posteriormente foram alvo da intervenção) e os seus alunos.

Os professores responderam aos questionários individualmente e também os aplicaram aos seus alunos na sala de aula. Os questionários dos pais sobre os filhos foram enviados para casa e recolhidos pelos professores nos mesmos momentos de recolha de dados dos professores e alunos.

Os dados de comportamento dos professores na sala de aula foram recolhidos através da observação em sala de aula, com o apoio de uma grelha de observação, por um período de 1h antes e depois do curso. As observações foram realizadas por dois observadores independentes, treinados no uso da grelha de avaliação desenvolvida para o estudo. Um dos observadores fez todas as observações em pré e pós-teste e o outro observador fez ¼ das observações em cada um dos dois pontos de recolha de dados, a fim de analisar a concordância interobservador.

### Análise de dados

Para avaliar as diferenças entre grupos de professores e de alunos (autorrelato e medidas de heterorrelato dos pais), foram utilizadas análises multivariadas de covariância (MANCOVA), controlando idade, sexo, anos de serviço e ano de escolaridade. Com o objetivo de avaliar os efeitos do programa nos professores e alunos, foram utilizadas MANCOVAs, seguidas de análises de covariância (ANCOVA) para as MANCOVAs significativas. Para esta análise, as premissas da MANOVA foram verificadas. Para avaliar a normalidade multivariada, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk ( $p \geq .05$  para os dois grupos) e a homogeneidade das matrizes de covariância para cada grupo foi analisada com o teste M Box (Marôco, 2014b). Em segundo lugar, e de acordo com Tabachnick e Fidell (2001), a fim de compreender a direção da mudança do pré-teste para o pós-teste e do pós-teste para o follow-up, foram calculados os resultados das diferenças (pós-teste menos pré-teste, follow-up menos pós-teste). Estes foram utilizados nas MANCOVAs como variáveis dependentes e o tipo de grupo (experimental vs. controlo) como variável independente, controlando as variáveis que foram significativas no início do estudo. Para avaliar a magnitude dos resultados do programa, foram calculados os tamanhos dos efeitos. Para MANCOVAs foram calculados os Eta Quadrados Parciais e para a comparação dos dois grupos (controlo vs. experimental), foi calculado o  $d$  de Cohen (valores entre 0.20 e 0.40 foram considerados tamanho de efeito pequeno, valores entre 0.5 e 0.7 tamanho de efeito moderado e valores superiores a 0.8 foram considerados tamanho de efeito grande [Cohen, 1992; Durlak, 2009]).

Para analisar as diferenças entre os professores do GE e do GC a partir da subamostra de observação, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para explorar o impacto da intervenção nas variáveis estudadas através da observação (T1 e T2), foi

utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon e o tamanho do efeito foi determinado pelo cálculo do coeficiente  $r$  (Field, 2013).

## Resultados

Em primeiro lugar são apresentados os resultados de pré-teste e pós-teste para as amostras totais de professores, alunos e pais, seguidos dos resultados dos três momentos de recolha de dados para as três respetivas subamostras.

### Análise pré-teste, pós-teste

#### Professores

Os resultados das ANCOVAs follow-up (Quadro 1) indicaram que, ao contrário dos professores do GC, os professores que participaram no programa *Atentamente* apresentaram um aumento significativo nas seguintes dimensões: não-julgar, não-reagir, mindfulness total, bem-estar e autocompaixão e uma diminuição significativa na despersonalização. Para as restantes variáveis, os resultados das ANOVAs follow-up (Quadro 1) também mostraram uma melhora significativa do pré para o pós-teste para o GE nas dimensões observar, descrever, agir com consciência, reavaliação cognitiva e autoeficácia, e uma diminuição significativa na supressão e na exaustão.

**Quadro 1.** Autorrelato dos professores (pré-teste e pós-teste) - Análise de (co) variância follow-up para todas as variáveis

Variável	df	Erro df	F	p	d	Observed power
ANCOVAs follow-up para não julgar, não reagir, mindfulness total, bem-estar, despersonalização						
Não-julgar	1	196	17.61	.000	0.592	0.987
Não-reagir	1	196	47.36	.000	0.970	1.000
Mindfulness total	1	196	82.14	.000	1.278	1.000
Bem-estar	1	196	71.28	.000	1.199	1.000
Despersonalização	1	196	5.075	.025	0.318	0.611
ANCOVAs follow-up para autocompaixão controlando a idade						
Auto compaixão	1	200	46.40	0.000	0.960	1.000

Efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness para professores:  
Um estudo sobre os resultados nos professores e nos alunos

Variável	df	Erro df	F	p	d	Observed power
ANOVAs follow-up para as restantes variáveis						
Mindfulness						
Observar	1	203	62.34	.000	1.113	1.000
Descrever	1	203	43.82	.000	0.930	1.000
Agir com consciência		203	25.88	.000	0.717	0.999
Mindfulness total		203	82.15	.000	1.278	1.000
Regulação emocional						
Reavaliação Cognitiva	1	203	18.26	.000	0.602	0.989
Supressão	1	203	31.37	.000	0.790	1.000
Auto-eficácia	1	203	75.59	.000	1.226	1.000
Burnout						
Exaustão	1	203	33.54	.000	0.816	1.000

### Observação em sala de aula

Relativamente aos comportamentos dos professores na sala de aula (Quadro 2), os resultados mostraram um aumento do envolvimento dos professores do GE com os alunos (dimensão da Gestão da Sala de Aula) e uma diminuição para os professores do GC na adaptação da instrução e adaptação da tarefa (dimensão da Atenção Focada no Aluno e Capacidade de Resposta às Necessidades do Aluno) e um aumento na clareza dos objetivos de aprendizagem (dimensão das Práticas de Ensino).

**Quadro 2.** Comportamentos dos professores na sala de aula - Teste de Wilcoxon para diferenças entre os grupos no pré-teste e pós-teste

Variáveis	Grupo experimental					Grupo de controle				
	Mdn T1	Mdn T2	Z	p	r	Mdn T1	Mdn T2	Z	p	r
Adaptação de instruções <sup>1</sup>	2.67	2.50	-0.713	.476	0.00	3.00	2.17	-2.253	.024	0.35
Adaptação de tarefas <sup>1</sup>	2.34	2.00	-1.776	.065	0.28	2.34	1.84	-1.998	.046	0.31
Envolvimento dos alunos <sup>2</sup>	3.00	3.67	-2.148	.032	0.33	3.00	3.33	-1.460	.144	0.22

Variáveis	Grupo experimental					Grupo de controle				
	Mdn T1	Mdn T2	Z	p	r	Mdn T1	Mdn T2	Z	p	r
Clareza sobre os objetivos de aprendizagem <sup>3</sup>	2.67	3.33	-0.786	.432	0.12	2.34	3.00	-2.34	.25	0.36

**Nota:** <sup>1</sup> Atenção Focada no Aluno e Capacidade de Resposta às Necessidades do Aluno;

<sup>2</sup> Subescala de gestão de sala aula; <sup>3</sup> Subescala de práticas de ensino

## Alunos

Os resultados das ANCOVAs follow-up mostraram um aumento significativo na percepção dos alunos do GE sobre o envolvimento dos professores, no afeto positivo, na reavaliação cognitiva e no bem-estar e uma diminuição significativa no afeto negativo e na supressão (Quadro 3).

**Quadro 3.** Alunos autorrelato e heterorelato dos pais (pré-teste e pós-teste) - análise de covariância follow-up para todas as variáveis

Variável	df	Erro df	F	p	d	Observed power
<i>Autorrelato dos alunos</i>						
ANCOVAs follow-up para envolvimento e reavaliação cognitiva controlando T1						
Reavaliação positiva	1	2498	1052.68	.000	1.305	1.000
Envolvimento	1	2498	1245.61	.000	1.419	1.000
MANCOVAs follow-up para o bem-estar e afetos negativos controlando género, ano de escolaridade e T1						
Bem-estar	1	2.400	915.32	.000	1.217	1.000
Afeto negativo	1	2.400	672.12	.000	1.043	1.000
ANCOVA follow-up para afetos positivos controlando o género e ano de escolaridade						
Afeto positivo	1	2404	820.34	.000	1.152	1.000
ANCOVA follow-up para a supressão controlando T1 e ano de escolaridade						
Supressão	1	2498	81.89	.000	0.364	1.000
<i>Heterorelato de pais</i>						
MANCOVAs follow-up para relação com os pares e autorregulação controlando T1						
Relação com os pares	1	2181	75.58	.000	0.373	1.000
Autorregulação	1	2181	84.94	.000	0.399	1.000

## Pais

Os resultados das ANCOVAs follow-up (Quadro 3) indicaram que os alunos cujos professores tinham participado no programa *Atentamente*, mas não os do GC, apresentaram um aumento significativo no relacionamento com os pares e na autorregulação, de acordo com a avaliação feita pelos seus pais.

## Análise de pré-teste, pós-teste e follow-up

### Professores

As ANCOVAs follow-up (Quadro 4) indicaram que entre o pré-teste e o pós-teste, os professores que participaram no programa *Atentamente*, mas não os do GC, apresentaram um aumento significativo da autocompaixão, observar, descrever, agir com consciência, não-reagir, mindfulness, autoeficácia e bem-estar e uma diminuição significativa na supressão e exaustão; não foi encontrado efeito significativo no não-julgamento e na despersonalização. As comparações entre os resultados do pós-teste e do follow-up mostraram um aumento significativo para o GE, mas não para o GC no bem-estar e autoeficácia e uma diminuição significativa na despersonalização, observar, agir com consciência, não-reagir e mindfulness total; e um aumento significativo da exaustão para o GC; não se encontrou efeito significativo na autocompaixão, não-julgar, descrever, reavaliação cognitiva e supressão.

**Quadro 4.** Autorrelato dos professores (pré-teste, pós-teste e follow-up) - Análise de (co)variância follow-up para todas as variáveis

Variável	df	Erro df	F	p	d	Observed power
Análise covariância follow-up para não-julgar						
Não-julgar (T2-T1)	1	132	2.87	.093	0.300	0.390
Não-julgar (T3-T2)	1	132	0.03	.859	0.031	0.054
Análise follow-up covariância para autocompaixão						
Autocompaixão (T2-T1)	1	132	9.46	.003	0.545	0.863
Autocompaixão (T3-T2)	1	132	3.01	.076	0.307	0.426
ANOVAS follow-up para as restantes variáveis						
Mindfulness						
Observar (T2-T1)	1	134	13.51	.000	0.651	0.954
Observar (T3-T2)	1	134	6.19	.014	0.441	0.695

Efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness para professores:  
Um estudo sobre os resultados nos professores e nos alunos

Variável	df	Erro df	F	p	d	Observed power
Descrever (T2 — T1)	1	134	6.92	.010	0.466	0.743
Descrever (T3-T2)	1	134	3.15	.078	0.314	0.422
Agir com consciência (T2-T1)	1	134	5.87	.017	0.429	0.672
Agir com consciência (T3-T2)	1	134	6.47	.012	0.451	0.714
Não-reagir (T2-T1)	1	134	12.76	.000	0.633	0.944
Não-reagir (T3-T2)	1	134	19.04	.000	0.773	0.991
Mindfulness total (T2-T1)	1	134	22.65	.000	0.843	0.997
Mindfulness total (T3-T2)	1	134	5.04	.026	0.398	0.606
Regulação Emocional						
Reavaliação (T2-T1)	1	134	2.69	.103	0.291	0.370
Reavaliação (T3-T2)	1	134	0.02	.896	0.250	0.052
Supressão (T2-T1)	1	134	11.47	.001	0.600	0.920
Supressão (T3-T2)	1	134	0.31	0.579	0.099	0.086
Autoeficácia						
Autoeficácia (T2-T1)	1	134	21.084	.000	0.813	0.995
Autoeficácia (T3-T2)	1	134	74.87	.000	1.530	1.000
Bem-estar						
Bem-estar (T2-T1)	1	134	17.21	.000	0.735	0.985
Bem-estar (T3-T2)	1	134	5.17	.025	0.403	0.617
Burnout						
Exaustão (T2-T1)	1	134	7.58	.007	0.488	0.780
Exaustão (T3-T2)	1	134	7.40	.007	0.482	0.770
Despersonalização (T2-T1)	1	134	3.39	.068	0.326	0.447
Despersonalização (T3-T2)	1	134	73.69	.000	1.521	1.000

## Alunos

Os resultados das ANCOVAs follow-up (Quadro 5) indicaram que entre o pré-teste e o pós-teste os alunos cujos professores participaram no Programa *Atentamente*, mas não os do GC, apresentaram uma diminuição significativa do afeto negativo e supressão, e um aumento significativo do afeto positivo, bem-estar, reavaliação cognitiva e envolvimento. As comparações entre os resultados do pós-teste e do follow-up indicaram uma diminuição significativa no afeto positivo, supressão, reavaliação cognitiva e envolvimento em ambos os grupos; e nenhum efeito sobre o afeto negativo e o bem-estar.

**Quadro 5.** Autorrelato dos alunos e heterorrelato dos pais (pré-teste, pós-teste e follow-up) - análise de (co)variância para todas as variáveis

Variável	df	Erro df	F	p	d	Observed power
Autorrelato dos Alunos						
ANCOVAs follow-up para afeto positivo e negativo e bem-estar controlando o gênero e T1						
Afeto positivo T2-T1	1	1518	157.41	.000	0.633	1.000
Afeto positivo T3-T2	1	1518	15.57	.000	0.199	0.976
Afeto negativo T2-T1	1	1518	87.87	.000	0.473	1.000
Afeto negativo T3-T2	1	1518	156.49	.000	0.632	1.000
Bem-estar T2-T1	1	1518	153.66	.000	0.626	1.000
Bem-estar T3-T2	1	1518	2.085	.149	0.073	0.303
ANCOVAs follow-up para supressão controlando ano escolaridade e T1						
Supressão T2-T1	1	1581	24.906	.000	0.252	0.999
Supressão T3-T2	1	1581	7.933	.005	0.143	0.804
ANCOVAs follow-up para reavaliação cognitiva controlando T1						
Reavaliação cognitiva T2-T1	1	1582	249.04	.000	0.797	1.000
Reavaliação cognitiva T3-T2	1	1582	64.99	.000	0.407	1.000
ANCOVA follow-up para envolvimento						
Envolvimento T2-T1	1	1583	283.44	.000	0.85	1.000
Envolvimento T3-T2	1	1583	56.357	.000	0.379	1.000
Heterrelato dos pais						
ANCOVAs follow-up para relação com pares e autorregulação controlando T1						
Relação com pares T2-T1	1	1413	691.36	.000	1.399	1.000
Relação com pares T3-T2	1	1413	75.363	.000	0.462	1.000
Autorregulação T2-T1	1	1413	769.01	.000	1.475	1.000
Autorregulação T3-T2	1	1413	64.119	.000	0.426	1.000

## Pais

Os resultados das ANCOVAs follow-up (Quadro 5) indicaram que, de acordo com a avaliação dos pais, os alunos cujos professores participaram no programa *Atentamente*, mas não os do GC, apresentaram entre o pré-teste e o pós-teste um aumento significativo no relacionamento com os pares e autorregulação. Entre o pós-teste e o follow-up, verificou-se um aumento significativo para o GC nas relações com os pares e na autorregulação.

## Discussão

Do ponto de vista conceptual, este trabalho assenta no modelo prósocial da sala de aula de Jennings e Greenberg (2009) e no modelo de Roeser (2016), e teve como objetivos gerais: (1) avaliar os efeitos do programa *Atentamente* (desenvolvido especificamente para professores) nos professores, nos seus alunos e no clima de sala de aula; (2) avaliar a estabilidade dos efeitos a médio prazo do programa *Atentamente*, nos professores e nos alunos.

No que diz respeito aos efeitos do programa nos professores, os resultados deste estudo estão em consonância com estudos anteriores (Jennings et al., 2017), na medida em que mostraram um aumento no autorrelato nas variáveis de mindfulness (não-julgar, observar, agir com consciência, descrever, não-reagir e mindfulness), nas competências de autocompaixão e regulação emocional (aumentando a avaliação cognitiva e diminuindo o uso de supressão), e também um aumento no bem-estar e auto-eficácia. Além disso, os professores que participaram no programa mostraram uma diminuição significativa dos níveis de exaustão e despersonalização. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que mostraram que as práticas de mindfulness estão associadas à redução do sofrimento, melhoria do bem-estar, autorregulação emocional, autocompaixão e autoeficácia (Emerson et al., 2017; Hwang et al., 2019; Jennings, 2016; 2017).

Os resultados sobre os efeitos do programa nas variáveis do clima da sala de aula sugerem que o programa *Atentamente* pode ter contribuído para a manutenção da capacidade de foco destes professores nas necessidades dos seus alunos ao longo do tempo, indo ao encontro de estudos anteriores, que indicam que os professores com melhores competências sociais e emocionais também estão mais preparados para responder adequadamente às necessidades dos seus alunos (e.g., Jennings, et al., 2012). De referir também que os professores do grupo de controlo recorreram com maior frequência à clarificação dos objetivos de aprendizagem, ao contrário do que foi observado nos professores do grupo experimental. Este resultado pode estar relacionado, por um lado, com a maior autonomia dos alunos do grupo experimental, que não precisaram de ser lembrados com tanta frequência dos objetivos de aprendizagem pelos seus professores. Por outro lado, pode estar associado a uma maior capacidade destes professores de envolver os seus alunos no processo de aprendizagem, não precisando, conseqüentemente, de esclarecer os objetivos de aprendizagem com tanta frequência. Estes resultados contribuem para responder a uma das lacunas identificadas na revisão de literatura de Klingbeil e Renshaw (2018), no que diz respeito ao estudo dos efeitos das abordagens baseadas em mindfulness para professores no clima de sala de aula.

No que se refere à percepção dos alunos sobre os comportamentos dos professores em sala de aula, os resultados deste estudo revelaram que os alunos do GE perceberam os seus professores como mais envolvidos na forma como se relacionam, mais afetuosos e sintonizados com as necessidades dos seus alunos. De acordo com os estudos de Skinner e Belmont (1993), este efeito do programa é particularmente promissor, visto que as percepções dos alunos sobre o envolvimento do professor desempenham um papel importante na sua motivação e envolvimento na sala de aula. Este resultado reforça os resultados da observação da sala de aula, referidos anteriormente, e contribui para aprofundar o conhecimento sobre os efeitos que um programa baseado em mindfulness para professores pode ter na percepção dos alunos sobre os seus professores. Na revisão de literatura efetuada para este trabalho não foram encontrados estudos semelhantes, sendo assim de salientar que a avaliação da percepção dos alunos sobre os seus professores contribui para responder a uma das lacunas identificadas na revisão de literatura de Klingbeil e Renshaw (2018).

Para além dos efeitos verificados nas interações comportamentais professor-alunos na sala de aula, os resultados deste estudo também mostram que os alunos beneficiaram indiretamente da intervenção de que os seus professores foram alvo, nomeadamente ao nível das suas competências de regulação emocional, bem-estar e competências de relação com os pares (avaliadas pelos encarregados de educação). Estes resultados são de realçar, uma vez que respondem a duas lacunas identificadas na revisão de literatura sobre a intervenção com professores. A primeira diz respeito à avaliação dos efeitos nos alunos de uma abordagem baseada em mindfulness dirigida aos professores, e a segunda está relacionada com a recolha de dados através de múltiplos informantes (Klingbeil & Renshaw, 2018), neste caso pelos encarregados de educação sobre os seus educandos. Acresce, ainda, que existem muito poucos estudos publicados sobre os efeitos nos alunos das abordagens baseadas em mindfulness para professores, sendo que na revisão de literatura realizada neste trabalho apenas se identificou um estudo com este propósito (Singh et al., 2013). Em conjunto, estes resultados dão suporte à asserção do modelo de Jennings e Greenberg (2009) que sugere que professores com melhores competências socioemocionais e bem-estar positivo, promovem um clima de sala de aula saudável e contribuem para a promoção das competências socioemocionais dos alunos.

No que se refere à estabilidade temporal e “*sleeper effects*” do programa *Atentamente*, os resultados do follow-up nos professores permitem destacar três aspetos. O primeiro indica que os professores melhoraram o seu nível de bem-estar e de autoeficácia para além dos níveis já identificados no pós-teste, e os outros benefícios encontrados no pós-teste não se alteraram significativamente no follow-up.

Estes resultados são muito encorajadores uma vez que a avaliação em follow-up foi realizada muito próximo do fim do ano letivo (época caracterizada por elevados desafios para os professores). O segundo, e no sentido contrário ao esperado, mostra uma descida nas competências de mindfulness (observar, agir com consciência, não reagir e mindfulness total) entre o pós-teste e o follow-up. A não manutenção dos resultados alcançados em pós-teste sugere que pode ser necessária uma intervenção mais longa, através por exemplo do desenvolvimento de sessões de reforço ao longo do tempo, tal como sugerido por Browne et al. (2004). O terceiro, diz respeito ao “*sleeper effect*” encontrado na dimensão de despersonalização uma vez que no follow-up se verificou uma descida nesta dimensão do burnout, que não tinha acontecido entre o pré-teste e o pós-teste. Este resultado vai ao encontro de alguns estudos prévios (Flook et al., 2013) e é especialmente encorajador uma vez que sugere que este tipo de abordagens pode contribuir para a redução deste sintoma de burnout a médio prazo, sendo este resultado difícil de obter com as intervenções cognitivo-comportamentais (e.g., Schaufeli & Enzman, 1998).

No que aos alunos diz respeito é de salientar, no grupo experimental, a manutenção, entre o pós-teste e o follow-up, da menor utilização de estratégias de supressão na regulação de emoções bem como dos níveis de bem-estar e dos afetos negativos. Nas restantes variáveis, afetos positivos, reavaliação cognitiva, envolvimento, autorregulação e relação com os pares (avaliadas pelos encarregados de educação) verificou-se, contudo, uma diminuição significativa entre o pós-teste e o follow-up. Estes resultados reforçam a importância e a necessidade de intervenções específicas para os alunos (Weare, 2019).

A inclusão neste estudo da estabilidade dos efeitos da intervenção, nos professores e nos alunos, a médio prazo contribui para a compreensão dos efeitos das abordagens baseadas em mindfulness ao longo do tempo e responde também a uma das lacunas apontadas na revisão de literatura de Klingbeil e Renshaw (2018). Os resultados de follow-up reforçam, também, a recomendação de vários autores e revisões de literatura de que a promoção de competências socioemocionais e de mindfulness em contexto educacional se inicie com intervenções dirigidas especificamente aos professores, mas que os alunos também beneficiam de intervenções específicas e direcionadas a si próprios (Jennings & Greenberg, 2009; Klingbeil & Renshaw, 2018; Roeser, 2016; Weare, 2019).

Dada a vasta literatura que documenta os elevados níveis de stress e burnout entre os professores, este estudo corrobora a importância de desenvolver e implementar programas baseados em mindfulness para prevenir o sofrimento dos professores e promover o bem-estar profissional e pessoal destes profissionais. Do ponto de vista da intervenção, ao investir na intervenção com os professores, para além dos benefícios individuais mais imediatos, é possível contribuir para a

sustentabilidade dos efeitos a médio / longo prazo construindo assim o caminho para transformação da “cultura” de escola que educa para além das competências académicas, contribuindo para o desenvolvimento de crianças e jovens social e emocionalmente competentes, mais felizes e mais compassivos.

## Limitações

Embora este estudo dê contributos relevantes para a investigação sobre os efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness desenvolvida para professores identificamos a presença de algumas limitações. Em primeiro lugar, no que se refere à observação na sala de aula, destaca-se a baixa concordância interobservador, bem como o tamanho reduzido da amostra e a falta de recolha de dados no follow-up. Em segundo lugar, os resultados de follow-up das dimensões descrever e não-reagir devem ser interpretados com cautela devido aos baixos valores de alfa. Além disso, a recolha de dados qualitativos sobre as perceções dos professores sobre os efeitos das práticas de mindfulness nas experiências pessoais e profissionais durante a implementação do programa poderiam ter contribuído para uma melhor compreensão dos mecanismos de mudança que ocorrem como resultado de uma intervenção baseada em mindfulness. Acresce, ainda, conforme sugerido na literatura, que a não utilização de um grupo de controlo ativo leva a uma leitura crítica e ponderada dos resultados, uma vez que não permite fazer inferências sobre os efeitos acrescidos das intervenções baseadas em mindfulness em comparação com outras intervenções baseadas em evidência científica para promover o bem-estar dos professores (Klingbeil & Renshaw, 2018). Embora os resultados deste estudo sejam promissores, em termos dos efeitos de um programa baseado em mindfulness no clima da sala de aula, estudos futuros também devem explorar o impacto da redução do stress dos professores e do aumento do bem-estar no clima da sala de aula (follow-up) (Klingbeil & Renshaw, 2018). Finalmente, de forma a identificar as melhores práticas de intervenção dentro do contexto educacional, e levando em consideração os resultados encontrados neste estudo, é importante que futuras investigações integrem uma intervenção direcionada ao professor com uma intervenção direcionada aos alunos e explorar os seus efeitos ao nível individual e interpessoal (na sala de aula e na comunidade educativa).

## Referências

- BAER, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- BELMONT, M., Skinner, E., Wellborn, J., & Connell, J. (1992). *Teacher as social context: Two measures of teacher provision of involvement, structure and autonomy support*. University of Rochester.
- BISHOP, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- BLACK, D.S. (2018). *Research publications on mindfulness*. Retrieved from: <https://goamra.org/resources/>
- BROWNE, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., & Majumdar, B. (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: A synthesis of reviews. *Social Science & Medicine, 58*(7), 1367–1384. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00332-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00332-0)
- CASTILHO, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Autocompaixão: Estudo da validação da versão Portuguesa da Escala de Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica, 54*, 203–229. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_8](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8)
- COHEN, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- COLLABORATIVE FOR ACADEMIC, Social, and Emotional Learning - CASEL (2013). *2013 CASEL guide: Effective social and emotional learning programs— Preschool and elementary school edition*. Author.
- CONCEIÇÃO, A. C. (2008). *Autoeficácia, mal-estar e comportamento interpessoal dos professores*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa.
- CULLEN, M. (2011). Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon. *Mindfulness, 2*(3), 186–193. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0058-1>
- DE CARVALHO, J.S., Oliveira, S., Roberto, M.S. et al. (2021). Effects of a Mindfulness-Based Intervention for Teachers: A study on teacher and student outcomes. *Mindfulness 12*, 1719–1732. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01635-3>

- DURLAK, J. A. (2009). How to select, calculate, and interpret effect sizes. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(9), 917–928. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp004>
- EMERSON, L., Leyland, A., Hudson, K., Rowse, G., Hanley, P., & Hugh-Jones, S. (2017). Teaching mindfulness to teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Mindfulness, 8*, 1136–1149. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0691-4>
- ERGAS, O., & Hadar, L. L. (2019). Mindfulness in and as education: A map of a developing academic discourse from 2002 to 2017. *Review of Education, 7*(3), 757–797. <https://doi.org/10.1002/rev3.3169>
- FIELD, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4.ª Ed.)*. SAGE Publications Ltd.
- FLOOK, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., Bonus, K., & Davidson, R. J. (2013). Mindfulness for teachers: A pilot study to assess effects on stress, burnout, and teaching efficacy. *Mind, Brain, and Education, 7*(3), 182–195. <https://doi.org/10.1111/mbe.12026>
- GREGÓRIO, S., & Gouveia, J. P. (2011). Facetas de mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica, 54*, 259–279.
- GROSS, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- GULLONE, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment, 24*(2), 409–417. <https://doi.org/10.1037/a0025777>
- HWANG, YS., Goldstein, H., Medvedev, O.N., Singh, N., Noh, JE & Hand, K. (2019). Mindfulness-based intervention for educators: Effects of a school-based cluster randomized controlled study. *Mindfulness, 10*, 1417–1436. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01147-1>
- JENNINGS, P. A. (2016). CARE for Teachers: A mindfulness-based approach to promoting teachers' social and emotional competence and well-being. In K. Schonert-Reichl & R. Roeser (Eds), *Handbook of mindfulness in education* (pp.133–148). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3506-2\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3506-2_9)
- JENNINGS, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research, 79*(1), 491–525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>

- JENNINGS, P. A., Brown, J. L., Frank, J. L., Doyle, S., Oh, Y., Davis, R., Rasheed, D., DeWeese, A., DeMauro, A. A., Cham, H., & Greenberg, M. T. (2017). Impacts of the CARE for teachers' program on teachers' social and emotional competence and classroom interactions. *Journal of Educational Psychology, 109*(7), 1010-1028. <https://doi.org/10.1037/edu0000187>
- JENNINGS, P., Lantieri, L., & Roeser, R. (2012). Supporting educational goals through cultivating mindfulness: Approaches for teachers and students. In P. Brown, M. Corrigan, & A. Higgins-D'Alessandro (Eds.), *Handbook of prosocial education* (pp. 371-397). Rowan & Littlefield.
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- KABAT-ZINN, J. (2009). Forward to: Clinical handbook of mindfulness. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. xxv-xxxiii). Springer.
- KEYES, C. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 395-402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- KLINGBEIL, D. A., & Renshaw, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for teachers: A meta-analysis of the emerging evidence base. *School Psychology Quarterly, 33*(4), 501-511. <https://doi.org/10.1037/spq0000291>
- LAURENT, J., Catanzaro, S. J., Joiner, T. E., Jr., Rudolph, K. D., Potter, K. I., Lambert, S., Osborne, L., & Gathright, T. (1999). A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 326-338. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.326>
- MARQUES PINTO, A., & Alvarez, M.-J. (2016). Promoção da saúde ocupacional em contexto escolar: Da saúde física ao bem-estar profissional dos professores. In M. J. Chambel (Coord.), *Psicologia da Saúde Ocupacional* (pp. 135-166). Pactor.
- MATOS, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. M. (2010). Preliminary psychometric study of the Mental Health Continuum - Short Form - for youth, in a sample of Portuguese adolescents. *Psychologica, 53*, 131-156. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_53\\_7](https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7)
- MERRELL, K., & Caldarella, P. (2002). *Home and community social behavior scales*. Paul H. Brookes Publishing.
- NEFF, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

- OLIVEIRA, S., Roberto, M.S., Pereira, N.S., Marques-Pinto, A., & Veiga-Simão, A.M. (2021). Impacts of social and emotional learning interventions for teachers on teachers' outcomes: A systematic review with meta-analysis. *Frontier in Psychology*, 12, 677217. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.677217>
- PIANTA, R. C., La Paro, K. M., & Hamre, B. K. (2006). *Classroom assessment scoring system: Manual k-3 version*. Center for Advanced Study of Teaching and Learning.
- RAIMUNDO, R., Marques-Pinto, A., & Alvarez, M. J. (2009). *Tradução e adaptação da Home and Community Social and Behavioral Scales numa amostra de pais portugueses*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ROESER, R. W. (2016). Processes of teaching, learning, and transfer in Mindfulness-Based Interventions (MBIs) for teachers: A contemplative educational perspective. In: Schonert-Reichl K., & Roeser R. (Eds.), *Handbook of mindfulness in education* (pp. 149–170). [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3506-2\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3506-2_10)
- ROQUE, I., & Lemos, M. S. (2004). *Teacher as social context-TASC*. Versão Portuguesa. FPCEUP.
- SAMPAIO DE CARVALHO, J. S., Pereira, N. S., Pinto, A. M., & Marôco, J. (2016). Psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form: A study of Portuguese speaking children/youths. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2141–2154. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0396-7>
- SAMPAIO DE CARVALHO, J., & Marques Pinto, A. (2012). *Tradução portuguesa da Positive and Negative Affect Scale – Children*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- SAMPAIO DE CARVALHO, J., & Marques Pinto, A. (2012). *Tradução portuguesa da Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- SAMPAIO DE CARVALHO, J. S., Pinto, A. M., & Marôco, J. (2016). Results of a mindfulness-based social-emotional learning program on Portuguese elementary students and teachers: A quasi-experimental study. *Mindfulness*, 8(2), 337–350. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0603-z>
- SAMPAIO DE CARVALHO, J. S., Marques-Pinto, A., & Marôco, J. (2016). Adaptação e avaliação do MindUp - um programa de promoção de competências sócioemocionais através de práticas de mindfulness, no 1º ciclo do ensino básico. In Marques-Pinto, A., & Raimundo, R. (Eds.), *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal* (pp. 291-320). Coisas de Ler

- SCHAUFELI, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
- SCHONERT-REICHL, K. A. (2017). Social and emotional learning and teachers. *The Future of Children*, 27, 137-155. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/44219025>
- SINGH, N., Lancioni, G., Winton, A., Karazsia, B., & Singh, J. (2013). Mindfulness training for teachers changes the behavior of their preschool students. *Research in Human Development*, 10(3), 211-233. <https://doi.org/10.1080/15427609.2013.818484>
- SKINNER, E. A., & Belmont, M. J. (1993). Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of Educational Psychology*, 85(4), 571-581. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.85.4.571>
- TABACHNICK, B., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4<sup>th</sup> ed.). Allyn & Bacon.
- TSCHANNEN-MORAN, M., & Woolfolk Hoy, A. (2001). Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17, 783-805. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(01\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(01)00036-1)
- VAN DE GRIFT, W. (2014). Measuring teaching quality in several European countries. *School effectiveness and school improvement*, 25(3), 295-311. <https://doi.org/10.1080/09243453.2013.794845>
- VAZ, F., & Martins, C. (2008). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Validação de dois instrumentos de avaliação do relatório e da capacidade de diferenciação e regulação emocional na idade adulta*. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Atas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (para. 36; 12 págs). CD-ROM. Psiquilíbrios.
- WEARE, K. (2019). Mindfulness and contemplative approaches in education. *Current Opinion in Psychology*, 28, 321-326. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.001>

## CAPÍTULO XX

# **Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida: Clarificação de conceitos, avaliação e implicações, num estudo com profissionais da educação**

### **Maria Nazarete Costa Catré**

Agrupamento de Escolas Eugénio de Castro.

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

### **Joaquim Armando Ferreira**

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

### **Teresa Pessoa**

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra,

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20)

### **Marco Pereira**

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Centro

de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

Ao diferenciar-se dos restantes animais, pela sua postura ereta, o ser humano tomou consciência de si, do outro e do mundo ao seu redor, o que o levou ao questionamento. Viveu, a partir daí, num paradoxo que o tem caracterizado até hoje: a de ser simultaneamente sujeito e objeto. Nesta sua dualidade, tentará encontrar, desde os tempos mais longínquos, resposta às suas interrogações existenciais, incluindo a existência de vida para além da morte. A cerimónia do enterro dos mortos, ainda no período pré-histórico, indicia que o ser humano “testemunha uma interrogação metafísica, uma distância relativamente à natureza (confundido com a natureza, o animal não a pode interrogar (...)) o animal é um com a natureza. O homem é

dois)” (Comte-Sponville & Férry, 2000, p. 67). As primeiras manifestações de caráter religioso ou espiritual do ser humano remontam, assim, à construção de sepulturas e a adoção de um conjunto de rituais a elas associados (e.g., conservação dos corpos ou oferendas que colocava juntos aos mortos, cf. Costa Catré et al., 2016).

Como nos recorda Ebner (1911, citado por Formosinho e Oliveira Branco, 1997, p. 318) “Quanto mais o homem se afasta do animal (...) mais *trágico* é o seu viver”. O ser humano vai descobrir-se como um ser limitado, com prazo de existência, na medida em que “É na morte do outro que o ser humano descobre a sua própria morte. E assim, apesar de vivo, torna-se consciente de que é um «vivo que passeia o seu cadáver»” (Ferry & Vicent, 2003, p. 131). O ser humano descobre-se, assim, a “ser-de-maneira-carecida. Insuficiente (...) percebemos vivencialmente que se trata de uma condição ou natureza não-acidental, mas constitutiva do que somos” (Formosinho & Oliveira Branco, 1997, p. 253), o que é evidenciado nas palavras do poeta Fernando Pessoa: “Ser descontente é ser homem”. Neste seu “*descontentamento*” e inconformismo, busca a plenitude, numa *dinâmica do mais*.

O ser humano não só transcende a sua realidade concreta e a ele próprio, refletindo sobre si, sendo, simultaneamente sujeito e objeto dessa sua reflexão, mas também parte numa procura permanentemente do sentido último da sua existência, ligando-se ao Sagrado, ao Divino e adotando práticas e rituais espirituais e religiosos. Em suma, não só se transcende a si próprio como se abre ao Transcendente. Ao descobrir-se como ser finito que é, abre-se indelevelmente ao infinito.

Um marco histórico importante nesta sua evolução, como ser que se transcende e que se abre ao transcendente, situa-se entre os anos 800-200 a.C., ao designado «tempo axial» “período crucial em que se constituíram as categorias fundamentais com que até hoje pensamos, e tiveram início as religiões mundiais que os seres humanos ainda hoje praticam, as quais têm vindo a perpetuar-se, desde então, ao longo de toda a História da Humanidade” (Costa Catré et al., 2016, p. 73).

A nível ocidental, na Idade Média, a História da Humanidade viria a ser ditada pela fusão dos dois paradigmas de transcendência - a transcendência como razão, presente no pensamento filosófico grego, e a transcendência como revelação oriunda da tradição judaico-cristã - sendo no contexto filosófico teológico desse período temporal que a palavra espiritualidade ganhará visibilidade e se acentuará a religiosidade.

Com o alvorecer da Idade Moderna e a sua visão antropocêntrica, expressa nos aforismos *o homem é medida de todas as coisas e o homem é o centro do Universo* e mais tarde, sobretudo a partir de finais do século XVIII, com a inovação tecnológica, que permitiu descobertas científicas que viriam a revolucionar a História da Humanidade, paulatina e inevitavelmente a religião, a religiosidade e

a espiritualidade serão relegadas para segundo plano, sofrendo um revés na sua notoriedade (Costa Catré, 2016).

Ao nível das Ciências Sociais e Humanas, nas quais se enquadra a Psicologia, pouca ou nenhuma importância lhes viriam a ser dadas. Essa área científica pensaria exclusivamente para a objetividade e para o experimentalismo, por influência da predominância das Ciências Naturais. Nas palavras de Freud (1990) no seu *Projeto para uma Psicologia Científica*, pode ler-se que “a intenção é prover para que a Psicologia seja uma ciência natural” (p. 403), concebendo-se dessa forma essa ciência humana e social com um cariz marcadamente mecanicista e experimental. Lembra-nos Seligman (2008) que “após a desvalorização de Freud, a ciência social permaneceu dúbia acerca da religião. As discussões académicas sobre a fé acusavam-na de gerar culpa, sexualidade reprimida, intolerância, anti-intelectualismo e autoritarismo” (p. 83).

Salientam Pargament e Cummings (2010) que, durante muito tempo, a religião foi perspectivada mais como um fenómeno coletivo, e considerada sobretudo como uma fonte de doenças patológicas, tendo, por isso, sido negligenciada ou relegada para um plano inferior ao nível da investigação científica. Vários foram os nomes, porém, que se demarcaram do caminho entretanto traçado, dos quais se destaca Edmund Husserl (1859-1938), o qual encetou pela ligação entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido, fundando a fenomenologia contemporânea enquanto doutrina filosófica, abrindo caminho a uma senda mais humanista e existencial no campo da Psicologia. Ao caminhar-se num sentido fenomenológico-existencial, ficaria aberto o caminho para se tentar perceber melhor em que medida é que a religião, a religiosidade e a espiritualidade afetam o comportamento humano, quer individual, quer coletivamente.

Embora timidamente, avançaram-se vários estudos nesse sentido, verificando-se um impulsionar dos mesmos com a afirmação da Psicologia Positiva como ramo da Psicologia, em finais do século XX, a qual veio reforçar a importância da espiritualidade, a fé e a religiosidade, perspectivando-a de uma forma positiva, incluindo mesmo esses constructos em dois dos pilares em que a mesma assenta: o estudo da emoção positiva e o dos traços positivos, forças e virtudes cujo exercício sistemático produz aquela emoção. A partir designadamente da recolha de dados sobre os efeitos psicológicos positivos da fé, conclui Seligman (2008) que “a relação entre esperança no futuro e a fé religiosa é provavelmente a base do motivo por que a fé luta tão eficazmente contra o desespero e aumenta a felicidade” (p. 85).

Porém, um longo caminho há ainda a percorrer porquanto não existe um consenso em torno do conceito “espiritualidade”, fruto em grande parte da sua dessacralização, i.e., da sua dissociação da religião, contrariamente ao que se passa com

este último constructo e com o da religiosidade, que obtêm maior concordância no seio académico (Costa Catré et al., 2016).

Sendo a maior parte das investigações na área da religião, da religiosidade e da espiritualidade oriundas de outros países, essencialmente dos Estados Unidos da América, realizámos uma investigação no âmbito do Doutoramento em Psicologia da Educação, intitulado “Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação” (Costa Catré, 2016), que foi pioneira em Portugal pela multiplicidade das variáveis em estudo, associadas à espiritualidade, à religiosidade - orientação religiosa, suporte social religioso, *coping* religioso - e à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual, que aqui daremos nota, clarificando os constructos que a elas subjazem.

Para melhor entendimento dessas variáveis, importa também dar a conhecer quais os instrumentos de medida que as avaliam naquele estudo. Assim, no presente estudo utilizaram-se: o AGE UNIVERSAL I-E Scale 12 (Gorsuch & Venable, 1983; Maltby, 1999) para avaliação da orientação religiosa; a *Multifaith Religious Support Scale* (MFRSS; Bjorck, & Maslim, 2011), para avaliar o suporte social religioso e o Brief RCOPE (Pargament et al., 2011), para avaliar o *coping* religioso. A validação das versões portuguesas europeias do instrumento encontra-se em tese não publicada (Costa Catré, 2016). No que concerne à qualidade de vida (genérica) e qualidade de vida espiritual, foram utilizados os questionários desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS): WHOQOL-100, concretamente o Domínio VI – SRPB, acrónimo de *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* (WHOQOL Group, 1995); versão portuguesa europeia: Vaz Serra et al., (2006a); o WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998); versão portuguesa europeia: Vaz Serra et al., (2006b) e o WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) (WHOQOL-SRPB Group, 2002); versão portuguesa europeia (Costa Catré, 2016), respetivamente.

Por último, abordaremos as implicações que as variáveis utilizadas evidenciaram ter na qualidade de vida em geral e mais especificamente na qualidade de vida espiritual dos Profissionais da Educação. De salientar que, embora centrado em profissionais de educação, a nossa investigação foi enriquecida com os dados obtidos junto da população em geral, dadas as exigências protocolares para a validação do instrumento da OMS que avalia a qualidade de vida espiritual: o WHOQOL-SRPB (Costa Catré et al., 2014; Costa Catré et al., 2017; Costa Catré et al., 2021).

## Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de vida: Clarificação de Conceitos

### Espiritualidade

É no contexto filosófico-teológico medieval da patrística que a palavra espiritualidade surge, associada à graça divina, seguindo a tradição judaico-cristã de que o sopro (Espírito) de Deus está presente no ser humano e que somente a busca e a ligação a Deus o vivificam e o levam à perfeição. Nessa medida, a espiritualidade aparece fortemente associada à religião. A aceção etimológica desta palavra predominante à época é a de *re-ligare*: estando a natureza humana enfraquecida pelo pecado original, somente através da religião o ser humano se pode voltar a ligar à única fonte e/ou sopro de vida que é Deus (Costa Catré et al., 2016).

A história da humanidade penderia, séculos mais tarde, para a “morte de Deus”, numa modernidade secularizada, com a dessacralização e mundanidade da vida. Ainda assim, as manifestações da espiritualidade não se arredaram totalmente da sociedade. Por um lado, homens e mulheres foram-se destacando pela sua vida mística influenciando gerações e, por outro, a secularização fez emergir outras formas dessa espiritualidade se manifestar, influenciando o comportamento humano, individual e coletivamente, pelo que as ciências sociais e humanas, nas quais se inclui a Psicologia, não se alhearam do fenómeno, tal foi o proliferar de “espiritualidades” emergentes. O facto de estas manifestações estarem dissociadas da religião, levou a um amplo debate não só sobre a sua catalogação, mas também quanto à consistência do constructo da espiritualidade por não se encontrar uma definição consensual que as abarcasse. A relação que existe entre a religião e a espiritualidade, designadamente a questão de saber se esta pode valer como constructo *per se*, seria outra polémica.

Urge um consenso para evitar a “contaminação” dos estudos e, conseqüentemente, o seu descrédito (Costa Catré et al., 2016). Entendemos haver uma questão à qual deve ser dada resposta - “o que faz com que o ser humano tenha uma prática espiritual e/ou religiosa que é ancestral, atravessa povos e diferentes culturas?” (Costa Catré et al., 2016, p. 43) – ponto de partida para ultrapassar a dispersão dos estudos e a multiplicidade de definições. Defendemos, no nosso estudo teórico, uma posição eclética, com uma premissa: a de que a espiritualidade é um aspeto vital do ser humano, sendo o que o pessoaliza e humaniza. Vemos a espiritualidade associada a um aspeto originário da existência humana, evidenciado quando o ser humano se separa do animal *tout court*: a transcendência. Entendemo-la num sentido amplo: (1) a capacidade de o indivíduo se autotranscender; (2) a abertura e a ligação ao transcendente (a algo que como o nome indica, o transcende, tenha ele a designação de deus, poder supremo ou outra); (3) a conexão ao mundo e à

magnificência da natureza; e (4) a ligação aos outros. Defendemos que a espiritualidade manter-se-á, ou não, associada à religião uma vez que é uma realidade à qual não poderemos fugir, conforme evidenciamos e sustentamos no nosso estudo (Costa Catré et al., 2016). Na ausência de um consenso sobre o constructo e, no sentido de ultrapassar a descredibilização das investigações sobre a espiritualidade, concordamos com a posição de Oman (2013) quando referimos que primeiro devemos enquadrar muito bem o objeto do nosso estudo e, sobretudo, clarificar os constructos que utilizamos, para saber o que estamos a avaliar.

No que concerne à nossa investigação relativa à avaliação da qualidade de vida em geral e à qualidade de vida espiritual em particular, a mesma teve por base a validação para português europeu do instrumento de medida da OMS, intitulado WHOQOL-SRPB (cf. Costa Catré et al., 2014; Costa Catré et al., 2017; Costa Catré et al., 2021). Nessa medida, o constructo presente nesse estudo foi o adotado pelo grupo de trabalho da OMS (conhecido como WHOQOL-SRPB Group), i.e., o de “dimensão espiritual” de Ross (1995), o qual assenta em três componentes: (1) a necessidade de encontrar sentido, razão e preenchimento na vida; (2) a esperança/vontade para viver; e (3) a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus (Fleck et al., 2003).

## Religiosidade

O constructo da religiosidade, a par com o da religião, tem obtido consenso no meio científico, apesar de se reconhecer que a religião pode ser professada de uma maneira mais ou menos tradicional. Há aspetos e práticas que são comuns a todas as religiões, designadamente os rituais, as crenças, as regras de conduta, e os livros sagrados tidos por revelados e salvíficos. A manifestação da religiosidade pode ser pública, social e institucional (e.g., quando existe o recurso a serviços religiosos e outros atos vivenciados em comum pelos membros do grupo religioso a que pertencem) ou privada e individual (e.g., a prática da oração, a leitura e reflexão de textos sagrados).

A religiosidade pode, assim, ser objetivamente avaliada (pode aferir-se, por exemplo a frequência com que cada pessoa recorre às práticas religiosas, individual e/ou coletivamente). Importa ter presente, no entanto, na avaliação da religiosidade, aspetos subjetivos, por exemplo, o que motiva o indivíduo a aproximar-se da religião e ainda os efeitos que os indivíduos percecionam como benéficos, ou não, por se aproximarem da religião e por terem uma prática religiosa. No presente estudo, para avaliarmos de forma mais compreensiva a religiosidade socorremo-nos de outros três constructos: (1) o da orientação religiosa, trazido pela primeira vez para a discussão científica por Alport e Ross em 1967; (2) o do suporte social religioso

apresentado por Fiala e colaboradores (2002); e (3) o de *coping* religioso preconizado por Pargament (1990).

A orientação religiosa assenta no que motiva os indivíduos a ligarem-se a uma religião, subdividindo-se em intrínseca quando aquela é procurada como um fim em si mesmo e extrínseca quando a pessoa se aproxima da religião para alcançar outros fins, como sejam o estatuto social ou a ajuda económica ou social (Costa Catré, 2016). Concluem Alport e Ross (1967) no estudo que levaram a efeito para dar resposta ao problema que enunciaram “poderemos afirmar que é na religião, ou é ela em si mesma causadora de preconceito e intolerância?”, que “uma pessoa extrinsecamente motivada *usa* a sua religião enquanto uma pessoa intrinsecamente motivada *vive* a sua religião”, explicitando que “In theological terms the extrinsic type turns to God, but without turning away from self” (p. 434).

O suporte social, vulgarmente considerado, tem por base os benefícios que os indivíduos auferem ou percebem auferir. Sendo a aproximação a uma religião muitas vezes motivada pela obtenção de suporte social *lato sensu*, dos estudos tem resultado que o envolvimento religioso se encontra associado positiva e significativamente a níveis elevados de suporte social, recebido e/ou percebido (Costa Catré, 2016). No entanto, não só o suporte social secular releva para entender a aproximação à religião e/ou a sua prática. Um outro conceito importa ter presente - o de suporte social religioso - o qual apresenta especificidades relativamente ao suporte social secular, ao assentar em três tipos de suporte: (1) de Deus; (2) do líder religioso; e (3) do grupo religioso/comunidade religiosa, tal como defendido por vários autores (e.g., Bjorck & Maslim, 2011; Fiala et al., 2002; Lazar & Bjorck, 2008). Ainda que integre o apoio a outros níveis que não os estritamente religiosos e espirituais (e.g., apoio económico e, como tal, o suporte social secular), aparece ligado ao sagrado, direta ou indiretamente, através de um líder religioso e de uma comunidade religiosa, com vantagens pessoais e sociais: o suporte social religioso permite não só lidar com acontecimentos *stressantes*, mas contribui também para o ajustamento individual e emocional, sendo igualmente fonte de pertença, de relacionamento, numa comunidade que professa a mesma fé.

O *coping* pode ser entendido numa vertente secular, tendo a ver com as estratégias que, no seu dia a dia, o indivíduo adota para conseguir lidar e enfrentar as situações *stressantes*, dificuldades e acontecimentos negativos avassaladores. O *coping* religioso distingue-se do *coping* genericamente considerado por essas estratégias se encontrarem associadas à religião e à religiosidade, envolvendo o sagrado. O *coping* religioso é feito, sobretudo, através da confiança que o indivíduo depositou em Deus, ou através da ajuda e da força que aquele percebeu ter recebido da divindade, como forma de lidar ou ultrapassar as dificuldades (Pargament, 1990).

Afirmando que no *coping* religioso ressalta “o papel ativo dos indivíduos na interpretação e na resposta que dão aos acontecimentos stressantes da vida”, Pargament e colaboradores (2011) sintetizam em que consiste o mesmo: (1) tem múltiplas funções, entre as quais se salientam a procura de sentido, identidade, controlo ou até do Sagrado; (2) é um conceito multidimensional (engloba comportamentos, emoções, relações interpessoais e cognições); (3) é, acima de tudo, um processo que é dinâmico e que, por isso, sofre alterações ao longo do tempo, estando dependente do contexto e das circunstâncias; (4) é multifacetado (é um processo que pode ter “bons” ou “maus” resultados); (5) dá um contributo específico para enfrentar os acontecimentos negativos, ao longo de todo o processo, de uma forma específica, na medida em que envolve o Sagrado; e (6) é uma preciosa ajuda para entendermos o fenómeno da religião (p. 2) e, sobretudo, a sua relação com a saúde ou o bem-estar, quando as pessoas são colocadas perante situações críticas ou problemas com que tenham de lidar nas suas vidas (Costa Catré, 2016). Quando existe “uma relação firme, segura, com uma força transcendente, um sentido de ligação espiritual com os outros e um ponto de vista benevolente relativamente ao mundo” estamos perante o *coping* religioso positivo e quando “reflete uma tensão espiritual subjacente e uma luta, não só interior, como com os outros e com o divino”, assume-se como *coping* religioso negativo (Pargament et al., 2011, p. 51). Nos estudos realizados sobre *coping* religioso, “os vários autores concluem que mesmo controlando variáveis sociodemográficas, psicossociais e variáveis relativas à religiosidade (e.g., a frequência com que recorrem aos serviços religiosos, à oração), o *coping* religioso positivo, geralmente, aparece positiva e significativamente associado aos constructos que avaliam o bem-estar e, algumas vezes, inversamente relacionado com variáveis como a ansiedade, a depressão ou a dor. Pelo contrário, o *coping* religioso negativo surge positiva e significativamente correlacionado com estas últimas variáveis e, por vezes, inversamente relacionado com os constructos ligados ao bem-estar” (Costa Catré, 2016, pp. 97-98).

## Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Espiritual

O constructo de qualidade de vida é perfilhado pela OMS no contexto do aumento da esperança média de vida, tendo a sua génese no campo da saúde. Saxena e Orley (1997) apresentam as razões pelas quais a OMS se preocupou com a qualidade de vida: (1) era uma área de grande interesse para a organização o facto de as perturbações mentais terem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas; (2) era necessário avaliar a saúde não apenas em termos de morbilidade e de mortalidade; (3) muitos instrumentos de medida, existentes à época, ainda não tinham uma abordagem subjetiva da qualidade de vida e os que existiam apresentavam limitações próprias decorrentes da Língua e da cultura; e (4) era necessário

introduzir um elemento humanista nos cuidados de saúde, cada vez mais preocupados em abandonar os tratamentos mecanicistas. Nessa medida, foi constituído um grupo de trabalho por especialistas oriundos das mais variadas partes do mundo e distintas culturas – o WHOQOL Group - com uma missão: a de construir um instrumento que avaliasse a qualidade de vida subjetiva e que fosse transcultural.

Em coerência com os princípios daquela organização mundial, consignados na sua Constituição em 1946, a qualidade de vida foi definida por aquele grupo de trabalho como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997). Para avaliar a qualidade de vida em geral, o grupo da OMS contemplou os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Durante o processo de validação do instrumento que avalia a qualidade de vida – o WHOQOL-100 – o último domínio viria a constituir-se, durante o debate dos grupos focais, como um dos aspetos centrais na qualidade de vida das pessoas. Assim, a OMS expandiu o seu estudo à qualidade de vida espiritual, tendo em conta não só os tópicos gerados nos grupos focais dos vários centros de avaliação da qualidade de vida, mas também os que foram propostos por um grupo de especialistas, escalpelizando a dimensão espiritual com mais questões do que as que existiam no instrumento de medida inicial, o WHOQOL-100.

Em relação ao conceito de espiritualidade, o grupo criado *ad hoc* – o WHOQOL-SRPB Group – adotou o constructo de dimensão espiritual de Ross (1995), não perdendo, todavia, de vista a definição de qualidade de vida. Nessa medida, teve-se em conta a percepção do indivíduo no questionário elaborado para o efeito, o WHOQOL-SRPB em questões como as seguintes: *Em que medida é que sente força espiritual interior? Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual lhe dá conforto/segurança? Em que medida é que a fé contribui para o seu bem-estar? Até que ponto é que a força espiritual o(a) ajuda a viver melhor?*

No que respeita à religiosidade, foram considerados os elementos caracterizados da mesma em termos objetivos, como sejam a afiliação religiosa, as atividades classificadas como religiosas, praticadas individual e privadamente, mas também a nível organizacional, bem como a frequência com que elas ocorrem. No sentido de alcançar a percepção dos indivíduos surgem, todavia, outras questões, na ficha de caracterização dos indivíduos, como estas: *Em que medida se considera uma pessoa religiosa/crente/de fé? Em que medida se considera como fazendo parte de uma comunidade/congregação/associação/movimento religiosa/o? Até que ponto a religião é importante na sua vida?*

O constructo da qualidade de vida espiritual incorpora, ainda, as crenças pessoais, tais “como as crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético” (WHOQOL-SRPB, 2002, p. 20) i.e., quaisquer crenças que levem o indivíduo a adotar determinada conduta e/ou a orientar a sua vida. Para aferir a percepção dos indivíduos, adotam-se questões na ficha de caracterização dos sujeitos como esta: *Em que medida tem crenças pessoais fortes?* e perguntas no questionário como por exemplo: *Até que ponto é que as suas crenças o(a) ajudam a dar coerência ao que faz, pensa e sente?*

## Avaliação dos Constructos

### WHOQOL-BREF e WHOQOL-SRPB

Estando a nossa investigação centrada na qualidade de vida e, de forma mais específica, na qualidade de vida espiritual, falaremos primeiramente dos instrumentos utilizados na nossa investigação - o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-SRPB - que foram desenvolvidos por dois grupos de trabalho mandatados pela OMS e que avaliam, respetivamente, a qualidade de vida em geral e a qualidade de vida espiritual.

Do protocolo de validação do WHOQOL-SRPB fazia parte a aplicação conjunta com o WHOQOL-100, o qual incluía o domínio SRPB, que aí figurava como um domínio aferido por 4 questões. Como o nome indica, o WHOQOL-100 é uma medida genérica de qualidade de vida constituído por 100 questões. Sendo o módulo SRPB composto por 32 perguntas, o instrumento de medida afigurava-se-nos demasiado longo, sendo um fator dissuasor para o seu preenchimento.

Existindo já, à data da nossa investigação, uma versão breve daquele instrumento - o WHOQOL-BREF - validada para português europeu (WHOQOL Group, 1998); versão portuguesa: Vaz Serra et al. (2006b), que evidenciou ter “características psicométricas adequadas (...) tornando-se uma alternativa válida ao WHOQOL-100” (Canavarro et al., 2007, p. 26), a nossa opção foi utilizar o WHOQOL-BREF em detrimento da versão mais longa, como determina o protocolo, conjuntamente com as 32 questões do WHOQOL-SRPB, à semelhança do que sucedera na validação da versão brasileira do WHOQOL-SRPB (cf. Panzini et al., 2011).

O WHOQOL-BREF é constituído por 26 itens que estão organizados em quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e ambiente (8 itens). Este instrumento inclui ainda uma faceta geral de qualidade de vida (avaliada por dois itens, um correspondente à qualidade de vida geral e outro à percepção geral de saúde). Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre Nada e Completamente. Resultados

mais elevados refletem uma percepção de melhor qualidade de vida. Por seu turno, o WHOLQOL-SRPB é composto por oito facetas: (1) Ligação a um Ser ou força espiritual; (2) Sentido na vida; (3) Admiração; (4) Totalidade e integração; (5) Força espiritual; (6) Paz; (7) Esperança e otimismo; e (8) Fé. Cada uma destas facetas é avaliada por quatro perguntas. Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, no que respeita à escala de intensidade, entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo). Resultados mais elevados refletem uma percepção de melhor qualidade de vida espiritual.

O processo de validação dos distintos instrumentos WHOQOL obedece a um criterioso protocolo que lhes é comum, constituído por quatro etapas: (1) tradução; (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo quantitativo. No entanto, em cada instrumento, e quando aplicável, devem seguir-se as *guidelines* de acordo com a sua especificidade. No caso do WHOQOL-SRPB, para além de se estabelecer como critério a utilização do instrumento que avalia a qualidade de vida em geral (na nossa investigação, o WHOQOL-BREF), define-se ao nível da amostragem o seguinte: no estudo qualitativo, os grupos focais devem ser constituídos da seguinte forma: “profissionais de saúde (independentemente das suas crenças religiosas); ateus; pessoas com doenças agudas, crónicas e terminais; pacientes que se recuperaram de doenças; membros da religião dominante de cada centro; indivíduos de grupos religiosos minoritários” (Fleck et al., 2003, p. 449); no estudo quantitativo, a amostra deve ser constituída por um mínimo de 240 adultos, sendo que 50% desses deve ter idade inferior a 45 anos, 50% devem ser do sexo masculino e 50% devem ser doentes. Acresce que as crenças espirituais, religiosas e pessoais deverão ser diversificadas, assegurando-se que a amostra não seja inteiramente composta por pessoas religiosas. Além do mais, essa amostra deve ser representativa da religião, das crenças espirituais e pessoais do país onde se situa cada centro de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-SRPB, 2006).

Do nosso estudo qualitativo resultaram dois artigos científicos, já publicados: “O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB” (Costa Catré et al., 2014) e “Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*)” (Costa Catré et al., 2017).

Está em preparação, pelos autores que desenvolveram em Portugal o módulo SRPB, o artigo “Validação para Português Europeu do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas”, que se prende com os estudos psicométricos da versão longa. Em termos de resultados, a análise fatorial confirmatória do WHOQOL-SRPB indicou um ajustamento adequado, corroborando a

estrutura original composta pelas suas oito facetas. O WHOQOL-SRPB apresentou características psicométricas bastante aceitáveis de consistência interna: o  $\alpha$  de Cronbach variou entre .71 (Admiração) e .97 (Fé) assim como validade de conteúdo, mostrando ainda validade convergente e discriminante com o WHOQOL-BREF (Costa Catré, 2016).

Após os nossos estudos de validação da versão longa do WHOQOL-SRPB, e pela sua potencial utilidade, desenvolvemos a validação para português europeu da sua versão breve – o WHOQOL-SRPB BREF – a qual foi originalmente criada por Skevington e colaboradores (2013). Este estudo encontra-se já publicado (Costa Catré et al., 2021). A versão breve do WHOQOL-SRPB permite a sua aplicabilidade de forma mais simplificada uma vez que se restringe a 34 questões, estando organizada em cinco domínios: físico, psicológico, das relações sociais, ambiente e espiritual. As 25 questões dos quatro primeiros domínios respeitam ao WHOQOL-BREF (dimensão genérica da qualidade de vida), que fica assim parte integrante do WHOQOL-SRPB BREF, e as nove questões restantes que aferem o último domínio, são constituídas por oito questões do WHOQOL-SRPB e pela questão sobre espiritualidade constante do WHOQOL-BREF. A análise confirmatória da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB BREF corroborou a estrutura original dos cinco domínios. O instrumento revelou ainda índices satisfatórios de fidelidade, variando o  $\alpha$  de Cronbach entre .71 (domínio das relações sociais) e .87 (domínio espiritual), bem como de validade de constructo e convergente (Costa Catré et al., 2021).

## **AGE UNIVERSAL I/E SCALE-12**

A orientação religiosa foi avaliada, no nosso estudo, pela AGE UNIVERSAL I/E SCALE-12, uma escala que teve a sua génese nas *Religious Orientation Scales* (ROS; Alport & Ross, 1967). Estas escalas viriam a sofrer algumas reformulações com vista a melhorar aspetos como as suas propriedades psicométricas, o seu público-alvo, bem como para superar algumas das críticas que lhe foram sendo feitas ao longo do tempo (Costa Catré, 2016). A AGE UNIVERSAL I/E SCALE-12 (Gorsuch & Venable, 1983; Maltby, 1999); versão portuguesa desenvolvida por Costa Catré (2016) é constituída por 12 itens, distribuídos por três dimensões/subescalas: (1) orientação religiosa intrínseca (seis itens); (2) orientação religiosa extrínseca pessoal (tês itens); e (3) orientação religiosa extrínseca social (três itens). Trata-se de uma escala tipo Likert, com apenas três opções de resposta, em que 1 = Não; 2 = Talvez; e 3 = Sim. Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para o total da escala, sendo de .87 para o conjunto dos 12 itens que a compõem. O  $\alpha$  de Cronbach foi de .91 para a orientação religiosa intrínseca; de .80 para a orientação religiosa extrínseca pessoal; e de .77 para a orientação religiosa extrínseca social (Costa Catré, 2016).

## MULTI-FAITH RELIGIOUS SOCIAL SUPPORT SCALE

Para avaliar o suporte religioso, Fiala e colaboradores (2002) desenvolveram a *Religious Support Scale* (RSS), perspetivando o constructo do ponto de vista do sujeito, da perceção que este tinha do suporte de Deus, do líder religioso e da comunidade religiosa. Bjorck e Maslim (2011) viriam, subseqüentemente a essa investigação com cristãos, a realizar o estudo de validação da *Multi-Faith Religious Social Support Scale* (MFRSS; Bjorck, 2009); versão portuguesa desenvolvida por Costa Catré (2016), que, como o próprio nome indica, se destina a avaliar uma multiplicidade de tradições religiosas. Nesta escala mantiveram as três componentes da escala anterior – (1) Deus; (2) Líder Religioso; e (3) Comunidade Religiosa – por considerarem ser aspetos comuns a qualquer credo religioso. Todavia, adotaram uma linguagem mais ampla ao nível das questões. No próprio introito ao questionário, o autor faz questão de esclarecer o seguinte: “As religiões têm diferentes crenças. Por exemplo, algumas não acreditam em Deus, outras acreditam em um só Deus e outras, ainda, acreditam em muitos Deuses, e há muitos nomes para designar Deus (por ex., Allah, G-d, Jesus, Vishnu, etc.). Algumas religiões têm muitos líderes, outras têm poucos. Existem muitas outras diferenças.”

São cinco as questões iniciais prévias cuja resposta é “Sim/Não” destinadas a uma caracterização dos sujeitos respondentes sobre se: (1) acreditam em Deus; (2) acreditam em mais do que um Deus; (3) participam num grupo religioso; (4) em caso afirmativo, se esse grupo tem “líderes” religiosos (ex. pastor, rabino, padre, imã); e (5) se relacionam com outros participantes no grupo religioso a que pertencem. A MFRSS é uma escala de tipo Likert, com opções de resposta de 1 (Discordo Muito) a 5 (Concordo Muito), que foi construída tendo presente a discussão e sugestões prévias de grupos focais (Bjorck & Maslim, 2011). É constituída por 21 itens distribuídos pelas três componentes: (1) suporte de Deus; (2) suporte do líder religioso; e (3) suporte dos participantes do grupo religioso (suporte da comunidade religiosa).

No presente estudo, o coeficiente de  $\alpha$  para o conjunto dos 21 itens foi de .97. Relativamente às três dimensões da MFRSS, o valor do  $\alpha$  de Cronbach foi .94 para o suporte de Deus, .93 para o suporte do líder religioso e .92 para o suporte dos participantes do grupo religioso, de onde se conclui que a MFRSS demonstrou ter excelentes índices de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008).

## BRIEF RCOPE

O *coping* religioso foi avaliado, no nosso estudo, pelo BRIEF RCOPE (Pargament et al., 2011); versão portuguesa desenvolvida por Costa Catré (2016), uma versão abreviada do RCOPE inicialmente desenvolvida por Pargament (1990). Trata-se de um questionário que é composto por 14 questões: sete avaliam o *Coping* Religioso

Positivo (CRP) e as restantes sete o *Coping* Religioso Negativo (CRN). Os itens são respondidos numa escala de resposta de quatro pontos, variando entre 1 (De modo nenhum) e 4 (Muitíssimo). Nesta escala os indivíduos avaliam a forma como lidam com os acontecimentos negativos da sua vida através da Religião, e em que medida é que o fazem, tendo como ponto de partida um conjunto de afirmações que lhes são dadas. A primeira forma de *coping* (CRP) avalia três aspetos: (1) a relação firme/segura com o Transcendente; (2) o sentido de ligação aos outros; e (3) um ponto de vista benevolente perante os acontecimentos stressantes da vida. A forma de *coping* negativa avalia as tensões e batalhas que o indivíduo trava: (1) consigo próprio; (2) com os outros; e (3) com o Divino, perante esses mesmos acontecimentos.

No nosso estudo, os coeficientes de fidelidade foram calculados para o total do Brief RCOPE e para cada uma das dimensões, sendo de .89 para o conjunto dos 14 itens; de .86 para o CRN e de .93 para o CRP revelando, deste modo, excelentes índices de consistência interna (Costa Catré, 2016).

## Implicações

Ao utilizarmos a nossa amostra total ( $N = 606$ ), no estudo dos instrumentos de medida, e uma subamostra específica com profissionais da Educação ( $n = 416$ ), no estudo que versa sobre estes profissionais (pessoal docente e não docente), pudemos comparar, com a necessária precaução, alguns dos resultados obtidos com uma e outra amostra, pelo menos no que respeita à tendência demonstrada em ambos os estudos.

Com a devida cautela, podemos afirmar que os dois estudos convergiram, desde logo, no sentido de evidenciarem a importância que a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais, quando associadas à qualidade de vida, parecem ter na vida dos nossos participantes. Não deixa de ser curioso que assim seja porquanto, comparativamente, as duas amostras destes estudos, em termos percentuais, divergiram entre si. Os profissionais da Educação apresentaram, em termos percentuais, valores superiores em relação à nossa amostra total: (1) ao nível no Bacharelato/Licenciatura; Mestrado/Doutoramento; (2) no grupo de casados e/ou vivendo em união de facto; (3) ao nível da empregabilidade; (4) na afiliação religiosa (com um valor superior de Católicos) mas, igualmente, no grupo com nenhuma Religião; e (5) na autodefinição como pessoa nada/pouco e moderadamente religiosa/crente/de fé. Em contrapartida, a proporção de profissionais de educação foi inferior à amostra global, no que respeita: (1) à afiliação religiosa, na parte respeitante a indivíduos da Religião Hindu; (2) à autocaraterização como pessoa muito/extremamente religiosa/crente/de fé; (3) no recurso a serviços religiosos;

(4) à pertença a uma comunidade religiosa; (5) a crenças espirituais; e (6) a crenças pessoais fortes. Apesar destas divergências, a dimensão espiritual evidenciou ter reflexos na qualidade de vida dos participantes dos dois estudos. As variáveis sociodemográficas autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé e presença de crenças pessoais revelaram uma capacidade diferenciadora maior do que a das restantes variáveis sociodemográficas, com os indivíduos muito/extremamente religiosos/crentes/de fé e com muitas/muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentarem índices mais elevados de qualidade de vida espiritual, com ganhos para a sua qualidade de vida na medida em que aquela constitui um domínio desta.

Inferimos, a partir dos resultados do nosso estudo que os indivíduos que professam uma religião e que se envolvem nela intrinsecamente são os que demonstram auferir maiores índices de qualidade de vida espiritual e, como tal, de qualidade de vida, quando entendida genericamente. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos nessas áreas (e.g., Ferreira & Neto, 2008; Koenig, 2005, 2012; Koenig et al., 2012; O'Connell & Skevington, 2010; Panzini & Bandeira, 2007; Panzini et al., 2011). Esses mesmos indivíduos são, também, os que percebem maior suporte social religioso, sobretudo no que respeita ao suporte de Deus (cf. Bjorck & Maslim, 2011; Fiala et al., 2002; Lazar & Bjorck, 2008), estabelecendo com Ele uma relação firme e segura que lhes permite processar cognitivamente os eventos stressantes, adversos e trágicos das suas vidas, adotando, em consonância, estratégias positivas ao nível do *coping*, com reflexos para a sua saúde e para a sua qualidade de vida, na linha de outros estudos (Koenig, 2012; Ladd & McIntosh, 2008; Pargament et al., 2011).

## Conclusão

Com a nossa investigação pensamos ter dado um contributo válido e inovador não só em termos teóricos (Costa Catré et al., 2016), mas também a nível empírico nas áreas da religião, da espiritualidade, da religiosidade e das crenças pessoais, associadas à saúde e à qualidade de vida em geral.

A nível teórico e histórico, contribuímos para a compreensão do constructo que menos consenso obtém na literatura – a espiritualidade – recuando desde as suas origens até à atualidade e agregámos as propostas mais sólidas que foram surgindo ao longo dos tempos para ultrapassar a controvérsia na delimitação concetual. Apontámos caminhos para um consenso, assumindo uma posição eclética merecedora de reflexão.

A nível empírico, para além das implicações apresentadas, a nossa investigação trouxe um acréscimo com a validação das versões portuguesas europeias de instrumentos de medida em áreas pouco estudadas em Portugal. Ganhou particular destaque a validação do WHOQOL-SRPB para português europeu. Por um lado, porque da etapa qualitativa com os grupos focais, resultaram duas novas facetas para a versão portuguesa europeia desse instrumento: a *relação com os outros e estilo de vida* (Costa Catré et al., 2017); por outro lado, porque permitiu que, posteriormente, se tornasse possível a validação de uma versão breve desse instrumento, o WHOQOL-SRPB BREF. Esta versão tem a vantagem de ser mais fácil de administrar devido não só ao menor número de questões, mas também por incorporar já as questões que avaliam as dimensões fundamentais da qualidade de vida geral. Ganha relevo esta última particularidade porquanto centraliza os constructos da espiritualidade, da religiosidade e das crenças pessoais no campo definido pela OMS - o da qualidade de vida - permitindo definir claramente o objeto do seu estudo: o da qualidade de vida espiritual (Costa Catré et al., 2021).

Ainda que os estudos empíricos que levámos a efeito possam beneficiar de um maior aprofundamento, em virtude de estarmos perante estudos exploratórios, tendo ainda o condicionalismo de se basear em amostras de conveniência, não podemos deixar de assinalar alguns dos seus pontos fortes, desde logo o tamanho considerável da amostra, a agregação nessa amostra de indivíduos que professam uma grande variedade de religiões e igualmente dos que não têm qualquer afiliação religiosa. Por outro lado, as evidências que resultam dos nossos estudos são reveladoras que a dimensão espiritual do ser humano não pode ser descurada em investigações que incidam designadamente sobre a saúde e a qualidade de vida dos portugueses em geral e dos profissionais da educação em particular.

## Referências

- ALLPORT, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.  
<https://doi.org/10.1037/h0021212>
- BJORCK, J., & Maslim, A. (2011). The Multi-Faith Religious Support Scale: Validation with a sample of Muslim women. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(1), 62-80.  
<http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0006.105>
- CANAVARRO, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T., & Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Org.), *Avaliação psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Quarteto.
- COMTE-SPONVILLE, A., & Ferry, L. (2000). *A sabedoria dos modernos - Dez questões para os nossos tempos*. Instituto Piaget.
- COSTA CATRÉ, M. N. (2016). *Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais: Um estudo com profissionais da educação* [Tese de Doutoramento não publicada]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- COSTA CATRÉ, M. N., Ferreira, J. A., Catré, M. C., & Pereira, M. (2021). Development and application of a short-form questionnaire for assessing spiritual, religious and personal beliefs related to quality of life (WHOQOL-SRPB-BREF) in Portugal. *Applied Research in Quality of Life*, 16, 241-258.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11482-019-09764-7>
- COSTA CATRÉ, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Catré, A., & Catré, M. C. (2016). Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. *Análise Psicológica* 34(1), 31-46. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.877>
- COSTA CATRÉ, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Catré, A., Catré, M. C., & Pereira, M. (2017). Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 51(2), 73-98.  
[https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_51-2\\_4](https://doi.org/10.14195/1647-8614_51-2_4)
- COSTA CATRÉ, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 32(4), 401-417.  
<http://dx.doi.org/10.14417/ap.872>

- FERREIRA, A., & Neto, F. (2008). Religiosidade e bem-estar ao longo da vida. *INFAD Revista de Psicologia, 1*, 407-418.
- FERRY, L., & Vicent, J. D. (2003). *O que é o Homem? Sobre os fundamentos da Biologia e da Filosofia*. Edições ASA.
- FIALA, W., Bjorck, J., & Gorsuch, R. (2002). The Religious Support Scale: Construction, validation and cross-validation. *American Journal of Community Psychology, 30*(6), 761-786. <https://doi.org/10.1023/A:1020264718397>
- FLECK, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública, 37*(4), 446-455. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>
- FORMOSINHO, S., & Oliveira Branco, J. (1997). *O brotar da criação – Um olhar pela Ciência, a Filosofia e a Teologia*. Universidade Católica Portuguesa.
- FREUD, S. (1990). Projeto para uma psicologia científica. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (3ª ed., Vol. 1, pp. 381-511). Imago. (Trabalho original publicado em 1950)
- GORSUCH, R. L., & Venable, G. D. (1983). Development and validation of an Age I-E scale. *Journal for the Scientific Study of Religion, 22*(2), 181-187. <https://doi.org/10.2307/1385677>
- KOENING, H. (2005). *Faith and mental health: Religions resources for healing*. Templeton Foundation Press.
- KOENING, H. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network*, <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- KOENING, H., King, D., & Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health* (2ª ed.). Oxford University Press.
- LADD, K., & McIntosh, D. (2008). Meaning, God and prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. *Mental Health, Religion and Culture, 11*(1), 23-38. <https://doi.org/10.1080/13674670701475053>
- LAZAR, A., & Bjorck, J. (2008). Religious support and psychosocial well-being among a religious Jewish population. *Mental Health, Religion & Culture, 11*(4), 403-421. <https://doi.org/10.1080/13674670701486142>
- MALTBY, J. (1999). The internal structure of a derived, revised and amended measure of the religious orientation scale: The 'Age-Universal' I-E Scale 12. *Social Behavior and Personality, 27*(4), 407-412. <https://doi.org/10.2224/sbp.1999.27.4.407>

- O'CONNELL, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 729-748.  
<https://doi.org/10.1348/135910709x479799>
- OMAN, D. (2013). Defining religion and spirituality. In R. Paloutzian & C. Park (Org.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2ª ed., pp. 23-47). The Guilford Press.
- PANZINI, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, 45, 153-165.  
<https://doi.org/10.1590/s0034-89102011000100018>
- PANZINI, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- PARGAMENT, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. In D. McIntosh, B. Spilka, D. Moberg, & M. Lynn (Orgs.), *Research in the social scientific study of religion* (Vol. 2, pp.195-224). The JAI Press.
- PARGAMENT, K., & Cummings, J. (2010). Anchored by faith. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Org.), *Handbook of adult resilience* (pp. 193-210). The Guilford Press.
- PARGAMENT, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.  
<https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- PESTANA, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Edições Sílabo.
- ROSS, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00007-k](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00007-k)
- SAXENA, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12(Suppl.3), 263-266.  
[https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(97\)89095-5](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(97)89095-5)
- SELIGMAN, M. (2008). *Felicidade autêntica, os princípios da Psicologia Positiva*. Editora Pergaminho.
- SKEVINGTON, S. M., Gunson, K. S., & O'Connell, K. A. (2013). Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Quality of Life Research*, 22(5), 1073-1083. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0237-0>

- VAZ SERRA, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S. Quartilho, M.J. ...Paredes, T. (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- VAZ SERRA, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S. Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).
- WHOQOL GROUP. (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- WHOQOL-SRPB GROUP. (2002). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) field-test instrument*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-04>
- WHOQOL SRPB GROUP. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>

# Revisores

**Aristides Ferreira**, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

**Bárbara Nazaré**, Faculdade de Ciências Humanas,  
Universidade Católica Portuguesa

**Carlos Gonçalves**, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação,  
Universidade do Porto

**Elisa Santana Monagas**, Universidade de Las Palmas de Gran Canaria

**Emerson du Bu**, Universidade de Virginia

**Evely Boruchovitch**, Unicamp

**Joana Alexandre**, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

**Joana Duarte**, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

**Ludovina Ramos**, Universidade de Évora

**Luísa Grácio**, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora

**Manuel Rafael**, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

**Maria Assunção Flores**, Instituto de Educação, Universidade do Minho

**Maria Correia**, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade Católica de Viseu

**Maria Elisa Chaleta**, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora

**Maria José D. Martins**, Instituto Politécnico de Santarém

**Sara Magalhães**, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação,  
Universidade do Porto

**Sidclay B. Souza**, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Católica del Maule

Agradecemos aos revisores os seus preciosos contributos  
para a melhoria dos capítulos.