



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**AUTOCRITICISMO, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E
MINDFULNESS EM PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES
QUE ACOMPANHAM PESSOAS COM AUTISMO E
PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES COM UTENTES SEM
PERTURBAÇÃO NEURODESENVOLVIMENTAL**

LISA MARIE FIGUEIREDO CARVALHO

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Coimbra, Outubro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**AUTOCRITICISMO, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E
MINDFULNESS EM PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES
QUE ACOMPANHAM PESSOAS COM AUTISMO E
PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES COM UTENTES
SEM PERTURBAÇÃO NEURODESENVOLVIMENTAL**

LISA MARIE FIGUEIREDO CARVALHO

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Clínica – Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo, Professora Auxiliar

Co-orientadora: Professora Doutora Mariana Marques, Professora Auxiliar Convidada

Coimbra, Outubro de 2015

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a todas as pessoas que sempre acreditaram em mim e que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade, e assim quero deixar o meu agradecimento:

À minha orientadora, Professora Doutora Helena Espírito-Santo e co-orientadora Professora Doutora Mariana Marques pela disponibilidade, dedicação, compreensão, apoio, profissionalismo e partilha de conhecimentos ao longo deste trabalho.

À minha orientadora de estágio, Doutora Tânia Morais e a toda a equipa da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Coimbra, pela disponibilidade, ajuda e partilha de conhecimentos.

A todas as instituições que aceitaram participar na investigação e a todas as pessoas que despenderam do seu tempo para me receber e responder aos questionários.

À minha família, principalmente aos meus pais, irmão e avós maternos pelos sacrifícios que fizeram para que eu conseguisse completar esta etapa da minha vida académica, sempre com uma palavra e um gesto de incentivo.

Ao meu namorado, pela amizade, pelo amor, pelo apoio, preocupação e incentivo ao longo de todo o meu percurso académico, pelas viagens que não me deixou fazer sozinha no momento de recolha de amostra para o trabalho, pela tolerância e presença nos momentos mais difíceis e pela compreensão das minhas ausências em vários momentos. Obrigada!

Às minhas amigas Andreia Rodrigues, Rute Almeida, Joana Mourão, Lúcia Oliveira, e Marisa Andrade que tiveram sempre uma palavra de incentivo e de apoio, ao longo de todo o percurso académico.

RESUMO

Introdução: Assumimos que queixas referidas por profissionais que trabalham com autismo são semelhantes às referidas por pessoas que trabalham com deficiência mental, dado o autismo ser considerado uma perturbação neurodesenvolvimental com manifestações semelhantes às situações de deficiência mental. Assim, são nossos objetivos: analisar e comparar níveis de autocrítico, estratégias de *coping* e *mindfulness* em profissionais de instituições que acompanham pessoas com autismo e em profissionais de instituições que acompanham pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental; analisar e comparar os mesmos grupos num conjunto de variáveis sociodemográficas e profissionais; explorar associações entre as diferentes variáveis referidas em ambos os grupos.

Metodologia: Cinquenta e três profissionais (25 que acompanham pessoas com autismo e 28 que acompanham pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental; sexo feminino, $n = 44$; 83,0% e sexo masculino, $n = 9$; 17,0%) preencheram um questionário sociodemográfico, o *Brief Cope*, a Escala das Formas de Autocrítico e Auto-tranquilização, o Inventário de Resolução de Problemas, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos e o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg.

Resultados: Existem associações entre os profissionais que trabalham com autismo e profissionais que trabalham com pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental nas variáveis *formação em deficiência e/ou em doença mental*. Profissionais que trabalham com autismo apresentam valores mais elevados nas dimensões: *Planear (Brief Cope)*, *Eu tranquilizador (Escala das Formas de Autocrítico e Auto-tranquilização)*, *Confronto e resolução ativa dos problemas (Inventário de Resolução de Problemas)* e *Índice Geral de Sintomas (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)*. Existem diferenças significativas nas dimensões *Religião*, *Sensibilidade Interpessoal* e *Ansiedade Fóbica* com os profissionais que acompanham pessoas com autismo a ter valores mais baixos.

Conclusão: Profissionais que trabalham com autismo distinguem-se de profissionais que trabalham com pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental, apresentando níveis mais elevados quanto à formação em deficiência e/ou doença mental e níveis mais baixos em relação à religião enquanto estratégia de coping.

Palavras-chave: autismo; cuidadores formais; profissionais; autocrítico; estratégias de coping; *mindfulness*.

ABSTRACT

Introduction: We assume that complaints referred to by professionals working with autism are similar to those for people who work with mental disabilities, as autism be considered a neurodevelopmental disorder with manifestations similar to those of mental deficiency situations. So are our objectives: analyze and compare levels of self-criticism, coping strategies and mindfulness in professional institutions that accompany people with autism and professional institutions that accompany people without neurodevelopmental disorder; analyze and compare the same groups with sociodemographic and professional variables; explore associations between the various variables mentioned in both groups.

Methodology: Fifty-three professionals (25 accompanying persons with autism and 28 accompanying persons without neurodevelopmental disorder; female, $n = 44$; 83.0 % and male, $n = 9$, 17.0 %) completed a sociodemographic questionnaire, the Brief Cope, the Forms of self-criticizing and reassuring scale, the Problem Solving Inventory, the Brief Symptom Inventory and the Freiburg Mindfulness Inventory.

Results: There are associations between professionals working with autism and professionals working with people without neurodevelopmental disorder in the variables formation deficiency and/or mental illness. Professionals working with autism have higher values in the dimensions: Planning (Brief Cope), I reassuring (Scale of self-criticism Ways and Self-reassurance), Clash and active problem solving (Resolution Inventory Problems) and Symptoms of Contents (Brief Symptom Inventory). There are significant differences in Religion, Interpersonal Sensitivity and Phobic Anxiety with professionals working with autism having lower values.

Conclusion: Professionals who assist people with autism are distinguished from professionals who work with people without neurodevelopmental disorder, having higher values in training in disability and/or mental illness and having lower values in religion as a coping strategy.

Keywords: autism; formal caregivers; professionals; self-criticism; coping strategies; mindfulness.

ERRATA

Errata referente à dissertação de Mestrado intitulada “Autocriticismo, estratégias de *coping* e *mindfulness* em profissionais de instituições que acompanham pessoas com autismo e profissionais de instituições com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental”, realizada por Lisa Marie Figueiredo Carvalho.

Página	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
Resumo	19	“Profissionais que trabalham com autismo apresentam valores mais elevados nas dimensões...”	Profissionais que trabalham com autismo apresentam valores mais baixos nas dimensões: <i>Religião (Brief Cope)</i> , <i>Sensibilidade Interpessoal</i> e <i>Ansiedade Fóbica (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)</i> , comparativamente aos profissionais que trabalham com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental.
Abstract	16	“Professionals working with autism have higher values in the dimensions...”	“Professionals working with autism have lower values in Religion (Brief Cope) and Interpersonal Sensitivity (Brief Symptom Inventory) compared to professionals who work with people without neurodevelopmental disorder.”
19	8	“...do BC e nas dimensões <i>Sensibilidade Interpessoal...</i> ”	“...do BC e na dimensão <i>Sensibilidade Interpessoal...</i> ”

1. INTRODUÇÃO

1.1. Autismo

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014), o autismo é considerado uma perturbação do neurodesenvolvimento, com base genética, acompanhada por outras patologias, fobias, perturbação do sono ou alimentação, birras e autoagressividade que se caracteriza por défices na comunicação e na interação social em diversos contextos, bem como défices na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não-verbais e capacidades de desenvolver, manter e entender relacionamentos (APA, 2014; Federação Portuguesa de Autismo, 2014; O'Callaghan, 2002).

Desde o século XIX, com o reconhecimento de casos de crianças com distúrbios mentais resultantes de desordens do desenvolvimento e com perdas de linguagem, habilidades mentais, dificuldade de interação social, falta de interesse em atividades e sintomatologia semelhante às das crianças atualmente diagnosticadas com autismo e com a introdução posterior do termo espectro, o autismo passou a ser designado por Perturbação do Espectro do Autismo, integrando as Perturbações Globais do Desenvolvimento. Em termos de prevalência, em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Saúde (2010), em 1000 crianças, uma era portadora desta perturbação (APA, 2014; Federação Portuguesa de Autismo, 2014; Pires, 2003; Soares et al., 2000).

Devido à multiplicidade de causas e áreas afetadas, a Perturbação do Espectro do Autismo está associada a várias patologias que agravam o quadro existente. Contudo, existem umas mais relevantes que outras, sendo de interesse realçar-se: défice cognitivo, que varia de indivíduo para indivíduo; perturbação de hiperatividade com défice de atenção que, em conjunto com desatenção e impulsividade, se torna incapacitante do desempenho, prejudicando o dia-a-dia da criança; perturbações do sono, bastante frequentes em crianças com autismo constituindo uma sobrecarga para os pais devido aos elevados níveis de stresse associado que, provoca cansaço extremo para os pais, tendo também um impacto negativo no comportamento destas crianças; graves perturbações alimentares, caracterizadas pela ingestão de uma variedade menor de alimentos em comparação com crianças com um desenvolvimento normal (dieta muito restrita e monótona, chegando a recusar alimentos como fruta e vegetais); epilepsia; preocupação excessiva com repetições e ordenação, armazenamento e acumulação, ou seja, dizer ou perguntar várias vezes a mesma coisa ou revelar tendências de auto-mutilação (De Lima, 2012; Geschwind, 2009; Macedo e Pocinho, 2000; Souders et al., 2009).

1.2. Cuidadores formais: autocriticismo, estratégias de *coping* e *mindfulness*

Ao pensarmos no trabalho com pessoas com deficiência, autismo ou qualquer outra patologia, temos de ter em conta que existem dois tipos de cuidadores: os cuidadores informais, elementos da família, sem preparação académica ou profissional na área da saúde e cuidadores formais que são todos os profissionais de saúde que assumem formalmente o exercício de uma profissão para a qual tiveram preparação académica e/ou profissional (Oliveira, Queirós e Guerra, 2007; Rocha, Vieira e Sena, 2008).

O trabalho com pessoas portadoras de deficiência mental e desta patologia, em específico, é exigente e desgastante a nível físico e psicológico, exigência que diz respeito aos aspetos físicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem um investimento físico e/ou mental ao qual estão associados custos psicológicos afetando diversas áreas da vida dos cuidadores formais, com consequências que vão além do seu desempenho profissional (Lin et al., 2009; Raina et al., 2004; World Federation for Mental Health, 2014).

Visto que, ao longo da recolha bibliográfica não encontramos nenhuma investigação dentro da área de cuidadores formais de pessoas com autismo e uma vez que esta patologia é considerada uma perturbação neurodesenvolvimental com manifestações, em muitos aspetos, semelhantes às situações de deficiência mental, pode assumir-se que algumas das queixas referidas por cuidadores formais de pessoas com autismo sejam as mesmas que cuidadores formais de pessoas com deficiência mental assinalam. Estudos sobre cuidadores formais na área da deficiência mental salientam o stresse, a agitação psicomotora, o cansaço e sentimentos de impotência, como sendo as principais queixas identificadas por estes cuidadores, queixas estas que advêm das situações vividas de descompensação grave visto que o sofrimento da pessoa com deficiência por vezes é tanto que desgasta quer a pessoa, quer o cuidador (Dinis, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011; Lin et al., 2009; Raina et al., 2004).

É também importante referir que a dependência da pessoa com deficiência causa um impacto que atinge os aspetos da vida familiar do cuidador, potenciando o sofrimento em termos de aumento da sobrecarga e perda de qualidade de vida, impacto este de natureza psicossocial, física, socioeconómica e situacional, sendo importante e necessário que os cuidadores tenham formação específica, dado que esta pode ajudar a ter uma maior capacidade para gerir os desafios, proporcionando apoio emocional e segurança. Se os cuidadores tiverem maior conhecimento sobre a condição (autismo; deficiência) da pessoa que estão a cuidar, as suas causas e consequências, tal altera a forma de reagir e agir com esta pessoa (Braunstein-Bercovitz, 2014; Goodhead e McDonald, 2007).

O conhecimento insuficiente dos cuidadores sobre a condição, os sintomas e mesmo a medicação tomada, pode contribuir para um confronto desajustado com a mesma, promovendo o desenvolvimento de sentimentos de frustração, impotência, dificuldades de regulação emocional, uso de estratégias de *coping* desadaptativas (ou uso reduzido das mesmas) e sentimentos de culpa e punição. Estas queixas afetam negativamente a visão que os cuidadores têm de si mesmos, sendo importante ter-se em conta os recursos físicos, mentais, financeiros, materiais e sociais que os cuidadores têm disponíveis para lidar com as diversas situações para determinar as estratégias de *coping* que eles usam para fazer frente a essas mesmas situações (Braunstein-Bercovitz, 2014).

Uma vez que os cuidadores formais trabalham para manter um equilíbrio entre família e profissão, muitas vezes a sua saúde física e emocional estão comprometidas, aspetos estes que são importantes para a qualidade da sua vida pessoal e para o bem-estar da pessoa que recebe os seus cuidados. Em geral, sofrem, além de altos níveis de stresse (como já referido), níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, podendo manifestar comportamentos prejudiciais como o uso de álcool ou de outras substâncias, comparativamente à população em geral (Gross, 2002; Monin e Schulz, 2009).

Com base na literatura recolhida sobre cuidadores de pessoas com deficiência mental verifica-se que o acompanhamento destas pessoas tem como consequência um desgaste que faz com que quem cuida apresente uma auto-avaliação bastante negativa. O autocriticismo é uma forma de auto-avaliação negativa (auto-punição e auto-condenação) dirigida a vários aspetos do eu, como a aparência e atributos físicos, comportamentos, pensamentos internos, emoções e características de personalidade. As qualidades do autocriticismo estão ligadas a dois processos básicos: o grau de hostilidade, desprezo e repugnância autodirigida e a incapacidade relativa de gerar sentimentos de calor, tranquilização e aceitação autodirigidos, ou seja, o autocriticismo, além de estar relacionado com o conteúdo dos pensamentos auto-críticos, está também relacionado com os efeitos da raiva e aversão contidos na visão crítica do eu (Castilho e Gouveia, 2011; Gilbert e Procter, 2006).

Por autocriticismo entende-se, então, uma forma de relação eu-eu em que uma parte do eu descobre falhas e defeitos assumindo uma postura dura e de auto-avaliação negativa face ao próprio sofrimento e que acusa, condena e detesta a outra parte do eu. É, então, um construto multidimensional que apresenta diferentes formas (para diferentes fins criticamo-nos de diferentes formas) e com diferentes funções. Quanto às formas do autocriticismo, destacam-se o eu inadequado, associado a uma sensação de inadequação face a fracassos e derrotas, o eu

tranquilizador, em que a pessoa apresenta capacidade de se tranquilizar, reconfortar, acalmar e ter auto-compaixão em situações de falha ou fracasso e o eu detestado, em que há uma perseguição agressiva para se magoar a si mesmo e um sentimento de ódio e auto-repugnância. Quanto às funções do autocriticismo existem duas: auto-correção (tentativa de prevenir que a pessoa cometa erros, estando a auto-crítica associada ao medo em se tornar inadequado, optando por continuar a auto-criticar-se de forma a parar de cometer erros) e auto-ataque (a pessoa ataca-se, magoa-se e faz mal a si mesma ou a elementos detestados, entendidos como prejudiciais à própria pessoa ou em situações em que sente que falhou em tarefas importantes). (Amaral, Castilho e Gouveia, 2010; Castilho, Gouveia e Amaral, 2010).

Tendo em conta a complexidade do trabalho na área da deficiência (e autismo), o constante stress vivido pelos cuidadores formais e as dificuldades que este trabalho apresentam, é então necessário que os cuidadores sejam capazes de lidar com as diversas situações da forma mais coerente possível e para isso é necessário que estes possuam “boas” estratégias de *coping*, entendidas como um conjunto de pensamentos e ações que o indivíduo utiliza para lidar com situações de risco, tendo em conta a avaliação da situação e os recursos disponíveis (Raina et al., 2004).

Ao longo de todo o trabalho com doentes com deficiência mental (e autismo) é frequente o cuidador formal vivenciar situações stressantes, sendo que o stress surge quando a relação entre a pessoa e o ambiente é avaliada como excedendo os recursos que a própria pessoa dispõe, tornando-se assim uma ameaça para o seu bem-estar. Assim, é importante terem-se em conta as estratégias que os cuidadores possuem e utilizam para lidar com o stress (Lazarus, 1999).

As estratégias de *coping* dividem-se, então, em dois grandes grupos: *coping* focado no problema (lidar com o problema que está a causar sofrimento; a pessoa tenta agir direta e ativamente sobre a situação ameaçadora de forma a solucionar-la, removê-la ou alterá-la) e *coping* focado nas emoções (enfrentamento focalizado nas emoções; aqui as estratégias relacionam-se com a regulação dos estados emocionais). Ambos os tipos de estratégias são ações próprias para lidar com o stress numa situação particular, estando centradas em três aspetos diferentes: resolução do problema (usada quando o sujeito tem a perceção de que há uma solução para o problema), controlo das emoções (utilizada quando o indivíduo pensa que a única solução que tem é “aguentar”) e obtenção de apoio social (procura de compreensão, apoio emocional e afetivo, que podem ajudar o sujeito a permanecer na procura da resolução dos problemas ou até mesmo chegar à resolução definitiva deles) (Pais-Ribeiro e Santos, 2001; Sousa, Landeiro, Pires e Santos, 2011; Vaz-Serra, 1987).

Assim sendo, as estratégias de *coping*, segundo Vaz-Serra (1987), são resultantes de uma aprendizagem, o mais eficaz possível, para evitar o aparecimento de doença física e mental nos cuidadores, estando esta aprendizagem condicionada por fatores como a personalidade do cuidador, a sua idade, influências da cultura em que está inserido, processo de socialização, a sua história pessoal e as relações parentais, podendo também ser aprendidas através de observação e reprodução, ou seja, a pessoa “faz o que vê”. Fisher (1986, tal como citado em Vaz-Serra, 1987) refere que a personalidade do cuidador (como acima referido) influencia a aprendizagem de estratégias de *coping* afirmando que pessoas impulsivas optam por agir de imediato ao invés de esperar, o que pode provocar uma resposta rápida e com erro; pessoas com medo de fracassar ou de serem alvo de crítica optam por estratégias de evitamento e, por fim, pessoas com alta necessidade de realização podem optar por estratégias que sabem à partida que terão sucesso (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998; Folkman e Moskowitz, 2000).

Lopez et al. (2005 tal como citado em Goodhead e McDonald, 2007), num estudo realizado em Espanha pretenderam explorar preditores positivos em cuidadores de idosos dependentes. Assim, numa amostra de 80% de mulheres com idade média de 58 anos, verificou-se que: a satisfação do cuidador estava correlacionada com o relacionamento entre cuidador e pessoa cuidada; a religião, como estratégia de *coping*, também era bastante útil para a satisfação com o trabalho desenvolvido pelo cuidador e as características da pessoa cuidada não estavam relacionadas com a satisfação do cuidador, apesar de muitas delas além de serem dependentes apresentavam também problemas de memória grave e problemas comportamentais (Goodhead e McDonald, 2007).

Como já referido, outra das queixas que afeta negativamente a visão que os cuidadores têm de si mesmos e o trabalho que estes realizam é a dificuldade de regular as suas próprias emoções. Por regulação emocional entende-se o processo de regular emoções, elemento que confere aos indivíduos as competências necessárias para que sejam capazes de responder com flexibilidade às exigências do ambiente em que estão inseridos, através de um processo de modelação das suas emoções, remetendo para o início e/ou manutenção de estados emocionais positivos e para a diminuição de estados emocionais negativos (Gross, 2002; Monin e Schulz, 2009).

Podendo ser considerado como uma estratégia de regulação emocional, o *mindfulness* tem vindo a assumir um papel cada vez mais influente no bem-estar psicológico dos indivíduos favorecendo, conseqüentemente, a saúde e diminuindo o sofrimento desnecessário. Ao

trabalhar com deficiência mental, ou outra perturbação (física ou psicológica), é necessário que os profissionais estejam bem física e psicologicamente. Assim, pressupõe-se que, capacitar estes profissionais de aptidões de *mindfulness* vai torná-los mais conscientes de si, tendo um maior leque de competências para lidar com as várias situações que surjam ao longo do trabalho com estes doentes, facilitando igualmente a redução do stresse que o trabalho na área da deficiência mental provoca (Llapa-Rodriguez et al., 2015).

No entanto o conceito de *mindfulness* não é recente, uma vez que surgiu há mais de 2500 anos com as tradições budistas, entendido como a parte que nos torna humanos e a capacidade de ser consciente, que, apesar de durar apenas breves momentos se torna bastante importante quando estamos perante um turbilhão emocional. Kabat-Zin (1990, tal como citado em Siegel, Germer e Olendzi, 2008) define *mindfulness* como um processo que surge nas práticas de meditação orientais que permite trazer atenção plena à experiência do momento presente, aumentando a vontade de tolerar emoções desconfortáveis e sensações e diminuindo o impacto e o tempo necessário para recuperar de eventos emocionais negativos.

Mais recentemente, John Dunne (2007, tal como citado em Siegel, Germer e Olendzi, 2008) define o *mindfulness* como a consciência focalizada no que se passa no nosso interior e à nossa volta, deixando de nos preocupar com tantas coisas e livrando-nos de emoções difíceis de controlar (ex.: uma pessoa torna-se capaz de, perante uma explosão de raiva, deslocar a sua atenção para uma parte do corpo suprimindo esta emoção) (Siegel, Germer e Olendzi, 2008).

A prática do *mindfulness* deve ser feita com uma atitude de não julgamento de estímulos internos e/ou externos e de aceitação, isto é, perceções, cognições, emoções ou sensações que entram na consciência de um indivíduo durante esta prática, devem só ser observados e não avaliados como sendo bons ou maus. *Mindfulness* é entendido, assim, como uma forma consciente de regular as emoções que ajuda a responder a processos mentais que contribuem para o sofrimento emocional e o comportamento mal-adaptativo, aumentando a vontade de suportar emoções desconfortáveis e sensações, diminuindo assim o tempo necessário para recuperar de eventos emocionais negativos (Arch e Craske, 2006; Baer, 2003; Bishop et al., 2004).

Em termos de estudos sobre a prática do *mindfulness* e os seus efeitos em profissionais de deficiência mental, parece haver pouca informação, no entanto, na Universidade da Califórnia foi realizado um estudo com o objetivo de verificar se esta prática pode ajudar familiares e cuidadores de crianças com deficiência. Assim, devido aos frequentes relatos de cuidadores, de crianças com deficiência, que manifestam elevados níveis de stresse, um grupo de

investigadores quis investigar se o programa de Redução de Stress Baseado em *Mindfulness*, que tem como objetivo ajudar as pessoas a desenvolver capacidades *mindfulness* para lidar com o stresse, pode ajudar cuidadores de crianças com deficiências de desenvolvimento (Nauman, 2014).

Assim, familiares e cuidadores, durante oito semanas, participaram em aulas de duas horas e aulas de quatro horas de retiro de silêncio onde aprenderam técnicas de meditação, o que é e como se deve praticar *mindfulness* e, em casa teriam de praticar o que aprendiam nas aulas, todos os dias durante 30 minutos. No final destas oito semanas, pôde verificar-se que os cuidadores apresentavam níveis mais elevados de consciência, bem-estar, auto-compaixão, perceção da sua saúde física e níveis de stresse mais baixos. Os investigadores concluem que: praticar *mindfulness* pode ser útil para este tipo de cuidadores pois permite-lhes interpretar e aceitar, de forma imparcial, a situação da criança que estão a cuidar; estas práticas poderão ajudar os cuidadores a observar, sem julgar, os seus pensamentos e comportamentos, permitindo-lhes responder melhor às dificuldades emocionais e físicas com que se deparam (Nauman, 2014).

Atendendo ao que foi exposto e à importância de se saber mais sobre diferentes correlatos psicológicos de cuidadores de pessoas com autismo, são objetivos deste trabalho: analisar e comparar os níveis de autocriticismo, estratégias de *coping* e *mindfulness* em profissionais/cuidadores formais de instituições que acompanham pessoas com autismo e em profissionais de instituições que acompanham pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental; analisar e comparar os mesmos grupos num conjunto de variáveis sociodemográficas e profissionais; explorar associações entre as diferentes variáveis referidas em ambos os grupos.

2. METODOLOGIA

2.1. Procedimentos

O presente estudo insere-se no âmbito do projeto de investigação *O papel dos processos emocionais protetores e de risco no funcionamento intra e interpessoal* (que se encontra a decorrer no Instituto Superior Miguel Torga e do qual fazem parte já vários trabalhos de mestrado).

Começou-se por definir a população-alvo deste estudo, profissionais de instituições que acompanham pessoas com autismo e profissionais de instituições com pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental. Definiu-se o protocolo de investigação composto pelo consentimento

informado (que esclarecia os objetivos da investigação e solicitava a pessoa a declarar que aceitava participar de livre vontade), um questionário sociodemográfico (realizado pela autora e pelas orientadora e co-orientadora), o *Brief-Cope*, a Escala das formas de autocriticismo e de auto-tranquilização, o Inventário de Resolução de Problemas, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, e o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg. Seguidamente, contactaram-se os autores dos instrumentos, para obter a autorização de aplicação dos mesmos, que foi obtida para todos os instrumentos. Procedeu-se ao contacto de várias instituições (via telefone e via e-mail), que acompanham pessoas com e sem esta perturbação solicitando formalmente a autorização para administrar um protocolo de questionários (com vista a recolher uma amostra de conveniência). De todas as instituições contactadas obteve-se resposta positiva, existindo apenas dificuldade em agendar os dias de recolha devido a incompatibilidade de agendas. As instituições contactadas e que colaboraram foram: Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Coimbra, Viseu e Lisboa, Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger de Lisboa, Escola Básica e Associação Social Desportiva Cultural e Recreativa de Silgueiros/Viseu. Depois de obtidas as autorizações para aplicar os instrumentos, procedeu-se à entrega dos protocolos nas instituições e combinaram-se dias para os recolher. Numa das instituições houve necessidade de enviar alguns protocolos ($n = 2$) por CTT para que os participantes os pudessem preencher e reenviar para a autora. A recolha dos dados decorreu entre os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2015. Foram recolhidos dados junto de 61 profissionais (29 que trabalham com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental e 32 que acompanham pessoas com autismo).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado para obter a caracterização do respondente, sendo composto por questões sociodemográficas e profissionais: sexo, idade, escolaridade (grau), escolaridade (anos), profissão, anos em que trabalha na instituição, quantas horas, diárias, contacta com os utentes da instituição, se recebeu formação na área da deficiência mental, se recebeu formação na área da doença mental e se tem familiares com deficiência mental e doença mental.

2.2.2. *Brief-Cope*

Inicialmente desenvolvido por Carver, Weintraub e Scheier (1989) e denominado de Inventário de COPE, a versão utilizada no presente estudo, o *Brief-Cope* (BC), adaptado para

a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) é composto por 28 itens que se distribuem em 14 escalas com o objetivo de avaliar diferentes formas que a pessoa tem e utiliza para responder ao stresse. Assim, as escalas do BC são: coping ativo (α de Cronbach = 0,65), planear (α de Cronbach = 0,70), utilizar suporte instrumental (α de Cronbach = 0,81), utilizar suporte social emocional (α de Cronbach = 0,79), religião (α de Cronbach = 0,80), reinterpretação positiva (α de Cronbach = 0,74), autculpabilização (α de Cronbach = 0,62), aceitação (α de Cronbach = 0,55), expressão de sentimentos (α de Cronbach = 0,84), negação (α de Cronbach = 0,72), autodistração (α de Cronbach = 0,67), desinvestimento comportamental (α de Cronbach = 0,78), uso de substâncias (α de Cronbach = 0,81) e humor (α de Cronbach = 0,83) (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004). Este inventário não fornece uma pontuação total, mas sim 14 pontuações independentes que explicam o porquê de cada escala poder ser utilizada de forma independente ou em grupos, consoante o interesse do investigador. É cotado numa escala tipo Likert, de 0 a 3 em que 0 = nunca faço isto e 3 = faço quase sempre isto (Carver e Scheier, 1989; Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004; Ribeiro e Morais, 2010).

A versão utilizada no presente estudo sofreu uma alteração nas instruções, ou seja, o inventário original apresentava a frase “Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stresse na sua vida desde que soube que ia fazer este/a (tratamento, cirurgia, exame, etc. - deve adequar a frase à condição a avaliar).” Excluimos da instrução “desde que soube que ia fazer este/a (tratamento, cirurgia, exame, etc., deve adequar a frase à condição a avaliar) ” e colocámos “desde que soube que ia trabalhar nesta Instituição” (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004).

No nosso estudo verificámos os seguintes alfas para as escalas: coping ativo (α de Cronbach = 0,79; boa), planear (α de Cronbach = 0,76; razoável), utilizar suporte instrumental (α de Cronbach = 0,86; boa), suporte emocional e social (α de Cronbach = 0,66; fraca), religião (α de Cronbach = 0,75; razoável), reinterpretação positiva (α de Cronbach = 0,83; boa), autculpabilização (α de Cronbach = 0,45; inadmissível), aceitação (α de Cronbach = 0,79; razoável), expressão de sentimentos (α de Cronbach = 0,81; boa), negação (α de Cronbach = 0,67; fraca), autodistração (α de Cronbach = 0,42; inadmissível), desinvestimento comportamental (α de Cronbach = 0,72; razoável), uso de substâncias (α de Cronbach = 0,00; inadmissível) e humor (α de Cronbach = 0,95; muito boa)¹.

¹ A classificação do Alfa de Cronbach segue o indicado por Pestana e Gageiro (2008)

2.2.3. Escala das formas de autocriticismo e auto-tranquilização

Inicialmente construída por Gilbert (2004, tal como citado em Castilho, Pinto-Gouveia e Amaral, 2010) designada como *Forms of self-criticizing and reassuring scale* (FSCRS) e traduzida e adaptada por Castilho e Pinto-Gouveia (2005), pretende avaliar a maneira como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. A versão utilizada no presente estudo consiste numa escala constituída por 22 itens organizados em três subescalas: eu inadequado (avalia a sensação de inadequação do eu perante fracasso e recuso); eu tranquilizador (avalia a capacidade do eu se tranquilizar, reconfortar, acalmar e ter compaixão de si mesmo) e eu detestado (avalia um sentimento de auto-repugnância ou ódio e uma resposta destrutiva face a fracassos caracterizada por uma perseguição agressiva para se magoar a si mesmo). É uma escala de auto-resposta em que os itens são avaliados de acordo com uma escala tipo Likert de cinco pontos (0-não sou nada assim, 4-sou extremamente assim). Para obter as pontuações são somados os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada subescala e quanto maior a pontuação em cada subescala, mais frequente é a forma de autocriticismo correspondente. Os valores de consistência interna foram: eu inadequado (α de Cronbach = 0,89); eu tranquilizador (α de Cronbach = 0,72) e eu detestado (α de Cronbach = 0,87) (Castilho, Pinto-Gouveia e Amaral, 2010; Castilho, Gouveia e Duarte, 2013).

No presente estudo obtiveram-se os valores adequados de alfa de Cronbach: eu inadequado de 0,84, eu tranquilizador de 0,87 e eu detestado de 0,61.

2.2.4. Inventário de Resolução de Problemas

Com o objetivo de medir estratégias de *coping*, o Inventário de Resolução de Problemas (IRP) criado por Vaz-Serra (1987) é uma escala unidimensional constituída por 40 itens, de tipo Likert (1 = concordo muitíssimo a 5 = não concordo) que apresenta à pessoa respondente três situações distintas: de ameaça, de dano e de desafio e o pretendido é, após a pessoa responder, avaliar as estratégias de *coping* que usualmente utiliza para lidar com problemas da sua vida todos os dias. Os itens desta escala são subdivididos em nove fatores subjacentes (F1- pedido de ajuda, F2-confronto e resolução ativa dos problemas, F3-abandono passivo perante a situação, F4-controlo interno/externo dos problemas, F5-estratégias de controlo das emoções, F6- atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, F7-agressividade internalizada/externalizada, F8-auto-responsabilização e medo das consequências e F9-confronto com os problemas e planificação de estratégias) (Vaz-Serra, 1988).

Após analisar os itens desta escala, Vaz-Serra concluiu que são bons discriminadores de grupos extremos, não são influenciados por diferenças de sexo, apresentam uma correlação

bastante significativa com a nota global, mostram uma boa estabilidade temporal, com uma correlação teste/reteste de 0,808, com um coeficiente de Spearman-Brown de 0,860 demonstrando uma boa consistência interna (Vaz-Serra, 1988).

Cada questão pode ser respondida em cinco categorias diferentes (entre 1 e 5), podendo o valor global variar entre um mínimo de 40 e um máximo de 200. Quanto mais elevada é a pontuação obtida, mais eficazes são as estratégias de *coping*. De salientar que os itens 3, 8, 15, 17, 26, 31, 32, 33, 34, 36 e 40 se encontram cotados de 1 a 5, da esquerda para a direita e no sentido inverso encontram-se os restantes itens, cujas pontuações são revertidas para que uma pontuação mais elevada exprima uma estratégia de *coping* mais eficaz. O IRP pode ser aplicado a qualquer pessoa (exceto analfabetos) e o tempo de resposta varia entre os 15 e 40 minutos, dependendo do grau de instrução da pessoa (Façanha, Erse, Simões, Amélia e Santos, 2010; Vaz-Serra, 1987).

No presente estudo obtiveram-se os valores variados de alfas de Cronbach: F1 alfa de Cronbach de 0,82; F2 alfa de Cronbach de 0,90; F3 alfa de Cronbach de 0,61; F4 alfa de Cronbach de 0,51; F5 alfa de Cronbach de 0,33; F6 alfa de Cronbach de 0,76; F7 alfa de Cronbach de 0,00; F8 alfa de Cronbach de 0,37; F9 alfa de Cronbach de 0,38.

2.2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) foi criado por Derogatis em 1993 contudo a versão utilizada no presente estudo é de Canavarro (1995, tal como citado em Canavarro, 2007) e é constituída por 53 itens que permite avaliar sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais (sendo estas avaliações sumárias de perturbação emocional), podendo ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a qualquer outro doente, a pessoas da população em geral e a adolescentes com idade superior a 13 anos, individual ou coletivamente (Canavarro, 2007; Simões, Machado, Gonçalves e Almeida, 2007).

De acordo com a autora as dimensões do instrumento são: somatização (reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático; α de Cronbach = 0,80); obsessões-compulsões (referente a sintomas identificados com a síndrome de obsessão-compulsão; α de Cronbach = 0,77), sensibilidade interpessoal (foca os sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade quando a pessoa se compara às outras; α de Cronbach = 0,76), depressão (itens avaliam indicadores de depressão; α de Cronbach = 0,73), ansiedade (itens são indicadores gerais de ansiedade; α de Cronbach = 0,77), hostilidade (engloba pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera; α de Cronbach = 0,76),

ansiedade fóbica (avalia a resposta ao medo; α de Cronbach = 0,62), ideação paranóide (representa o comportamento paranóide; α de Cronbach = 0,72) e psicoticismo (o construto do psicoticismo é apresentado enquanto uma dimensão contínua da experiência humana; α de Cronbach = 0,62). Quanto aos índices gerais são estes: Índice Geral de Sintomas (soma das pontuações de todos os itens que são, de seguida, divididos pelo número total de respostas); Índice de Sintomas Positivos (calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo Total de sintomas positivos) e Total de Sintomas Positivos (obtem-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva, isto é, maior do que 0) (Dimas, Pereira e Canavarro, 2013; Lemos, Valadas e Faísca, 2008).

Em relação aos níveis de consistência interna para as nove escalas, os valores de alfa variam entre 0,72 (psicoticismo) e 0,85 (depressão) e os coeficientes de teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão). Para obter as pontuações para as nove dimensões devem somar-se os valores (0 - 4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão e seguidamente, esta soma deve ser dividida pelo número de itens pertencentes à respetiva dimensão. A análise das pontuações das nove dimensões dá-nos informação sobre o tipo de sintomatologia que perturba o indivíduo e a leitura dos índices globais permite avaliar o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado tendo em conta que um valor superior ou igual a 1,7 no Índice de Sintomas Positivos indica que a pessoa é emocionalmente perturbada. A autora refere que quatro itens (11, 25, 39 e 52) não pertencem a nenhuma das dimensões, pelo que não deveriam ser incluídos na escala. Contudo, e dada a sua importância, são considerados no cálculo dos três Índices Globais (Canavarro, 2007; Simões, Machado, Gonçalves e Almeida, 2007; Moreira e Gonçalves, 2010).

No nosso estudo encontraram-se os seguintes valores de confiabilidade para cada dimensão: somatização (α de Cronbach = 0,80; boa), obsessões-compulsões (α de Cronbach = 0,78; razoável), sensibilidade interpessoal (α de Cronbach = 0,75; razoável), depressão (α de Cronbach = 0,72; razoável), ansiedade (α de Cronbach = 0,58; inadmissível), hostilidade (α de Cronbach = 0,54; inadmissível), ansiedade fóbica (α de Cronbach = 0,91; muito boa), ideação paranóide (α de Cronbach = 0,81; boa) e psicoticismo (α de Cronbach = 0,56; inadmissível).

2.2.6. Inventário de Mindfulness de Freiburg

No presente estudo a versão que utilizada é a versão reduzida do *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) originalmente de Walach, Buchheld, Grossman e Schmidt (2006), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pinto Gouveia e Gregório (2007). Pretende medir o *mindfulness* enquanto construto geral com vários componentes relacionados, nomeadamente,

um componente cognitivo, um processual, um de aceitação da experiência e um de não ajuizamento. É constituído por 14 itens e pretende identificar, através da autoperceção do indivíduo, a frequência com que este vivencia comportamentos relacionados com o *mindfulness*. Para cada item o indivíduo tem de assinalar a sua resposta numa escala tipo Likert de quatro níveis de frequência (1 = raramente, 3 = quase sempre) (Walach, Buchheld, Grossman e Schmidt, 2006).

Em relação à pontuação, esta pode variar entre 14 e 56 pontos e é obtida através da soma da pontuação de todos os itens, invertendo-se apenas a pontuação do item 13, em que de 1 recodifica-se para 4, 2 para 3, 3 para 2 e 4 para 1. Quanto maior a pontuação obtida, maior é a perceção de *mindfulness* do indivíduo. Em termos de consistência interna este inventário apresenta um alfa de Cronbach de 0,79 a 0,83 e em termos de confiabilidade, através do teste/reteste, obteve-se um coeficiente de correlação de 0,80 (Walach, Buchheld, Grossman e Schmidt, 2006).

No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,73 que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) podemos dizer que tem uma consistência interna razoável. Os dados da validação portuguesa ainda não se encontram disponíveis (Galhardo, 2013).

3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a realização da análise estatística do presente trabalho, recorremos ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

Inicialmente analisámos e tratámos os valores omissos existentes na nossa base de dados em cada instrumento, tendo eliminado 8 dos 61 indivíduos da nossa amostra inicial dado que apresentavam mais de dois dados omissos por dimensão nos instrumentos Inventário de Resolução de Problemas, *Brief Cope* e Inventário *Mindfulness* de Freiburg.

Realizaram-se estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Para verificar a normalidade da amostra total e a homogeneidade das variâncias entre subgrupos realizámos o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene, respetivamente, e pudemos observar que seguia uma distribuição normal e eram homogéneas. Uma vez que o tamanho dos subgrupos era inferior a 30, para verificar a normalidade das variáveis dos instrumentos prestámos atenção aos valores obtidos no teste de Shapiro Wilk (Marôco, 2011). Assim, as variáveis *Eu tranquilizador* (da Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização), *Pedido de ajuda*, *Confronto e resolução ativa dos problemas*, *Controlo interno/externo dos problemas* e *Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências* (do

Inventário de Resolução de Problemas) apresentavam distribuições normais. Quanto às dimensões do *Brief Cope*, do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*, bem como o *Inventário Mindfulness de Freiburg* e as variáveis *Eu inadequado*, *Eu detestado* (da Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização), *Abandono passivo perante a situação*, *Estratégias de controlo das emoções*, *Agressividade internalizada/externalizada*, *Auto-responsabilização e medo das consequências* e *Confronto com os problemas e planificação de estratégias* (do Inventário de Resolução de Problemas) verificámos que não apresentavam distribuições Gaussianas. Assim sendo e considerando o tamanho dos subgrupos ($n < 30$) optou-se por utilizar estatísticas não paramétricas. Através do cálculo do Alfa de Cronbach, analisámos os valores de consistência interna de cada dimensão dos instrumentos em estudo (Martinez e Ferreira, 2007; Pestana e Gageiro, 2008).

Para verificar se existiam associações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os subgrupos em estudo, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado da independência e utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney para determinar se havia diferenças entre os valores centrais das variáveis. Uma vez que as variáveis *Escolaridade* e *Profissão* tinham um elevado número de células (impossibilitando o cálculo do teste Qui-quadrado) foi necessário recodificá-las. Assim, reagrupámos em dois grupos: 4 – 12 anos que incluía o 1º, 2º, 3º ciclo e Ensino Secundário; 15 – 20 anos que incluía a Licenciatura, Mestrado e Doutoramento. Quanto à variável *Profissão* reagrupámos em dois grupos: profissões intelectuais e científicas, englobando-se aqui coordenadores de cursos, professores, psicólogos, técnicos superiores ou técnicos de reabilitação psicomotora; auxiliares e trabalhadores não qualificados, onde se inseriam auxiliares de ação educativa, assistentes operacionais e ajudantes familiares. Finalmente, através do cálculo de coeficientes de correlação de Spearman exploraram-se associações entre as dimensões dos instrumentos em estudo em relação aos dois subgrupos em estudo.

3.1. Amostra

Do total ($n = 53$) de participantes, 25 (47,2%) eram profissionais de instituições que acompanham pessoas com autismo (PPA) e 28 (52,8%) eram profissionais de instituições com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental (PPSPN). Analisando as características sociodemográficas da amostra total pudemos verificar que a maioria era do sexo feminino ($n = 44$; 83,0%) e o restante ($n = 9$; 17,0%) do sexo masculino. Quanto à sua escolaridade verificou-se que a maioria dos participantes ($n = 30$; 56,6%) era licenciada, com mestrado ou doutoramento e os restantes ($n = 23$; 43,4%) tinham o 1º, 2º, 3º ciclo ou ensino secundário. Em

relação às profissões verificou-se que 28 dos participantes (43,4%) pertenciam ao grupo das profissões intelectuais e científicas e os restantes 25 ($n = 43,2\%$) pertenciam ao grupo de auxiliares e trabalhadores não qualificados. Quanto à formação na área da deficiência mental e da doença mental pudemos verificar que a maioria ($n = 36; 67,9\%$; $n = 35; 66,0\%$) respondeu afirmativamente e os restantes ($n = 17; 32,1\%$; $n = 18; 34,0\%$) responderam que não receberam qualquer formação.

O profissional mais novo tinha 24 anos e o mais velho 65 anos ($M = 40,87\%$; $DP = 11,19\%$). O tempo de trabalho na instituição variou entre 1 e 38 anos ($M = 14,2\%$; $DP = 11,2\%$) e quanto às horas de contacto com os utentes da instituição verificou-se que variaram entre 0 e 10 horas ($M = 7,1\%$; $DP = 1,8\%$).

Em relação aos dois subgrupos pudemos verificar que: no grupo PPA a maioria era do sexo feminino ($n = 22; 88,0\%$) e do sexo masculino ($n = 3; 12,0\%$). Quanto à sua escolaridade verificou-se que a maioria dos participantes ($n = 15; 60,0\%$) era licenciado, tinha mestrado ou doutoramento e os restantes ($n = 10; 40,0\%$) tinham o 1º, 2º, 3º ciclo ou o ensino secundário. Em relação às profissões verificou-se que 13 dos participantes (52,0%) pertenciam ao grupo das profissões intelectuais e científicas e os restantes 12 participantes (48,0%) pertenciam ao grupo dos auxiliares e trabalhadores não qualificados. Quanto à formação na área da deficiência mental e da doença mental pôde verificar-se que ($n = 22; 88,0\%$; $n = 21; 84,0\%$) respondeu afirmativamente e os restantes ($n = 3; 12\%$; $n = 4; 16,0\%$) responderam que não receberam qualquer formação.

No grupo PPSPN a maioria era do sexo feminino ($n = 22; 78,6\%$) e os restantes ($n = 6; 21,4\%$) eram do sexo masculino. Quanto à sua escolaridade verificou-se que a maioria dos participantes ($n = 15; 53,6\%$) tinha licenciatura, mestrado ou doutoramento e os restantes 13 (46,4%) tinham o 1º, 2º, 3º ciclo ou ensino secundário. Em relação às profissões pudemos verificar que 15 dos participantes (53,6%) pertenciam ao quadro de especialistas das profissões intelectuais e científicas e os restantes 13 (46,4%) ao grupo dos auxiliares e trabalhadores não qualificados. Quanto à formação na área da deficiência mental e da doença mental verificámos que ($n = 14; 50,0\%$; $n = 14; 50,0\%$) respondeu afirmativamente e os restantes ($n = 14; 50,0\%$; $n = 14; 50,0\%$) responderam que não receberam qualquer formação.

Foram ainda calculadas as médias e desvios-padrão das variáveis *idade*, *anos de trabalho na instituição* e *horas por dia de contacto com os utentes* por subgrupos definidos pelos utentes apoiados e constatou-se que no subgrupo PPA o profissional mais novo tinha 25 anos e o mais velho 59 anos ($M = 38,12\%$; $DP = 12,23\%$). O tempo de trabalho na instituição variou entre 1

e 38 anos ($M = 11,46\%$; $DP = 12,47\%$) e quanto às horas de contacto com os utentes da instituição verificou-se que variaram entre 0 e 10 horas ($M = 7,32\%$; $DP = 1,83\%$). No subgrupo PPSPN o profissional mais novo tinha 24 anos e o mais velho 65 anos ($M = 43,32\%$; $DP = 9,76\%$). O tempo de trabalho na instituição variou entre 1 e 35 anos ($M = 16,57\%$; $DP = 9,43\%$) e quanto às horas de contacto com os utentes da instituição verificou-se que variaram entre 0 e 8 horas ($M = 6,82\%$; $DP = 1,77\%$).

4. RESULTADOS

Atendendo aos objetivos do presente estudo começámos por explorar associações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais em ambos os subgrupos. Assim, através do Teste do Qui-quadrado ($p = 0,05$) e olhando para os resultados do Teste de Fisher (uma vez que os valores esperados nas células da tabela são inferiores a 5) verificámos a inexistência de associações entre os subgrupos em estudo as variáveis *sexo* ($p = 0,47$), *escolaridade* ($p = 0,78$) e *profissão* ($p = 1,00$). No entanto, as variáveis *formação em deficiência mental* ($p = 0,004$) e *formação em doença mental* ($p = 0,01$) associaram-se aos subgrupos, tendo os membros do PPA mais formação.

Quanto às diferenças, o Teste U de Mann-Whitney ($p = 0,05$) mostrou que os subgrupos diferem na *idade* ($p = 0,06$) e no *número de horas de contacto com os utentes da instituição* ($p = 0,08$). Todavia, os subgrupos eram distintos quanto aos *anos de trabalho na instituição* ($p = 0,03$) (Tabela 1).

Tabela 1*Variáveis Sociodemográficas e Profissionais da Amostra Total e dos Dois Subgrupos (PPA e PPSPN)*

		Total (N = 53)				PPA (n = 25)				PPSPN (n = 28)				X^2/U	<i>p</i>
		<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade		-	-	40,87	11,19	-	47,2	38,12	12,23	-	52,8	43,32	9,76	245,50 ^{X2}	0,06
Sexo	Masculino	9	17,0	-	-	3	12,0	-	-	6	21,4	-	-	0,83 ^U	0,47
	Feminino	44	83,0	-	-	22	88,0	-	-	22	78,6	-	-		
Escolaridade	4 – 12 anos	23	43,4	-	-	10	40,0	-	-	13	46,4	-	-	0,22 ^U	0,78
	15 – 20 anos	30	56,6	-	-	15	60,0	-	-	15	53,6	-	-		
Profissão	Profissões intelectuais e científicas	28	43,4	-	-	13	52,0	-	-	15	53,6	-	-	0,01 ^U	1,00
	Auxiliares e trabalhadores não qualificados	25	43,2	-	-	12	48,0	-	-	13	46,4	-	-		
Form.DM	Sim	36	67,9	-	-	22	88,0	-	-	14	50,0	-	-	8,75 ^U	0,004
	Não	17	32,1	-	-	3	12,0	-	-	14	50,0	-	-		
Form.DoM	Sim	35	66,0	-	-	21	84,0	-	-	14	50,0	-	-	6,81 ^U	0,01
	Não	18	34,0	-	-	4	16,0	-	-	14	50,0	-	-		
Anos de trabalho na instituição				14,2	11,2	-	-	11,46	12,47	-	-	16,57	9,43	231,00 ^{X2}	0,03
Nº de horas de contacto				7,1	1,8	-	-	7,32	1,82	-	-	6,82	1,77	262,50 ^{X2}	0,08

Nota: PPA = Profissionais que acompanham pessoas com autismo; PPSPN = Profissionais que acompanham pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental; N = número de indivíduos; M = média; DP = desvio-padrão; X² = Teste do Qui-quadrado; U = Teste U de Mann-Whitney; *p* = nível de significância; Form.DM = Formação em deficiência mental; Form.DoM = Formação em doença mental.

	Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana	13,30	14,45
	Agressividade internalizada/externalizada	9,34	5,85
	Auto-responsabilização e medo das consequências	16,58	6,64
	Confronto com os problemas e planificação de estratégias	11,66	8,51
BSI	Somatização	0,573	2,74
	Obsessões-compulsões	1,290	4,70
	Sensibilidade interpessoal	0,958	2,08
	Depressão	0,893	3,02
	Ansiedade	0,942	3,28
	Hostilidade	0,894	2,32
	Ansiedade fóbica	0,418	1,08
	Ideação paranóide	1,063	3,66
	Psicoticismo	0,668	1,13
		Índice Geral de Sintomas	0,835
FMI			40,19

Nota: BC = *Brief Cope*; FSCRS = *Escala das Formas de Autocriticismo e de Auto-tranquilização*; IRP = *Inventário de Resolução de Problemas*; BSI = *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*; FMI = *Inventário de Mindfulness de Freiburg*.

De seguida fomos explorar diferenças nos subgrupos em relação às dimensões dos instrumentos utilizados. Assim, foram realizados testes U de Mann-Whitney com o objetivo de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos em estudo nas variáveis em estudo, especificamente autocriticismo, estratégias de *coping* e *mindfulness*.

Na Tabela 3 são apresentadas, para cada subgrupo, as Médias e os Desvios-padrão das variáveis em estudo bem como os valores de *U* e de *p*.

De forma estatisticamente significativa o PPSPN tem valores mais elevados na dimensão *Religião* ($U = 205,50$; $p = 0,007$) do BC e nas dimensões *Sensibilidade Interpessoal* ($U = 243,50$; $p = 0,050$) do BSI (Martinez, 2007; Marôco, 2011).

Tabela 3

Diferenças entre os subgrupos em relação às dimensões dos instrumentos Brief Cope, Escala das Formas de Autocriticismo e de Auto-tranquilização, Inventário de Resolução de Problemas, Inventário de Sintomas Psicopatológicos e Inventário de Mindfulness de Freiburg

	PPA		PPSPN		<i>U</i>	<i>p</i>	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
BC	Coping ativo	3,96	1,37	3,79	1,29	332,50	0,746
	Planear	4,16	1,11	3,79	1,26	302,00	0,368
	Suporte instrumental	2,68	1,52	2,82	1,50	333,00	0,762
	Suporte emocional e social	2,96	1,54	2,61	1,23	288,50	0,254
	Religião	0,92	1,19	1,96	1,50	205,50	0,007
	Reinterpretação positiva	3,72	1,28	3,36	1,45	300,00	0,361
	Auto culpabilização	1,64	1,25	1,57	0,96	327,50	0,674
	Accitação	3,04	1,64	2,75	1,38	334,00	0,775
	Expressão de sentimentos	2,84	1,65	2,32	1,28	281,50	0,212
	Negação	0,88	1,36	1,29	1,01	253,50	0,071
	Auto distração	2,04	1,31	1,82	1,16	328,00	0,690
	Desinvestimento comportamental	0,44	1,04	0,36	0,68	338,50	0,812

	Uso de substâncias	0	0	0	0	350,00	1,000	
	Humor	2,88	1,88	2,21	1,62	281,00	0,193	
FSCRS	Eu inadequado	7,40	5,78	7,79	4,67	342,00	0,891	
	Eu tranquilizador	21,60	5,39	19,00	6,50	270,50	0,158	
	Eu detestado	1,24	2,54	0,93	1,33	349,50	0,994	
	Pedido de ajuda	12,84	3,80	11,29	3,29	269,50	0,151	
IRP	Confronto e resolução ativa dos problemas	27,04	5,02	25,21	5,48	270,00	0,156	
	Abandono passivo perante a situação	4,40	2,10	4,36	1,64	327,00	0,671	
	Controlo interno/externo dos problemas	15,12	2,85	15,86	3,62	316,50	0,555	
	Estratégias de controlo das emoções	5,64	1,44	6,57	2,25	273,50	0,168	
	Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana	14,88	3,62	14,07	2,96	291,50	0,299	
	Agressividade internalizada/externalizada	5,92	0,28	5,79	0,79	339,50	0,863	
	Auto responsabilização e medo das consequências	6,32	2,21	6,93	2,07	291,50	0,295	
	Confronto com os problemas e planificação de estratégias	8,92	2,20	8,15	2,47	281,50	0,218	
	BSI	Somatização	2,60	3,56	2,86	3,25	309,00	0,462
		Obsessões-compulsões	4,20	3,57	5,14	2,49	268,50	0,146
Sensibilidade interpessoal		1,36	1,68	2,71	2,52	243,50	0,050	
Depressão		2,76	2,91	3,25	2,65	296,50	0,340	
Ansiedade		2,76	1,96	3,75	2,38	260,50	0,107	
Hostilidade		2,24	1,81	2,39	1,79	332,00	0,749	
Ansiedade fóbica		0,76	2,42	1,36	2,33	260,00	0,065	
Ideação paranóide		2,68	2,30	4,54	3,54	243,00	0,055	
Psicoticismo		0,88	1,30	1,36	1,81	303,50	0,379	
FMI	Índice Geral de Sintomas	22,36	17,13	29,97	19,27	267,50	0,144	
		41,36	4,98	39,14	5,64	270,00	0,189	

Nota: PPA = Profissionais que acompanham pessoas com autismo; PPSPN = Profissionais que acompanham pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental; M = média; DP = desvio-padrão; U = Teste U de Mann-Whitney; p = nível de significância; BC = Brief Cope; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização, IRP = Inventário de Resolução de Problemas, BSI = Inventário de Sintomas Psicopatológicos; FMI = Inventário de Mindfulness de Freiburg

Na Tabela 4 são apresentadas as correlações entre os instrumentos em estudo. Assim, através do cálculo de coeficientes de correlação de Spearman² exploraram-se associações entre os instrumentos do estudo na amostra total e verificámos que o *Brief Cope* estava associado significativamente com o *Inventário de Resolução de Problemas* ($r = 0,48$; moderada) e com a *Escala das Formas de Autocriticismo e de Auto-tranquilização* ($r = 0,37$; moderada) e negativamente com o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* ($r = - 0,02$); a *Escala das Formas de Autocriticismo e de Auto-tranquilização* associou-se positivamente com todos os outros instrumentos; o *Inventário de Resolução de Problemas* mostrou-se associado mais significativamente com o *Brief Cope* ($r = 0,48$; moderada); o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* revelou-se associado positivamente à *Escala das Formas de Autocriticismo e de Auto-tranquilização* ($r = 0,24$; baixa) e ao *Inventário de Resolução de Problemas* ($r = 0,009$) e negativamente com o *Brief Cope* ($r = - 0,02$) e com o *Inventário de Mindfulness de*

² A classificação das correlações de Spearman segue o indicado por Pallant (2013).

Freiburg ($r = - 0,04$); o *Inventário de Mindfulness de Freiburg* mostrou-se associado positivamente com todos os instrumentos exceto com o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* ($r = - 0,04$) (Marôco, 2011; Pallant, 2013).

Tabela 4

Correlações entre Brief Cope, Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização, Inventário de Resolução de Problemas, Inventário de Sintomas Psicopatológicos e Inventário de Mindfulness de Freiburg

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Brief Cope					
2. FSCRS	0,37**				
3. IRP	0,48**	0,22			
4. BSI	-0,02	0,24	0,01		
5. FMI	0,14	0,17	0,21	-0,04	

Nota: ** $r < 0,01$; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização; IRP = Inventário de Resolução de Problemas; BSI = Inventário de Sintomas Psicopatológicos; FMI = Inventário de *Mindfulness* de Freiburg

5. DISCUSSÃO

No presente estudo o nosso principal objetivo era explorar diferenças entre uma amostra de profissionais de instituições que contactam com utentes com autismo e uma amostra de profissionais de instituições que contactam com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental quanto aos níveis de autocriticismo, estratégias de *coping* e *mindfulness*, bem como explorar associações entre variáveis sociodemográficas e profissionais nas mesmas amostras.

A maioria dos profissionais da nossa amostra pertence ao sexo feminino (83,0%) e esta elevada prevalência de mulheres na área da prestação de cuidados está relacionada com a ideia de que a mulher é a responsável pela prestação de cuidados à saúde (OMS, 2011). Também no estudo de Lopez et al. (2005 tal como citado em Goodhead e McDonald, 2007), realizado em Espanha, foi utilizada uma amostra de 80% de mulheres para explorar preditores positivos em cuidadores de idosos dependentes. Verificou-se também que os profissionais de instituições que acompanham utentes com autismo realizavam entre uma a 10 horas diárias e os profissionais que acompanham utentes sem perturbação neurodesenvolvimental realizavam entre uma a 8 horas diárias, podendo esta diferença de horas ser justificada pelo regime de internamento que se verificou nas instituições com utentes com autismo. No entanto não se encontraram diferenças significativas entre os profissionais em relação ao número de horas de contacto com os utentes que justificasse diferenças entre os níveis de autocriticismo, estratégias de *coping* e *mindfulness*.

Quanto à formação na área da deficiência mental e da doença mental era esperado que profissionais que contactam com utentes com autismo revelassem valores mais elevados nestas variáveis, facto que se comprovou (22 profissionais que contactam com utentes com autismo para 14 que contactam com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental). O facto de os profissionais terem formação específica pode ser facilitador para que estes tenham uma maior capacidade para gerir os desafios, proporcionando apoio emocional e segurança, alterando a forma de reagir e agir com a pessoa a quem estão a prestar cuidados. Este aspeto vai de encontro com alguns estudos que referem que quando os cuidadores têm formação na prestação de cuidados na área da deficiência mental, ocorre um menor confronto entre eles e a pessoa alvo de cuidados e um melhor entendimento dos sintomas comportamentais e afetivos (Braunstein-Bercovitz, 2014; Goodhead e McDonald, 2007).

Analisando a existência ou não de diferenças significativas entre os subgrupos verifica-se que no *Brief Cope* a dimensão *Religião* apresentou valores mais baixos no grupo de profissionais que acompanham pessoas com autismo. Contrariamente ao nosso resultado, Lopez e equipa (2005 tal como citado em Goodhead e McDonald, 2007), ao explorar preditores positivos em cuidadores de idosos dependentes verificaram que a religião, enquanto estratégia de *coping*, contribuía para a satisfação com o trabalho desenvolvido pelo cuidador e isto levamos a questionar se o facto de trabalhar com autismo deixa os profissionais mais propensos à descrença ou se as pessoas que optam por ir trabalhar com autismo são as menos crentes. Ainda que, no *Inventário de Mindfulness de Freiburg* não se tenham verificado diferenças entre os profissionais que acompanham pessoas com autismo e profissionais que acompanham pessoas sem perturbação neurodesenvolvimental, Nauman (2014) refere um estudo realizado com o objetivo de verificar se a prática do *mindfulness* pode ajudar familiares e cuidadores de crianças com deficiência. Os investigadores verificaram que, após a prática de um Programa de Redução de Stress Baseado em *Mindfulness*, os cuidadores apresentavam níveis mais elevados de consciência, bem-estar, auto-compaixão, perceção da sua saúde física e níveis de stresse mais baixos. Assim, os mesmos investigadores concluem que praticar *mindfulness* pode ser útil para este tipo de cuidadores pois permite-lhes interpretar e aceitar, de forma imparcial, a situação da criança que estão a cuidar, permitindo-lhes ainda observar, sem julgar, os seus pensamentos e comportamentos de forma a responder melhor às dificuldades emocionais e físicas com que se deparam.

Ao comparar as médias das dimensões dos instrumentos obtidas na nossa amostra com as médias obtidas nas versões portuguesas, uma vez que existem instrumentos em que os dados

não estão disponíveis (*Brief Cope* e Inventário de *Mindfulness* de Freiburg) não podemos tirar ilações. Contudo, olhando para os restantes instrumentos podemos verificar que em algumas dimensões os valores médios do nosso estudo são semelhantes aos valores médios das versões portuguesas podendo seguir o raciocínio dos autores dessas mesmas versões e constatar que a nossa amostra não é perturbada emocionalmente (olhando para os valores médios do Inventário de Sintomas Psicopatológicos), manifesta menos sentimentos de repugnância, ódio, destruição e perseguição ao próprio eu e, em situações de stresse, utiliza, com menos frequência, a estratégia de agressividade internalizada/externalizada.

Em relação às correlações entre os instrumentos utilizados e uma vez que não foram encontrados estudos que utilizem as mesmas dimensões e os mesmos instrumentos, não nos é possível chegar a conclusões, contudo, e de acordo com algumas explicações de Vaz-Serra (1987), em relação ao *Inventário de Resolução de Problemas*, podemos inferir que a saúde mental tem uma relação significativa com as estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com os seus problemas e que indivíduos extrovertidos e emocionalmente estáveis tendem a revelar melhores estratégias de *coping*.

O nosso estudo apresenta limitações. Em relação à amostra é importante referir que, devido ao tamanho reduzido, a generalização e representatividade dos resultados para a população de profissionais da área do autismo e da deficiência mental ficam comprometidas e uma vez que a nossa amostra era composta, maioritariamente por mulheres, não nos foi possível fazer comparações ao nível do sexo. Dado que a autora se teve de deslocar às instituições e que estas se encontravam distantes umas das outras, a recolha da amostra ficou comprometida pois em alguns locais não havia possibilidade de deixar os questionários e recolhê-los posteriormente, tendo sido preenchidos durante o horário laboral o que impossibilitou alguns profissionais de responderem, na totalidade, aos questionários (isto levou ao número elevado de dados em falta); noutros locais devido ao número reduzido de profissionais disponíveis nos períodos de recolha, os questionários foram entregues às instituições e mais tarde recolhidos ou enviados por correio. É também importante referir que alguns dos participantes tinham familiares institucionalizados no mesmo local de trabalho, o que dificultou o preenchimento de alguns questionários com imparcialidade (alguns profissionais verbalizaram que era difícil responder a algumas questões pois a postura perante os utentes estava comprometida com o facto destes terem familiares institucionalizados no seu local de trabalho). A escassa literatura acerca de correlatos psicológicos em cuidadores formais que contactam com utentes com autismo impossibilitou comparações mais aprofundadas e específicas da patologia, o que levou a

assumirem-se as queixas de profissionais que trabalham na área da deficiência mental semelhantes às de profissionais que trabalham na área do autismo. O facto de alguns dos instrumentos utilizados serem extensos poderá ter sido um fator que inviabilizou algumas das respostas por parte dos respondentes, uma vez que alguns participantes referiram-se ao protocolo como sendo exaustivo, tornando-se desinteressante o seu preenchimento.

Em estudos futuros pensamos que seria importante o tamanho da amostra ser maior e mais heterogénea, quanto ao sexo, de forma a assegurar uma avaliação mais pormenorizada das variáveis psicológicas destes profissionais. Uma vez que os profissionais que trabalham com autismo apresentaram valores mais baixos na dimensão *Religião*, comparativamente com os profissionais que trabalham com utentes sem perturbação neurodesenvolvimental, seria interessante perceber o porquê destas diferenças e se estas se podem explicar pela diferença de número de anos de trabalho com autismo, ou seja, será que o número de anos de trabalho com autismo justifica a descrença por parte de profissionais que trabalham com esta perturbação?

Pensamos que seria igualmente importante realizarem-se mais estudos em que o Programa de Redução de Stress Baseado em *Mindfulness* fosse implementado de forma a verificar se, efetivamente, o *mindfulness* causa tanto impacto nos cuidadores de pessoas com deficiência mental. Também seria importante realizarem-se mais estudos com profissionais que trabalham com o autismo uma vez que a escassa literatura dificultou a comparação dos resultados do presente estudo com outros resultados.

6. CONCLUSÃO

Em suma, a formação na área da deficiência mental e do autismo deve ser uma aposta constante em profissionais que trabalham nestas áreas pois facilita o desempenho das suas funções e a regulação das suas emoções, bem como torna estes profissionais mais aptos para reagir e agir perante as diversas situações que o trabalho com estas patologias apresenta.

O facto de ter familiares com deficiência ou doença mental pode facilitar e dificultar o trabalho destes profissionais uma vez que, se por um lado ao estar constantemente em contacto com estas patologias pode tornar o profissional mais apto para responder em situações de crise, por outro lado, pode levá-lo a generalizar os comportamentos do seu familiar e as respostas que o profissional dá nas situações de crise, levando-o a responder da mesma forma com um utente como se do seu familiar se tratasse, esquecendo que cada pessoa é diferente e que mesmo estando perante uma situação semelhante, devido às características da pessoa que se encontra à nossa frente, as nossas respostas e formas de agir variam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, V., Castilho, P. e Gouveia, J. P. (2010). A contribuição do autocriticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*. 52(2), 271-293. doi: 10.14195/1647-8606_52-2_11.
- American Psychiatric Association, (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Edições.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D. e Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2>.
- Arch, J. J. e Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy* 44. 1849–1858. Acedido em: <http://psych.colorado.edu/~clinical/arch/docs/Arch%20&%20Craske,%202006%20mechanisms%20of%20mindfulness.pdf>.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2), 125-143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J.,...e Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077.
- Braunstein-Bercovitz, H. (2014). Self-Criticism, Anxious Attachment, and Avoidant Attachment as Predictors of Career Decision Making. *Journal of Career Assessment*, 22(1), 176-187. doi: 10.1177/1069072713492938.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves. *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*. 3, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carver, S. Weintraub, J. K. e Scheier, M. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56(2), 267-283. Acedido em: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>.
- Castilho, P., Gouveia, J. P. e Amaral, V. (2010). Recordação das Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância e Psicopatologia: o efeito mediador do Autocriticismo. *Psychologica*, 52(2), 475-498. doi: 10.14195/1647-8606_52-2_20.

- Castilho, P. e Gouveia, J. P. (2011). Autocriticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Autocriticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Autocriticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Pschologica*, 54, 63-86. doi: 10.14195/1647-8606_54_3.
- Castilho, P. Pinto-Gouveia, J. e Duarte, J. (2013). Exploring Self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in Clinical and Nonclinical Samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(2), 153-164. doi: 10.1002/cpp.1881.
- De Lima, B. (2012). *Perturbações do Espectro do autismo: Manual prático de intervenção*. Lisboa: Edições Lidel.
- Dimas, I. M., Pereira, M. D. e Canavarro, M. C. (2013). Ajustamento psicossocial, ajustamento diádico e resiliência no contexto de desemprego. *Análise Psicológica*, 1(31), 3-16. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23438/1/2013%20Ajustamento%20psicosocial%2c%20ajustamento%20di%c3%a1dico%20e%20resili%c3%aancia%20no%20contexto%20de%20desemprego.pdf>.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J. e Duarte, C. (2011). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Pschologica*. 54, 35-89.
- Façanha, J. D. N., Erse, M. P. Q. A., Simões, R. M. P., Amélia, L. e Santos, J. C. (2010). Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção *Believe*. *Revista eletrónica saúde mental álcool e drogas*. 6(1), 1-16. Acedido em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMADv6n1a01.pdf>.
- Federação Portuguesa de Autismo. (2014). *Autismo*. Acedido a 3, Junho, 2015 em: <http://www.fpda.pt/autismo>.
- Folkman, S. e Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychological Association*, 55(6), 647-654. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.647.
- Galhardo, A. (2013, Fevereiro). Coping with infertility: The Mindfulness Based Program for Infertility. *Bringing evidence based innovations to your clinic*. ESHRE Campus symposium. Acedido em: <http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Paramedical/Leuven%202013/GALHARDO.pdf>.
- Geschwind H. (2009). Advances in autism. *Anual Review of Medicine*, 60, 367-380. doi: 10.1146/annurev.med.60.053107.121225.

- Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507.
- Goodhead, A. e McDonald, J. (2007). *Informal caregivers literature review*. A report prepared for the National Health Committee. Acedido em: [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc25734500069193/\\$FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc25734500069193/$FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf).
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. doi: 10.1017.S0048577201393198.
- Instituto Nacional de Saúde. (2010). *Autism Genome Project*. Acedido em: www.insa.pt/site/INSA/Portugues/ID/Paginas/AutismGenomeProject.aspx.
- Llapa-Rodriguez, E. O., Silva, G. G., Neto, D. L. Montesinos, M. J. L., Llor, A. M. S. e Gois, C. F. L. (2015). Uso de práticas integradas y complementarias en el tratamiento del estrés ocupacional: una revisión integradora. *Enfermaria Global*. 14(3), 291-327. doi: 10.6018/eglobal.14.3.216901.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. Nova Iorque: Springer Publishing Company. Acedido em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=mATTP46QIp4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=stress+by+lazarus&ots=n6TjBI9b3u&sig=_zETvvHa--68PTTUvgGlXuOPMWQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- Lemos, I., T., Valadas, S. C. e Faisca, L. M. (2008). *O estudo das características psicométricas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) em adolescentes portuguesas*. XIII Conferência internacional de avaliação psicológica: formas e contextos. Acedido em: [http://www.researchgate.net/profile/Sandra_Valadas/publication/239316984_O_estudo_das_caractersticas_psicomtricas_do_Inventrio_de_Sintomas_Psicopatolgicos_\(BSI\)_e_m_adolescentes_portugueses/links/00b4951c02c90898db000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Sandra_Valadas/publication/239316984_O_estudo_das_caractersticas_psicomtricas_do_Inventrio_de_Sintomas_Psicopatolgicos_(BSI)_e_m_adolescentes_portugueses/links/00b4951c02c90898db000000.pdf).
- Lin, J., Lee, T., Loh, C., Yen, C., Hsu, S., Wu, J. ... Wu, S. (2009). Physical and mental health status of staff working for people with intellectual disabilities in Taiwan: measurement with the 36-item short-form (SF-36) health survey. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 538-546. doi: 10.1016/j.ridd.2008.08.002.
- Macedo, A. F. e Pocinho, F. E. (2000). *Obsessões e compulsões – as múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Reborn Number.
- Marôco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. G. e Pais Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala Brief Cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300-313. doi: 10.15309/14psd150201.
- Martinez, L. e Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS – primeiros passos*. Lisboa, Escolar Editora.
- Monin, J. K. e Schulz, R. (2009). Interpersonal Effects of Suffering in Older Adult Caregiving Relationships. *Psychol' Aging*. 24(3), 681-695. doi: 10.1037/a0016355.
- Moreira, N. A. C. e Gonçalves, R. A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1(28), 133-148. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v28n1/v28n1a10.pdf>.
- Nauman, E. (2014). *Can Mindfulness Help Caregivers Care for Themselves?*. Greater Good: The science of a meaningful life. Acedido em: http://greatergood.berkeley.edu/article/item/can_mindfulness_helps_caregivers_care_for_themselves#.
- O'Callaghan, F. J. (2002). Autism-what is it and where does it come from?. *QJM: An International Journal of Medicine*, 95(5), 263-265. doi: 10.1093/qjmed/95.5.263.
- Oliveira, M. A., Queirós, C. e Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoiética: do caos à autopoiése. *Psicologia, saúde e doenças*, 8(2), 181-196. Acedido em: http://sp-ps.pt/downloads/download_jornal/130.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Mulheres e Saúde. Evidências de Hoje, Agendas de Amanhã*. Geneva: WHO. Acedido em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1.
- Pais-Ribeiro, J. e Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica* 4(19), 491-502. Acedido em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/download/379/pdf>.
- Pais Ribeiro, J. L. P. e Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.12/1054>.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows* (5ª ed.). England: McGraw-Hill Company.

- Pereira, A. (2008). *SPSS - Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto Gouveia, J. e Gregório, S. (2007). *FMI -versão reduzida*.
- Pires, C. M. L. (2003). *Noções de psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Raina, P., O'Donnell, M., Schweltnus, H., Rosenbaum, P., Rei, G., Brehaut, J.,... e Madeira, E. (2004). Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMS Pediatrics*, 4, 1-13. doi: 10.1186/1471-2431-4-1.
- Ribeiro, J. L. P. e Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 5-13. Acedido em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id=12486.
- Rocha, M. P. F., Vieira, M. A. e Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6). 801-808. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>.
- Siegel, R. D., Germer, C. K. e Olendzki, A. (2008). *Mindfulness: What is it? Where does it come from?*. Clinical Handbook of Mindfulness. New York: Springer.
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M. e Almeida, L. S. (2007). Instrumentos validados para a população portuguesa *Avaliação Psicológica*. 3. Lisboa: Edições Quarteto.
- Soares, I., Gonçalves, M., Simões, M., Baptista, A., Marujo, H., Lopes, J.,... Pereira, Alarcão, M. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editorial.
- Souders, M. C., Mason, T. B. A., Valladares, O., Bucan, M., Levy, S. E., Mandell, D. S.,...Pinto-Martin, J. (2009). Sleep Behaviors and Sleep Quality in Children with Autism Spectrum Disorders. *Sleep*, 32(12), 1566-1578. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2786040/pdf/aasm.32.12.1566.pdf>.
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R. e Santos, R. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160. Acedido em: scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200016&script=sci_arttext.
- Vaz-Serra, A. (1987). Um estudo sobre *coping*: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.

- Walach, H., Buchheld, N., Buittenmuller, V., Kleinknecht, N., e Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- World Federation for Mental Health. (2014). *Caregivers and mental illness-living with Schizophrenia*. Acedido em: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/12/Caregivers-and-Mental-Illness.pdf>.