

MESTRADO

PSICOLOGIA

**AS FORMAS DE ADOECIMENTO MENTAL E AS  
PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM PSICÓLOGO(A)S  
NO BRASIL**

**SYLVIA HELENA ARAUJO DA PONTE ACÁRIO**

**M**

**2026**



# **As formas de adoecimento mental e as práticas de autocuidado em psicólogo(a)s no Brasil**

Sylvia Helena Araujo da Ponte Acário

Maio 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, área de Psicologia da Catástrofe e Trauma, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Na elaboração desta dissertação não foi utilizada Inteligência Artificial.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, por ter exercido o cuidado em seu sentido mais profundo: aquele que nasce do compromisso com o outro, do olhar atento e da sensibilidade às necessidades que emergem ao longo do percurso, aproximando-se daquilo que Bowlby descreveu como porto seguro. Ao longo desta trajetória, sua presença firme, acolhedora e sensível tornou possível explorar caminhos, sustentar dúvidas e transformar inseguranças em crescimento. Obrigada pela generosidade, pelo rigor e pela humanidade com que conduziu este percurso.

Aos psicólogos(as) que participaram no estudo empírico possibilitando, através do preenchimento do questionário, a sua concretização.

Às colegas do mestrado, pelas gargalhadas compartilhadas, pelo apoio constante e pela cumplicidade construída ao longo de uma caminhada tão desafiadora. A leveza dos encontros, as trocas e o acolhimento tornaram este percurso mais humano, possível e significativo.

Às minhas sócias, pela compreensão, apoio e parceria durante este percurso, acolhendo minhas ausências e participações possíveis nas atividades, com respeito, carinho e incentivo.

Aos meus filhos e noras, pela torcida constante, pela escuta generosa e pelas palavras de incentivo que tantas vezes me fortaleceram ao longo desta caminhada.

Ao meu marido, que foi o primeiro a acreditar que este sonho era possível. Foi ele quem me incentivou a atravessar o oceano em direção à Universidade do Porto, compreendendo que, para além de um título, existia ali um sonho profundamente significativo para mim. Mesmo diante da distância, permaneceu presente, oferecendo apoio, cuidado e encorajamento nos momentos mais desafiadores deste percurso. Esta conquista também carrega a sua presença, a sua confiança e o amor que sustentou a travessia. Minha mais profunda gratidão!

## RESUMO

A saúde mental dos profissionais de Psicologia constitui um domínio de crescente relevância, dado o carácter relacional e emocionalmente exigente da sua prática. Contudo pouco se investiga sobre adoecimento mental e sobre autocuidado em psicólogos(as), talvez pelo estigma de procura de ajuda profissional e impacto na identidade profissional.

Este estudo pretende conhecer os níveis de burnout, stress percebido, ansiedade, depressão, autocuidado, resiliência e vinculação em psicólogos brasileiros, bem como a relação entre práticas de autocuidado, resiliência e vinculação como potenciais fatores de proteção, e os níveis de burnout, stress, ansiedade e depressão como indicadores de risco.

Participaram 168 psicólogos brasileiros recrutados por conveniência, maioritariamente mulheres e a exercer na área de Clínica/Hospitalar. Os dados foram recolhidos online entre setembro-dezembro/2025, usando questões sociodemográficas/profissionais, e versões brasileiras do BAT, *PHQ-4*, *PSS-4*, *RS*, *ASAS-r*, bem como questões sobre vinculação.

Nos resultados os níveis mais elevados surgiram na exaustão (31,5%), sintomas secundários (27,4%), ansiedade (22%) e depressão (15,5%), embora burnout elevado apenas em 12,5%, apesar de 45% com presença de STRESS percebido. As variáveis protetoras apresentaram médias superiores às variáveis de risco, e existem correlações positivas entre indicadores de adoecimento e negativas entre estes e fatores de proteção. Comparativamente os fatores de risco são superiores em quem não tem filhos e em quem também atua fora da Psicologia ou numa entidade pública. A regressão revelou que o burnout é explicado em 60,3% pelas restantes variáveis psicológicas, sobretudo fatores de risco.

Assim, a saúde mental dos psicólogos envolve fatores individuais e condições estruturais de trabalho, indicando a necessidade de intervenções integradas e de valorização do suporte social.

**Palavras-Chave:** Burnout; Autocuidado; Resiliência; Saúde Mental; Psicólogos.

## ABSTRACT

The mental health of psychology professionals constitutes a domain of growing relevance, given the relational and emotionally demanding nature of their practice. However, little research has been conducted on mental illness and self-care in psychologists, perhaps due to the stigma of seeking professional help and the impact on professional identity.

This study aims to assess the levels of burnout, perceived stress, anxiety, depression, self-care, resilience, and attachment in Brazilian psychologists, as well as the relationship between self-care practices, resilience, and attachment as potential protective factors, and levels of burnout, stress, anxiety, and depression as risk indicators.

A total of 168 Brazilian psychologists participated, recruited by convenience, mostly women, and working in the Clinical/Hospital area. Data were collected online between September-December/2025, using sociodemographic/professional questions and Brazilian versions of the BAT, PHQ-4, PSS-4, RS, and ASAS-r, as well as questions about attachment.

In the results, the highest levels appeared in exhaustion (31.5%), secondary symptoms (27.4%), anxiety (22%), and depression (15.5%), although high burnout was only 12.5%, despite 45% showing perceived stress. Protective variables showed higher averages than risk variables, and there are positive correlations between illness indicators and negative ones between these and protective factors. Comparatively, risk factors are higher in those without children and in those who also work outside Psychology or in a public institution. The regression analysis revealed that burnout is explained by 60.3% by the remaining psychological variables, especially risk factors.

Thus, the mental health of psychologists involves individual factors and structural work conditions, indicating the need for integrated interventions and appreciation of social support.

**Keywords:** Burnout; Self-care; Resilience; Mental Health; Psychologists.

## RÉSUMÉ

La santé mentale des professionnels de Psychologie constitue un domaine d'importance croissante, compte tenu du caractère relationnel et émotionnellement exigeant de leur pratique. Cependant, peu de recherches sont menées sur la maladie mentale et sur l'auto-soins chez les psychologues, peut-être en raison de la stigmatisation de la recherche d'aide professionnelle et de l'impact sur l'identité professionnelle.

Cette étude veut connaître les niveaux d'épuisement professionnel, de stress perçu, d'anxiété, de dépression, d'autosoins, de résilience et d'attachement chez les psychologues brésiliens, ainsi que la relation entre les pratiques d'autosoins, la résilience et l'attachement en tant que facteurs de protection potentiels, et les niveaux d'épuisement professionnel, stress, anxiété et dépression en tant qu'indicateurs de risque.

On a recruté 168 psychologues brésiliens par convenance, majoritairement des femmes exerçant dans le domaine clinique/hospitalier. Les données ont été collectées en ligne entre septembre et décembre 2025, en utilisant des questions sociodémographiques/professionnelles et des versions brésiliennes du BAT, PHQ-4, PSS-4, RS, ASAS-r, ainsi que des questions sur l'attachement.

Dans les résultats, les niveaux les plus élevés sont dans l'exhaustion (31,5 %), les symptômes secondaires (27,4 %), l'anxiété (22 %) et la dépression (15,5 %), bien que l'épuisement professionnel ne concerne que 12,5 %, malgré 45 % ayant la présence de stress perçu. Les variables protectrices ont présenté des moyennes supérieures aux variables de risque, et il existe des corrélations positives entre les indicateurs de morbidité et des corrélations négatives entre ces derniers et les facteurs de protection. Comparativement, les facteurs de risque sont plus élevés chez ceux qui n'ont pas d'enfants et chez ceux qui exercent également en dehors de la Psychologie ou dans une entité publique. La régression a révélé que le burnout est expliqué à 60,3 % par les autres variables psychologiques, surtout les facteurs de risque.

Ainsi, la santé mentale des psychologues implique des facteurs individuels et des conditions structurelles de travail, indiquant la nécessité d'interventions intégrées et de valorisation du soutien social.

**Mots-clés:** Épuisement Professionnel; Autosoin; Résilience; Santé Mentale; Psychologues.

## RESUMEN

La salud mental de los profesionales de Psicología constituye un ámbito de creciente relevancia, dado el carácter relacional y emocionalmente exigente de su práctica. Sin embargo, se investiga poco sobre el deterioro mental y sobre el autocuidado en psicólogos(as), quizá por el estigma de buscar ayuda profesional y el impacto en la identidad profesional.

Este estudio tuvo como objetivo conocer los niveles de burnout, estrés percibido, ansiedad, depresión, autocuidado, resiliencia y vinculación en psicólogos brasileños, así como la relación entre prácticas de autocuidado, resiliencia y vinculación como posibles factores de protección, y los niveles de burnout, estrés, ansiedad y depresión como indicadores de riesgo.

Participaron 168 psicólogos brasileños reclutados por conveniencia, mayoritariamente mujeres y que ejercen en el área Clínica/Hospitalaria. Los datos fueron recolectados en línea entre septiembre-diciembre/2025, usando preguntas sociodemográficas/profesionales y versiones brasileñas del BAT, PHQ-4, PSS-4, RS, ASAS-r, así como cuestiones sobre vinculación.

En los resultados, los niveles más altos surgieron en la dimensión exhausto (31,5%), síntomas secundarios (27,4%), ansiedad (22%) y depresión (15,5%), aunque el agotamiento elevado solo en 12,5%, a pesar de que 45% presentaba estrés percibido. Las variables protectoras presentaron medias superiores a las variables de riesgo, y existen correlaciones positivas entre los indicadores de enfermedad y negativas entre estos y los factores de protección. Comparativamente, los factores de riesgo son superiores en quienes no tienen hijos y en quienes también trabajan fuera de la Psicología o en una entidad pública. La regresión reveló que el burnout se explica en un 60,3% por las demás variables psicológicas, sobre todo por los factores de riesgo.

Así, la salud mental de los psicólogos involucra factores individuales y condiciones estructurales de trabajo, indicando la necesidad de intervenciones integradas y de valorización del apoyo social.

**Palabras clave:** Agotamiento; Autocuidado; Resiliencia; Salud Mental; Psicólogos.

## ÍNDICE

|                                                                                                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                                                                                  | <b>1</b>      |
| 1. Ser Psicólogo(a) no Brasil: atribuições, lugar social e vulnerabilidades do trabalho do cuidado | 4             |
| 2. Adoecimento mental em Psicólogos(as)                                                            | 7             |
| 2.1. Burnout                                                                                       | 8             |
| 2.2. Stress                                                                                        | 10            |
| 2.3. Ansiedade e Depressão                                                                         | 11            |
| 3. Resiliência como fator de proteção                                                              | 12            |
| 4. Práticas de Autocuidado e Vinculação                                                            | 14            |
| <br><b>MÉTODO</b>                                                                                  | <br><b>20</b> |
| 1. Participantes                                                                                   | 20            |
| 2. Materiais                                                                                       | 23            |
| 3. Procedimento                                                                                    | 25            |
| <br><b>RESULTADOS</b>                                                                              | <br><b>26</b> |
| <br><b>DISCUSSÃO</b>                                                                               | <br><b>37</b> |
| <br><b>CONCLUSÕES</b>                                                                              | <br><b>43</b> |
| <br><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                                              | <br><b>46</b> |

## INTRODUÇÃO

A saúde mental tem-se tornado um motivo de preocupação para os governos pelos números alarmantes de adoecimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), em 2019, quase um bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental, incluindo 14% dos adolescentes. No Brasil, os casos de depressão e ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia de COVID-19. Essa realidade global reflete-se de maneira ainda mais acentuada no Brasil, que enfrenta uma crise de saúde mental caracterizada por altas taxas de depressão e ansiedade. Segundo o Ministério da Saúde (2022), houve um aumento de 37% na aquisição de antidepressivos no primeiro semestre de 2023, em comparação com o mesmo período de 2022, indicando uma crescente demanda por tratamentos de saúde mental (Saúde Business, 2023). No caso do transtorno de ansiedade, o Brasil apresenta 10% da população convivendo com transtornos de ansiedade (Instituto Cactus, 2023). Mais recentemente, e globalmente, uma notícia<sup>1</sup> da Euronews de abril de 2026 refere, com base no relatório Gallup-2026, que na Europa o stress atinge 39% dos trabalhadores e a motivação no trabalho apenas 12%, enquanto na América Latina atinge respectivamente 49% e 30%, valores que expressam pior saúde mental no trabalho associados também a maior ansiedade e depressão. Também a Organização Mundial do Trabalho (ILO, 2026) refere o total mundial de 56.394 mortes associados à doença mental, causando um prejuízo de 24,5 milhões de dias de trabalho perdidos, alertando para a importância de uma adequada gestão dos riscos psicossociais no trabalho.

Neste cenário de adoecimento mental crescente, os psicólogos clínicos, em especial, assumem um papel crucial no cuidado da saúde mental da população, estando expostos a um nível de stress ocupacional presente no contexto do trabalho (Barnett et al., 2007; Lima et al., 2020; Spiendler et al., 2015). Como profissionais de cuidado, enfrentam níveis prolongados de stress que os tornam vulneráveis ao burnout, impactando diretamente no bem-estar do profissional, no seu desempenho e na qualidade do cuidado que é oferecido aos pacientes.

Segundo Lima e colegas (2020), o stress no contexto do trabalho não deriva de uma única fonte, mas resulta de um conjunto de pressões intrínsecas às demandas profissionais. A prática clínica exige que o psicólogo clínico desempenhe um papel de cuidador emocional, oferecendo suporte, segurança e regulação emocional aos seus pacientes. Este papel, descrito como comportamento cuidador (Bowlby, 2002), refere-se à capacidade do profissional de identificar, compreender e responder de forma sensível às necessidades emocionais de seus pacientes. Por meio dessa prática, o psicólogo atua como uma base segura, criando um ambiente estável que

---

<sup>1</sup> <https://www.euronews.com/my-europe/2026/04/08/where-in-europe-are-workers-the-most-stressed>

permite aos pacientes explorar suas emoções e questões internas com confiança, sabendo que podem retornar a esse espaço seguro em busca de suporte e regulação emocional (Bowlby, 1989/1990). Essa dinâmica é essencial para que os pacientes se sintam seguros e validados em sua jornada terapêutica. Neste estudo, entendemos o psicólogo como um profissional cuidador ou dito como de ajuda, não só na clínica, mas em outras áreas de atuação. Sua prática profissional está associada a características como responsabilidade, empatia e clareza cognitiva, reforçando a expectativa de que sejam menos impactados pelo sofrimento alheio (Pletzer et al., 2015; Włodarczyk et al., 2025).

Especialmente na prática clínica e em contextos hospitalares ou educacionais, o trabalho dos profissionais de ajuda (como psicólogos, por exemplo) é explicado por Figley (2002) como uma relação assimétrica, na qual o fluxo de cuidado é predominantemente direcionado ao outro. Ou seja, trata-se de uma dinâmica em que o profissional oferece suporte emocional, empatia e regulação, sem uma reciprocidade equivalente dentro da relação profissional, o que sustenta a noção de um cuidado essencialmente unidirecional.

No contexto do trabalho clínico, o psicólogo não apenas facilita a expressão de emoções difíceis, mas também promove a compreensão de padrões emocionais e comportamentais, enquanto oferece um ambiente acolhedor. Para desempenhar esse papel com eficácia, é indispensável que o profissional esteja emocionalmente regulado e disponível. A regulação emocional do cuidador está diretamente relacionada à sua capacidade de oferecer contenção e suporte aos outros (Schore, 2003). Esta posição é acompanhada por Powell et al. (2014) ao destacarem que, para que o cuidador consiga atender às necessidades de segurança e exploração dos outros, ele próprio deve estar em um estado de equilíbrio emocional. No caso dos psicólogos clínicos, isso implica a necessidade de práticas regulares de autocuidado que lhes permitam gerenciar o stress e prevenir o burnout, condições que podem comprometer sua capacidade de fornecer um ambiente seguro e responsivo.

De acordo com Figley (2002), o esgotamento emocional e o burnout em profissionais de ajuda estão frequentemente associados à negligência de suas próprias necessidades emocionais e físicas. Quando o cuidador não se envolve em práticas de autocuidado, ele se torna mais vulnerável ao stress crônico, o que afeta sua habilidade de regular as próprias emoções e de estabelecer um vínculo terapêutico eficaz com seus pacientes. Assim, o autocuidado não é apenas uma prática individual para o benefício do profissional, mas também uma responsabilidade ética e profissional, pois sustenta a qualidade do cuidado oferecido ao paciente. Práticas como terapia pessoal, supervisão clínica, descanso adequado e a integração de atividades prazerosas e restauradoras são fundamentais para que o psicólogo mantenha sua capacidade de oferecer suporte

emocional regulado e responsivo. (Norcross & VandenBos, 2018). A literatura tem consistentemente investigado a associação entre burnout, stress, ansiedade e depressão, especialmente no contexto das profissões de saúde, evidenciando a exposição desses profissionais a elevados níveis de sofrimento psíquico decorrentes das demandas ocupacionais e da natureza do trabalho de cuidado (Lima Junior et al., 2024; Lyon & Galbraith, 2023; Melo & Raupp, 2020; Nunes et al., 2024). No entanto, observa-se que tais estudos, embora relevantes, apresentam limitações importantes. Em muitos casos, concentram-se em categorias profissionais amplas, como médicos, enfermeiros e socorristas, sem focalizar especificamente a realidade dos psicólogos, cuja prática envolve particularidades relacionadas à regulação emocional contínua e à exposição prolongada ao sofrimento do outro. Além disso, quando o autocuidado é abordado, frequentemente aparece de forma isolada ou como recomendação teórica, não sendo sistematicamente investigado em associação com desfechos como burnout, stress, ansiedade e depressão. Da mesma forma, variáveis potencialmente protetivas, como a resiliência e os padrões de vinculação, raramente são integradas em um mesmo modelo analítico que considere, simultaneamente, fatores de risco e de proteção à saúde mental. Nesse sentido, identifica-se uma lacuna no que se refere à investigação conjunta dessas variáveis em psicólogos brasileiros, o que limita a compreensão mais abrangente dos processos de adoecimento e proteção nessa população.

Assim, este estudo tem como objetivos conhecer os níveis de burnout, stress percebido, ansiedade, depressão, autocuidado, resiliência e vinculação em psicólogos, bem como a relação entre práticas de autocuidado, resiliência e vinculação como potenciais fatores de proteção, e os níveis de burnout, stress, ansiedade e depressão como indicadores de risco. Tenta, então, contribuir para uma compreensão mais complexa e contextualizada da saúde mental de psicólogos no Brasil, incluindo áreas de atuação do psicólogo, como organizacional, escolar, hospitalar. A relevância deste estudo reside na sua contribuição para a compreensão integrada dos processos de adoecimento e proteção em psicólogos, ao articular múltiplas dimensões da saúde mental considerando a realidade brasileira, tentando também oferecer subsídios teóricos e empíricos para a construção de estratégias de prevenção e intervenção que considerem tanto fatores individuais quanto contextuais. Antes da apresentação do estudo empírico realizado com 168 psicólogos(as) brasileiros, apresenta-se o enquadramento teórico nomeadamente do que é ser psicólogo(a) no Brasil, do adoecimento psicológico e da resiliência e vinculação.

## **1. Ser Psicólogo no Brasil: atribuições, lugar social e vulnerabilidades do trabalho do cuidado**

A profissão de psicólogo no Brasil foi regulamentada por meio da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, estabelecendo as bases legais para o exercício da Psicologia no país. Desde então, observa-se uma ampliação significativa de seus campos de atuação, acompanhando as transformações sociais e o aumento das demandas relacionadas à saúde mental e ao bem-estar. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o exercício profissional pode ocorrer em diferentes contextos, como saúde, educação, trabalho, justiça e comunidades, tendo como objetivo promover o respeito à dignidade e à integridade do ser humano (Conselho Federal de Psicologia [CFP], s.d.).

Dados do próprio CFP indicavam que, em fevereiro de 2026, havia 574.130 psicólogos inscritos no Brasil, com predominância do sexo feminino em todas as regiões do país (CFP, 2026). Esse dado, além de evidenciar a expansão da profissão, aponta para a necessidade de considerar as especificidades de gênero no exercício profissional, especialmente em atividades historicamente associadas ao cuidado.

As atribuições profissionais do psicólogo encontram-se descritas tanto em documentos do CFP quanto no Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO – código 2515-10), abrangendo atividades como avaliação psicológica, intervenção, orientação, pesquisa e atuação em equipes multiprofissionais (CFP, s.d.). Apesar da diversidade de campos de atuação, essas atribuições compartilham um eixo comum do trabalho: a intervenção sobre processos subjetivos, emocionais e relacionais que afetam indivíduos, grupos e instituições.

Para além das definições normativas, o exercício da Psicologia ocupa um lugar social específico, frequentemente associado à ideia de cuidado. No imaginário social, o psicólogo é compreendido como um profissional responsável por acolher, escutar e intervir sobre o sofrimento humano, o que atravessa diferentes contextos de atuação e evidencia o caráter relacional do trabalho.

Nesse sentido, é possível compreender o psicólogo como parte de um conjunto de profissionais do cuidado, cuja atuação envolve não apenas conhecimentos técnicos e científicos, mas também disponibilidade psíquica, capacidade de escuta, regulação emocional e manejo de situações complexas, frequentemente marcadas por sofrimento, conflito e vulnerabilidade. Essa compreensão dialoga com a perspectiva da teoria do apego, na qual o cuidado ocupa um papel central na organização da vida psíquica (Bowlby, 1989).

Essa dimensão relacional do trabalho do psicólogo não se limita ao exercício técnico, mas também se expressa no modo como a profissão é socialmente representada. A literatura indica que, independentemente da área de atuação, os psicólogos tendem a ser percebidos como profissionais do cuidado, associados à estabilidade emocional, ao autocontrole e à capacidade de lidar com o sofrimento humano de forma regulada e competente. Estudos apontam que o público atribui a esses profissionais características como responsabilidade, empatia e clareza cognitiva, além de uma suposta maior habilidade para manejar emoções negativas, o que reforça a expectativa de que sejam menos impactados pelo sofrimento alheio (Włodarczyk et al., 2025; Pletzer et al., 2015). Essa construção social sustenta o que tem sido descrito como um “mito da invulnerabilidade”, no qual o psicólogo é imaginado como emocionalmente estável e resiliente de forma contínua, ainda que evidências indiquem que esses profissionais vivenciam níveis significativos de sofrimento psíquico, frequentemente comparáveis ou superiores aos da população geral (Victor et al., 2022).

Essa expectativa pode ser compreendida à luz da teoria do apego, na medida em que o psicólogo é frequentemente colocado, no imaginário social e na prática profissional, no lugar de uma figura que oferece base segura, isto é, alguém capaz de regular emocionalmente o outro e sustentar condições de segurança diante do sofrimento (Bowlby, 1989). Nessa perspectiva, a exigência de regulação emocional constante, não apenas define o lugar simbólico do psicólogo, mas também pode operar como uma demanda implícita de funcionamento psíquico, contribuindo para a invisibilização de suas próprias necessidades de cuidado e para a manutenção de condições de trabalho potencialmente adoecedoras.

Segundo Bowlby (1989), o comportamento de cuidado é uma disposição humana ativada diante da percepção de necessidade no outro, sendo fundamental para a promoção da saúde mental. Nessa perspectiva, o psicólogo, especialmente na prática clínica, pode ser compreendido como alguém que sustenta condições de segurança emocional, favorecendo a elaboração do sofrimento.

No caso dos psicólogos organizacionais, essas exigências incluem lidar com sofrimento psíquico, conflitos institucionais e pressões organizacionais, configurando um campo de vulnerabilidade ocupacional. Soma-se a isso o fato de que o principal instrumento de trabalho é o próprio profissional, o que amplia a exposição à sobrecarga emocional. Nesse contexto, observa-se que os fatores de risco envolvidos na prática psicológica são multifatoriais e atravessam diferentes níveis. No que se refere atendimento aos pacientes por psicólogos clínicos, incluem-se situações como psicopatologia severa, ideação e tentativas de suicídio, resistência ao tratamento, comportamentos hostis, violência e abandono precoce do processo terapêutico. No plano organizacional, destacam-se condições como sobrecarga de trabalho, pressão por produtividade, excesso de burocracia, baixa autonomia, limitações institucionais, conflitos entre colegas e

escassez de suporte administrativo (Norcross & VandenBos, 2018).

No âmbito da relação terapêutica, ainda segundo Norcross e VandenBos (2018), somam-se elementos como a responsabilidade contínua pelo paciente, a vivência de processos contra-transferenciais, a dificuldade em lidar com casos complexos, a ausência de reconhecimento e as limitações estruturais do setting clínico. Esses fatores se articulam com processos de esgotamento emocional, caracterizados por fadiga, dificuldade de desligamento do trabalho, sensação de baixa eficácia e exposição contínua ao sofrimento humano. Além disso, o exercício profissional pode implicar isolamento psíquico e relacional, decorrente da exigência de confidencialidade, da restrição da expressão pessoal e da natureza unilateral da relação terapêutica.

Adicionalmente, fatores da vida pessoal (como por exemplo eventos de perda, mudanças familiares, adoecimento, instabilidade financeira e transições do ciclo vital) podem interagir com as demandas profissionais, ampliando a vulnerabilidade ao desgaste psicológico. Somam-se ainda estressores relacionados à própria prática, como expectativas idealizadas sobre os resultados do tratamento, dificuldades na avaliação do progresso terapêutico, dúvidas quanto à eficácia da psicoterapia e o estigma social associado à saúde mental. Considerados em conjunto, esses elementos evidenciam que o adoecimento do psicólogo não pode ser compreendido como resultado de fragilidades individuais isoladas, mas como efeito da interação entre exigências estruturais do trabalho do cuidado e condições contextuais (Norcross & VandenBos, 2018).

Observa-se ainda que, no contexto brasileiro, há maior ênfase institucional no cuidado com o outro do que no cuidado com o próprio profissional. Embora o Conselho Federal de Psicologia (CFP) estabeleça diretrizes éticas e normativas fundamentais para o exercício da profissão, não se identificam, de forma sistematizada, materiais institucionais amplamente difundidos voltados especificamente ao autocuidado do psicólogo enquanto trabalhador da saúde mental (CFP, s.d.). Em contraste, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2024) tem desenvolvido e disponibilizado orientações explícitas sobre autocuidado, incluindo recomendações práticas, materiais educativos e diretrizes voltadas à promoção do bem-estar psicológico dos profissionais. Essa diferença pode ser interpretada não como uma ausência absoluta de preocupação no contexto brasileiro, mas como uma menor institucionalização e visibilidade do tema, o que pode contribuir para a naturalização de condições de trabalho potencialmente adoecedoras.

Essa lacuna reforça a relevância de investigações que busquem compreender, de forma integrada, os fatores de risco e de proteção à saúde mental de psicólogos, especialmente no que se refere à articulação entre stress, burnout, ansiedade, depressão e variáveis ainda pouco exploradas, como práticas de autocuidado, resiliência e processos de vinculação, que a seguir se abordam nesta dissertação.

## **2. Adoecimento Mental em Psicólogo(a)s**

O adoecimento mental em psicólogo(a)s deve ser compreendido como um fenômeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre demandas ocupacionais intensas e a exigência contínua de regulação emocional. Profissionais que atuam diretamente com o sofrimento humano encontram-se expostos a estressores frequentes, muitas vezes crônicos, que podem exceder sua capacidade de enfrentamento, especialmente em contextos marcados por alta carga emocional e responsabilidade clínica. A exposição contínua a narrativas de sofrimento, perda e trauma constitui um dos elementos centrais dessa sobrecarga emocional, configurando um contexto ocupacional particularmente exigente (Vivolo et al., 2024).

Nesse sentido, psicólogos configuram-se simultaneamente como profissionais cuidadores e como sujeitos potencialmente vulneráveis ao adoecimento, uma vez que o exercício profissional implica não apenas a escuta do sofrimento, mas também sua elaboração interna. Essa dupla exigência de sustentar o outro enquanto se regula a si mesmo, pode intensificar a sobrecarga emocional, sobretudo em contextos nos quais os recursos de apoio e as práticas de autocuidado são insuficientes ou negligenciados. Barnett e colegas (2007) destacam que esses profissionais apresentam maior suscetibilidade a sofrimento emocional, burnout e traumatização vicária, especialmente quando negligenciam o próprio bem-estar.

Além disso, a literatura contemporânea aponta que a percepção de stress emerge como um elemento central nesse processo. Níveis elevados e prolongados de stress percebido estão associados à redução do bem-estar psicológico e ao aumento da vulnerabilidade para sintomas ansiosos e depressivos (Slimmen et al., 2022). Mais do que a presença objetiva de estressores, a forma como o indivíduo interpreta e responde a essas demandas mostra-se determinante para os desfechos em saúde mental, sendo modulada por fatores como suporte social, estratégias de coping e recursos de regulação emocional (Slimmen et al., 2022).

Outro dado referente ao risco de adoecimento em psicólogos pode ser evidenciado ao considerarmos a predominância de mulheres na Psicologia, com um total de 489.612 profissionais do sexo feminino em comparação a 86.863 do sexo masculino, o que corresponde, aproximadamente, a 85% e 15% do total, respectivamente (CFP, 2026). Esse padrão não apenas confirma a tendência histórica de feminização da profissão, mas também suscita uma problematização relevante no campo da saúde mental ocupacional. Profissões marcadas pelo cuidado tendem a ser social e culturalmente associadas ao feminino, o que pode implicar uma naturalização de competências emocionais, disponibilidade afetiva e capacidade de autorregulação como atributos inerentes, e não como habilidades que demandam desenvolvimento, suporte e limites institucionais. Tal configuração pode contribuir para uma sobrecarga menos visibilizada,

na medida em que expectativas implícitas de cuidado contínuo e responsividade emocional recaem de forma mais intensa sobre mulheres, potencialmente ampliando a vulnerabilidade ao stress, burnout, ansiedade e depressão.

Nesse sentido, a predominância feminina na Psicologia não deve ser compreendida apenas como um dado demográfico, mas como um elemento estruturante das condições de trabalho e das dinâmicas de adoecimento na profissão, exigindo análises que articulem gênero, organização do trabalho e práticas de autocuidado de forma crítica e contextualizada. A preocupação pode ser confirmada em estudos como o de Hao e colegas (2021), onde foi apresentado que o sexo feminino foi identificado como fator de risco para depressão e sintomas de stress pós-traumático, além de apresentar maior prevalência de ansiedade quando comparado aos homens. Evidências quantitativas demonstraram que mulheres apresentaram maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental. Adicionalmente, foi observada maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos entre mulheres, particularmente entre profissionais de enfermagem.

A articulação entre gênero e vulnerabilidade ao adoecimento encontra respaldo em evidências internacionais. Por exemplo, Karakcheyeva e colegas (2024) observaram que mulheres em profissões da saúde estão expostas a pressões estruturais que amplificam o risco de burnout e stress, assinalando aspetos como ausência de autonomia profissional, injustiça salarial e sobreposição do papel de cuidadora no âmbito social e familiar. Por sua vez, Barron e West (2007) identificaram que o trabalho emocional intrínseco às profissões de cuidado constitui um custo específico para as mulheres, que relatam dificuldade acrescida em dissociar-se emocionalmente do trabalho fora do contexto profissional. Assim, os dados reforçam a compreensão de que o adoecimento mental em psicólogos, especialmente em psicólogas, não é um fenómeno meramente individual, mas estruturalmente condicionado por dinâmicas de gênero, trabalho emocional e condições institucionais.

Analisa-se seguidamente e com mais detalhes as formas de adoecimento psicológico expresso no burnout, stress percebido, ansiedade e depressão.

## **2.1. Burnout**

O burnout é considerado como uma síndrome psicológica resultante da exposição prolongada a estressores crónicos no contexto de trabalho, especialmente em profissões que envolvem intenso contato interpessoal (Maslach et al., 2001). Trata-se de um fenómeno multidimensional, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização (expressa por atitudes cínicas ou distanciadas em relação ao outro) e redução da realização profissional, associada à percepção de ineficácia e perda de competência no trabalho (Maslach et al., 2001). Além disso,

Maslach e colegas (2001) destacam que o burnout não pode ser reduzido a uma resposta individual ao stress, devendo ser compreendido a partir da interação entre características pessoais e condições organizacionais, como sobrecarga de trabalho, falta de controle, ausência de reconhecimento e conflitos de valores no ambiente laboral.

Além da sua caracterização clássica, o burnout pode ser compreendido como uma das principais expressões do adoecimento mental relacionado ao trabalho na contemporaneidade, sendo influenciado não apenas por fatores individuais, mas sobretudo pelas condições organizacionais e sociais em que o trabalho se insere (Areosa & Queirós, 2020). Caracteriza-se por um processo de desgaste progressivo decorrente da exposição prolongada a estressores ocupacionais, estando fortemente associado à intensificação do trabalho, às elevadas exigências emocionais, à falta de reconhecimento, à baixa autonomia e à deterioração das relações sociais no contexto laboral (Areosa & Queirós, 2020). Acresce que o burnout envolve uma dimensão subjetiva relevante, expressando uma rutura na relação do trabalhador com o seu trabalho, frequentemente acompanhada por perda de sentido, frustração e comprometimento da identidade profissional (Areosa & Queirós, 2020). Nesse sentido, sua compreensão exige uma abordagem ampliada, que considere não apenas os fatores individuais, mas também os processos organizacionais e socioculturais que contribuem para a sobrecarga e o sofrimento psíquico no trabalho (Areosa & Queirós, 2020).

No contexto contemporâneo, especialmente diante das transformações intensificadas pela pandemia de COVID-19, observou-se um agravamento dos fatores de risco psicossociais, incluindo a flexibilização do trabalho, a precarização e a intensificação das demandas laborais, o que contribuiu para o aumento dos níveis de burnout e outros indicadores de sofrimento mental (Areosa & Queirós, 2020). A prevenção do burnout requisitou intervenções integradas que contemplem níveis individual, grupal e organizacional, sendo insuficiente a adoção exclusiva de estratégias centradas no indivíduo, como o autocuidado, sem a concomitante transformação das condições de trabalho. A orientação de intervenção deste estudo permanece atual para a complexidade diante da dimensão do trabalho na vida do homem contemporâneo. (Areosa & Queirós, 2020).

Psicólogos, em especial os de atuação clínica, encontram-se especialmente expostos a esse risco devido ao contato contínuo com o sofrimento psíquico, exigindo envolvimento emocional constante e manejo de situações complexas (Heredia & Laneiro, 2015; Norcross & VandenBos, 2018; Oñate et al., 2016; Simpson et al., 2019). Nessa mesma linha, Spiendler e colegas (2015) destacam que fatores como pressão emocional, demandas complexas e ausência de tempo para autocuidado contribuem significativamente para o desenvolvimento do burnout.

Além disso, evidências contemporâneas indicam que o burnout não pode ser compreendido apenas como consequência da sobrecarga de trabalho, mas também como resultado da ausência de recursos de proteção, como estratégias de autocuidado e regulação emocional. Nesse sentido, a percepção de stress desempenha papel relevante, uma vez que níveis elevados de stress percebido estão associados a maior vulnerabilidade ao adoecimento ocupacional (Slimmen et al., 2022).

## 2.2. Stress

O stress, segundo Selye (1956), constitui uma resposta do organismo frente a demandas que ameaçam seu equilíbrio, podendo evoluir para estados de exaustão quando persistente. No campo ocupacional, o modelo de Karasek (1979) evidencia que a combinação entre alta demanda e baixo controle sobre o trabalho aumenta significativamente o risco de adoecimento. Estudos com psicólogos apontam fatores como sobrecarga, insegurança profissional e condições precárias de trabalho como fontes relevantes de stress (Gomes & Cruz, 2004). Entretanto, a literatura recente amplia essa compreensão ao destacar que não apenas os estressores objetivos, mas a percepção subjetiva do stress, exerce influência central sobre a saúde mental. Nesse sentido, níveis elevados de stress percebido estão significativamente associados ao aumento de sintomas psiquiátricos, incluindo ansiedade, depressão e somatização (Thorsén et al., 2022). Além disso, o stress percebido apresenta forte associação negativa com o bem-estar psicológico, explicando parcela significativa de sua variação (Slimmen et al., 2022). Esses achados reforçam que a forma como o indivíduo percebe e interpreta o stress é determinante para seus desfechos em saúde mental, sendo modulada por fatores como suporte social, resiliência e estratégias de *coping*.

A relação entre stress, ansiedade, depressão e burnout pode ser compreendida a partir do modelo cognitivo/diátese-stress, articulado ao modelo transacional do stress, segundo o qual o stress percebido atua como um gatilho que, ao interagir com vulnerabilidades e recursos individuais, contribui para diferentes desfechos em saúde mental. Nessa perspectiva, o impacto das demandas não depende exclusivamente de suas características objetivas, mas da avaliação cognitiva que o indivíduo realiza acerca das exigências e de sua capacidade de enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984). Quando essas demandas são avaliadas como excedendo os recursos disponíveis, intensifica-se a resposta de stress, podendo manifestar-se inicialmente por sintomas de ansiedade, caracterizados por hiperativação e vigilância, e, em um processo mais prolongado, evoluir para quadros depressivos marcados por perda de energia e de sentido (Tao et al., 2023).

No contexto ocupacional, especialmente em profissões que envolvem elevada carga emocional como a Psicologia, esse processo pode culminar em burnout, entendido como um

desfecho associado à exposição crônica a estressores laborais (Maslach et al., 2001). Nesse percurso, recursos como autocuidado e regulação emocional influenciam a forma como as demandas são avaliadas e manejadas, podendo atenuar ou intensificar o impacto do stress sobre o adoecimento mental, ainda que sua eficácia esteja condicionada às condições organizacionais e contextuais do trabalho (Areosa & Queirós, 2020).

Dessa forma, o stress percebido configura-se como um elemento central na compreensão do adoecimento mental em psicólogos, não apenas como resposta a demandas externas, mas como resultado da interação entre avaliação cognitiva, recursos individuais e contexto ocupacional. Essa perspectiva reforça a necessidade de investigar fatores que possam modular essa relação, como a resiliência e as práticas de autocuidado, especialmente em profissões caracterizadas por elevada carga emocional.

### **2.3. Ansiedade e Depressão**

Pesquisas indicam elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre psicólogos. Pope e Tabachnick (1994, in Barnett et al., 2007), apontam que 60% dos profissionais relataram episódios de depressão ao longo da carreira e 29% ideação suicida, evidenciando que o sofrimento psíquico nesse grupo não é episódico, mas estruturalmente relacionado às condições de trabalho. A literatura contemporânea sugere que ansiedade, depressão e stress não se manifestam de forma isolada, mas como dimensões inter-relacionadas que se influenciam mutuamente (Shin & Park, 2025; Ter Meulen et al., 2021). Nesse sentido, níveis elevados de stress percebido estão associados a maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos, especialmente em contextos de exposição contínua a demandas emocionais intensas. Além disso, evidências indicam que a percepção de stress está significativamente associada a sintomas psicológicos em diferentes populações, reforçando seu papel central na compreensão do adoecimento mental (Thorsén et al., 2022).

Avanços recentes apontam que essa relação não ocorre de forma direta, sendo mediada por fatores ocupacionais e individuais. Em profissionais de saúde, a percepção de stress mostrou-se associada a sintomas de ansiedade e depressão, sendo essa relação mediada por desequilíbrios entre esforço e recompensa no trabalho, bem como pela resiliência (Tao et al., 2023). Ademais, a ansiedade pode atuar como um elemento intermediário na relação entre stress e depressão, sugerindo uma dinâmica progressiva do adoecimento mental. Esses resultados reforçam a necessidade de compreender a saúde mental de psicólogos a partir de uma perspectiva integrada, que considere simultaneamente fatores individuais, relacionais e contextuais, bem como fatores de risco já acima descritos e fatores de proteção como resiliência e auto-cuidado.

### **3. Resiliência como fator de proteção ao adoecimento mental**

No contexto desta dissertação, discutir resiliência torna-se fundamental para compreender por que psicólogos expostos a estressores ocupacionais semelhantes apresentam desfechos distintos em termos de burnout, ansiedade, depressão e sofrimento psíquico. A prática clínica implica contato contínuo com o sofrimento humano, exigindo elevada disponibilidade emocional e capacidade de regulação afetiva, frequentemente em contextos institucionais que nem sempre oferecem suporte adequado. Nesse cenário, a resiliência emerge como um construto central para compreender como alguns profissionais mantêm funcionamento adaptativo diante da adversidade, enquanto outros evoluem para quadros de adoecimento. Assim, a resiliência é aqui compreendida não como um atributo estático, mas como um processo dinâmico e multissistêmico que modula a relação entre stress e saúde mental.

A literatura contemporânea converge para a compreensão da resiliência como um processo de adaptação positiva diante de adversidades significativas, resultante da interação entre fatores individuais, contextuais e biológicos (Fletcher & Sarkar, 2012; Rutter, 2012; Ungar & Theron, 2019). Nessa perspectiva, a resiliência só pode ser identificada na presença simultânea de adversidade e adaptação positiva, evitando seu uso indiscriminado (Fletcher & Sarkar, 2012). Além disso, trata-se de um fenômeno probabilístico e desenvolvimental, no qual a interação entre indivíduo e ambiente desempenha um papel central (Rutter, 2012).

A centralidade dos vínculos nesse processo pode ser aprofundada à luz da teoria do apego/vinculação, que postula que experiências consistentes de cuidado responsivo contribuem para a construção de modelos internos de segurança, influenciando diretamente a regulação emocional e a resposta ao stress ao longo da vida (Bowlby, 1989). Dessa forma, a capacidade de lidar com adversidades não depende apenas de recursos intrapsíquicos, mas também da qualidade das relações estabelecidas.

A resiliência pode ser compreendida, ainda, como fator de proteção ao reduzir a probabilidade de desenvolvimento de transtornos mentais e modular a intensidade das respostas ao stress (Babić et al., 2020; Rutten et al., 2013). Trata-se, portanto, de um processo dinâmico e potencialmente desenvolvível, com implicações relevantes para a promoção da saúde mental, especialmente em contextos profissionais marcados por elevada demanda emocional.

A compreensão da resiliência como fator de proteção requer a análise dos modelos que explicam o desenvolvimento do adoecimento mental. Entre os principais, destacam-se o modelo cognitivo de diátese-stress, o modelo tripartite e as abordagens contemporâneas que enfatizam a dinâmica dos sintomas.

O modelo cognitivo de diátese-stress, fundamentado na teoria de Aaron T. Beck,

compreende o adoecimento como resultado da interação entre vulnerabilidades cognitivas e exposição a estressores (Beck, 1967; Ingram & Luxton, 2005). Nessa perspectiva, esquemas cognitivos disfuncionais são ativados por experiências estressoras, contribuindo para o aumento de ansiedade e, em alguns casos, para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Evidências indicam que a ansiedade pode atuar como mediadora parcial nesse processo, embora essa relação seja dinâmica e não estritamente linear.

Complementarmente, o modelo tripartido proposto por David A. Clark e David Watson postula que ansiedade e depressão compartilham um fator comum de afeto negativo, ao mesmo tempo em que apresentam componentes específicos: a depressão associada à redução da afetividade positiva e a ansiedade à hiperexcitação fisiológica (Clark & Watson, 1991). Esse modelo contribui para a diferenciação dos quadros e para a compreensão de suas sobreposições. Abordagens mais recentes, como os modelos de espiral descendente e análise em rede, descrevem o adoecimento como um processo dinâmico no qual sintomas de stress, ansiedade e depressão se reforçam mutuamente ao longo do tempo, contribuindo para a manutenção do sofrimento psíquico (Borsboom, 2017).

Para os fins desta dissertação, adota-se como eixo central o modelo cognitivo de diátese-stress, por sua capacidade de explicar a interação entre demandas ocupacionais e vulnerabilidades individuais no contexto da prática clínica. O modelo tripartite é incorporado como referencial complementar, enquanto os modelos de rede são utilizados como aporte teórico adicional para compreender a dinâmica de manutenção dos sintomas.

A partir desses modelos, o adoecimento mental pode ser compreendido como um processo no qual o stress ativa vulnerabilidades cognitivas, intensifica estados de afeto negativo e contribui para a formação de ciclos entre ansiedade e depressão. No entanto, tais modelos não explicam, por si só, por que indivíduos expostos a condições semelhantes apresentam trajetórias distintas. É nesse ponto que a resiliência se torna central.

A resiliência atua como um sistema modulador que interfere na ativação das vulnerabilidades, na intensidade das respostas emocionais e na manutenção dos sintomas ao longo do tempo. No plano cognitivo, favorece interpretações mais adaptativas; no plano emocional, contribui para a regulação do afeto; e, na dinâmica dos sintomas, pode reduzir a escalada do sofrimento.

Evidências empíricas recentes indicam que a resiliência não apenas atua diretamente na redução do impacto do stress, mas também favorece o engajamento em práticas de autocuidado, funcionando como um mecanismo indireto de proteção ao burnout e ao adoecimento mental (Michael et al., 2024; Pank et al., 2025). Nesse sentido, a resiliência pode ser compreendida como

um facilitador de estratégias regulatórias que sustentam o funcionamento psicológico diante de demandas prolongadas.

Esse processo pode ser compreendido a partir da articulação entre três dimensões interdependentes. A regulação emocional eficaz, caracterizada pela capacidade de reinterpretar experiências e manejar estados emocionais adversos, está associada a melhores desfechos em saúde mental (Troy et al., 2022). Os vínculos e o suporte social, por sua vez, reduzem a reatividade ao stress e ampliam a sensação de segurança, funcionando como base para a adaptação (Ungar & Theron, 2019). Por fim, evidências indicam que a resiliência envolve também a modulação de circuitos neurais relacionados à regulação emocional e ao controle cognitivo, contribuindo para respostas mais adaptativas ao stress (Nestler & Russo, 2024). Essas dimensões operam de forma integrada, de modo que a resiliência não reside em um único fator, mas na qualidade da articulação entre processos emocionais, relacionais e biológicos.

Dessa forma, a resiliência é compreendida, nesta dissertação, como um processo dinâmico, multissistêmico e contextual, que atua como fator de proteção ao modular a relação entre estressores ocupacionais e desfechos em saúde mental. Ao integrar modelos explicativos do adoecimento com mecanismos de proteção psicológicos e relacionais, tenta-se oferecer uma base teórica consistente para a análise das trajetórias de saúde e adoecimento em psicólogos, contribuindo para a compreensão de fatores de risco e proteção nessa população.

#### **4. Práticas de Autocuidado e Vinculação**

O autocuidado no exercício da Psicologia clínica deve ser compreendido para além de um conjunto de práticas isoladas, envolvendo processos de auto-reflexão, reconhecimento das próprias necessidades e busca consciente de recursos voltados à promoção da saúde e bem-estar (Posluns & Gall, 2020). Nessa perspectiva, o autocuidado não se restringe à adoção de comportamentos específicos, mas inclui também uma atitude de cuidado direcionada a si mesmo, constituindo uma dimensão relevante para a sustentação ética e clínica do cuidado disponibilizado ao outro.

A teoria do apego/vinculação oferece uma base consistente para a compreensão dessas capacidades. Segundo Bowlby (1989, 2002), as experiências precoces de cuidado estruturam modelos operativos internos que orientam a percepção de si, do outro e do mundo, influenciando diretamente a forma como o indivíduo reconhece suas necessidades, regula emoções e busca suporte. Indivíduos com histórias de apego seguro tendem a desenvolver maior flexibilidade emocional, maior capacidade de autorregulação e maior disponibilidade para o cuidado, enquanto trajetórias marcadas por inconsistência ou negligência podem comprometer essas funções. Nesse sentido, o autocuidado pode ser compreendido como uma expressão dos modelos operativos

internos, na medida em que a forma como o profissional cuida de si está profundamente relacionada às experiências de cuidado internalizadas ao longo do desenvolvimento. O cuidado é inicialmente dispensado por um ou mais cuidadores que, de maneira geral, organizam-se para oferecer ao bebê os comportamentos necessários à sua sobrevivência, como alimentação, higiene, proteção e segurança física e emocional. É a partir das trocas estabelecidas nesses cuidados que ocorre a formação e o desenvolvimento do vínculo, cujo objetivo primordial é favorecer a manutenção da vida e do bem-estar do bebê.

Um vínculo seguro caracteriza-se pela oferta consistente de previsibilidade, conforto, constância e sintonia emocional. Quanto mais seguro se desenvolve esse vínculo ao longo das interações de cuidado, mais positiva tende a ser a percepção de si, favorecendo o desenvolvimento do senso de valor pessoal e da capacidade de regulação emocional (Bowlby, 2002; Schore, 2003). Nessa perspectiva, as relações significativas podem atuar como uma base segura, oferecendo sustentação emocional diante das adversidades (Bowlby, 1989).

Partindo desse entendimento, o vínculo pode também ser compreendido como um importante recurso de enfrentamento. O suporte social tende a reduzir o stress percebido ao modificar a avaliação subjetiva das situações, tornando eventos adversos mais manejáveis (Acoba, 2024). Além disso, a teoria do apego permite compreender vínculos seguros como experiências de “porto seguro” e “base segura”, nas quais o outro oferece proteção em momentos de ameaça e favorece exploração, desenvolvimento e reorganização emocional em contextos de maior estabilidade (Pietromonaco & Collins, 2017). Assim, a ausência ou fragilidade do suporte social não representa apenas uma carência relacional, mas pode também constituir um fator de vulnerabilidade para sofrimento psíquico e adoecimento. Nesta perspectiva, o autocuidado pode ser compreendido como uma expressão desses modelos internos, pois a forma como o profissional cuida de si está profundamente relacionada com as experiências de cuidado internalizadas ao longo do seu desenvolvimento.

A regulação emocional constitui o principal mecanismo subjacente a esse processo. A capacidade de identificar, modular e responder de forma adaptativa aos próprios estados afetivos permite ao indivíduo sustentar o funcionamento cognitivo, manter a capacidade reflexiva e responder com flexibilidade às demandas do ambiente (Hill, 2015). Em estados regulados, há maior possibilidade de conexão interpessoal, planejamento e tomada de decisão, enquanto estados de desregulação tendem a aumentar a reatividade, reduzir a capacidade de mentalização e comprometer o julgamento clínico. No contexto psicoterapêutico, essa dimensão assume centralidade, pois o terapeuta frequentemente atua como uma base segura, oferecendo ao paciente um espaço de contenção e organização emocional (Bowlby, 1989). Para sustentar essa função,

torna-se necessário que o profissional mantenha um nível adequado de regulação interna, o que implica atenção contínua ao próprio funcionamento emocional.

Nesse cenário, o exercício da Psicologia clínica ocorre em uma cultura de cuidado unidirecional, na qual o profissional é constantemente convocado a oferecer empatia, disponibilidade e suporte emocional, sem a expectativa de reciprocidade no setting terapêutico (Posluns & Gall, 2020). Essa assimetria relacional implica um uso contínuo de recursos emocionais e cognitivos, aumentando a exposição a estressores crônicos e elevando o risco de esgotamento. Evidências consistentes indicam que psicólogos e outros profissionais da saúde mental apresentam níveis elevados de stress, sofrimento psicológico, fadiga por compaixão e burnout, decorrentes da exposição prolongada ao sofrimento humano e às demandas inerentes ao trabalho clínico (Dattilio, 2015; Figley, 2002; Posluns & Gall, 2020). Tais condições não apenas afetam o bem-estar do profissional, mas também podem comprometer a qualidade da prática e a segurança do cuidado oferecido.

Estudos recentes conduzidos com psicólogos portugueses reforçam empiricamente essa relação, demonstrando que níveis mais elevados de autocuidado se associam significativamente a menores índices de burnout e sofrimento ocupacional (Silva et al., 2026). Além disso, o autocuidado apresentou associação positiva com regulação emocional e crenças de autoeficácia, sugerindo que profissionais com maior capacidade de manejar estados emocionais tendem também a engajar-se de forma mais consistente em práticas protetivas. Os autores identificaram ainda que dimensões específicas do autocuidado, particularmente suporte profissional, estratégias cognitivas e equilíbrio de vida, exerceram efeito mediador parcial na relação entre regulação emocional e burnout, indicando que o autocuidado pode funcionar como mecanismo protetivo relevante frente às exigências emocionais da prática clínica.

Diante desse contexto, o autocuidado assume um estatuto ético e clínico. Sua negligência pode impactar diretamente a capacidade de julgamento, a responsividade emocional e a efetividade da intervenção, configurando um risco ético relevante (Barnett et al., 2007; Dattilio, 2015; Posluns & Gall, 2020). Assim, o autocuidado deve ser compreendido como parte integrante da competência profissional, exigindo monitoramento contínuo do próprio funcionamento e atenção deliberada às condições que sustentam o exercício clínico ao longo do tempo (Norcross & VanderBos, 2018). Cuidar de si, nesse sentido, não se configura como escolha individual ou estratégia complementar, mas como uma exigência inerente à prática responsável e sustentável da Psicologia.

A literatura contemporânea tem buscado organizar o autocuidado em dimensões que permitam sua melhor compreensão e operacionalização. Essa compreensão multidimensional do autocuidado encontra respaldo em investigações psicométricas recentes desenvolvidas

especificamente com psicólogos. Por exemplo, a SCAP – *Self-Care Assessment for Psychologists*, proposta por Dorociak e colaboradores (2017), concebe o autocuidado como um constructo multifacetado composto por cinco dimensões: apoio profissional, desenvolvimento profissional, equilíbrio de vida, consciência cognitiva e equilíbrio diário. Posteriormente, a adaptação portuguesa da medida, denominada Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP), demonstrou propriedades psicométricas robustas e evidenciou associações significativas entre maiores níveis de autocuidado, maior bem-estar psicológico e menores níveis de stress percebido (Silva et al., 2024). Esses resultados reforçam a compreensão de que o autocuidado não constitui um comportamento isolado, mas um sistema integrado de estratégias regulatórias voltadas à preservação do funcionamento psicológico e profissional.

Numa outra perspetiva, Posluns e Gall (2020) propõem seis domínios interdependentes que estruturam esse processo: consciência, equilíbrio, flexibilidade, saúde física, apoio social e espiritualidade. A consciência refere-se à capacidade de monitorar continuamente estados internos e reconhecer sinais de sobrecarga; o equilíbrio diz respeito à articulação entre vida pessoal e profissional; a flexibilidade envolve a adaptação às demandas e o uso de estratégias regulatórias eficazes; a saúde física abrange sono, alimentação e atividade física; o apoio social inclui relações pessoais e profissionais que oferecem sustentação emocional; e a espiritualidade refere-se à construção de sentido, propósito e conexão. Esses domínios não operam de forma isolada, mas articulam-se em um sistema integrado que sustenta a capacidade adaptativa do profissional frente às exigências do trabalho clínico. Nessa perspetiva, o autocuidado pode ser compreendido como uma via operacional da resiliência, na medida em que sustenta processos de regulação emocional, adaptação e manutenção do funcionamento diante de estressores contínuos. Mais do que prevenir o adoecimento, o autocuidado contribui para a preservação de recursos internos que permitem ao profissional manter-se funcional, responsivo e eticamente comprometido com o cuidado do outro.

Entretanto, um aspeto crítico destacado pela literatura refere-se ao paradoxo do autocuidado entre profissionais da saúde mental. Apesar de reconhecerem a sua importância, muitos psicólogos apresentam dificuldades em engajar-se de forma consistente nessas práticas. Evidências indicam que esses profissionais frequentemente evitam buscar ajuda mesmo diante de níveis significativos de sofrimento, seja por medo de estigmatização, receio de serem percebidos como incompetentes ou por conflitos associados à identidade profissional e à expectativa de autossuficiência (Dattilio, 2015). Esse fenómeno revela que o principal obstáculo ao autocuidado não reside na ausência de conhecimento, mas na dificuldade de reconhecer a própria vulnerabilidade e de se autorizar a ocupar o lugar de quem também necessita de cuidado. Ora, recentemente Bakker (2026) publicou uma reflexão sobre o “paradoxo” do burnout, referindo que

quem cuida dos outros cuida menos de si.

Essa dificuldade de reconhecimento da própria vulnerabilidade pode estar associada a processos de autocritica e perfeccionismo frequentemente presentes entre psicólogos. Um estudo recente conduzido com psicólogos australianos identificou que preocupações perfeccionistas, particularmente medo de erros, autocobrança e avaliação crítica de si, constituem fatores relevantes de risco para burnout e redução do bem-estar mental (Hassmén & Huynh, 2026). Fundamentados na Teoria da Conservação de Recursos e no modelo Exigências-Recursos de Trabalho, os autores propõem que tais características operam como demandas pessoais, consumindo recursos psicológicos e ampliando a vulnerabilidade ao esgotamento ocupacional. Nesse contexto, a autocompaixão emergiu como importante recurso protetivo, mediando parcialmente a relação entre perfeccionismo e burnout. Os resultados sugerem que profissionais com maior capacidade de responder às próprias dificuldades com acolhimento, *mindfulness* e menor autocritica tendem a apresentar menores níveis de sofrimento ocupacional e maior bem-estar psicológico. Estes resultados reforçam a compreensão de que o autocuidado não envolve apenas práticas comportamentais de proteção, mas também a construção de uma relação interna menos punitiva diante das limitações e exigências inerentes ao exercício clínico.

Esse paradoxo é corroborado por evidências empíricas que demonstram que, mesmo diante de níveis elevados de sofrimento psicológico, profissionais da saúde mental tendem a manter baixos níveis de engajamento em práticas de autocuidado, especialmente em contextos de sobrecarga ocupacional, como observado durante a pandemia de COVID-19 (Campos et al., 2022). Tal achado sugere que o conhecimento técnico sobre saúde mental não é suficiente para garantir a implementação de comportamentos protetivos, evidenciando a complexidade dos fatores envolvidos nesse processo.

Essa dinâmica evidencia uma tensão central no exercício clínico, na qual o psicólogo pode manter sua atuação mesmo em condições que comprometem sua capacidade de oferecer um cuidado qualificado, configurando um conflito ético vivido entre a responsabilidade profissional e os limites pessoais (Dattilio, 2015). Nesse sentido, o autocuidado exige não apenas a adoção de práticas específicas, mas uma postura de reconhecimento da própria condição humana, incluindo fragilidades, limites e necessidades. Esse movimento implica o desenvolvimento de flexibilidade psicológica e capacidade de autorregulação, elementos fundamentais para sustentar a prática clínica ao longo do tempo (Hill, 2015). Nessa direção, estudos recentes têm sustentado que o autocuidado deve ser compreendido como uma prática contínua e preventiva, e não apenas como resposta reativa ao esgotamento já instalado (Dorociak et al., 2017). Essa perspectiva desloca o autocuidado de uma lógica acessória para uma dimensão constitutiva da sustentabilidade

profissional, envolvendo monitoramento constante do funcionamento emocional, manutenção de redes de suporte e preservação de recursos internos necessários ao exercício clínico prolongado. Como destacam Norcross & VanderBos (2018), o cuidado com o terapeuta constitui uma condição indispensável para a sustentabilidade da prática psicoterapêutica, sendo parte integrante de uma atuação ética, reflexiva e responsável.

Dessa forma, o autocuidado configura-se como um processo dinâmico que emerge da articulação entre história de vinculação, capacidades regulatórias e demandas contextuais, funcionando simultaneamente como fator de proteção individual e como exigência ética da prática profissional. Assim, ao sustentar a regulação emocional, preservar recursos internos e favorecer a adaptação frente às exigências do trabalho clínico, o autocuidado torna-se condição essencial para que o psicólogo possa exercer sua função de cuidado de maneira consistente, segura e eficaz.

Depois desta breve contextualização teórica, constatando que enquanto profissionais existe uma lacuna de estudos sobre o bem-estar no trabalho dos psicólogos(as), apresenta-se o estudo empírico realizado.

## MÉTODO

Este estudo tem como objetivos conhecer os níveis de burnout, stress percebido, ansiedade, depressão, autocuidado, resiliência e vinculação em psicólogos brasileiros, bem como a relação entre práticas de autocuidado, resiliência e vinculação como potenciais fatores de proteção, e os níveis de burnout, stress, ansiedade e depressão como indicadores de risco.

Considerando os objetivos definidos e a literatura analisada, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: os psicólogos apresentam níveis moderados ou elevados de burnout, percepção do stress, ansiedade e depressão.

Hipótese 2: os psicólogos apresentam níveis baixos a moderados de auto-cuidado.

Hipótese 3: os níveis das variáveis psicológicas analisadas (variáveis anteriormente referidas, e ainda resiliência e vinculação) apresentam variação em função de características sociodemográficas e profissionais.

Hipótese 4: as variáveis psicológicas que representam fatores de risco (burnout, ansiedade e depressão e percepção de stress) apresentam correlações positivas entre si, o mesmo acontecendo nas variáveis que representam fatores de proteção (autocuidado, resiliência e vinculação).

Hipótese 5: existe correlação negativa entre as variáveis que representam fatores de risco e as variáveis que representam fatores de proteção.

### 1. Participantes

A amostra foi constituída por 168 psicólogos em exercício profissional, recrutados por meio de amostra não probabilística por conveniência. A divulgação do estudo ocorreu por meio de redes sociais e grupos de profissionais da psicologia, sendo incluídos participantes que manifestaram interesse voluntário em participar da investigação.

No que se refere à caracterização sociodemográfica dos participantes (Tabela 1) predomina o sexo feminino (94,6%), característica frequentemente observada em estudos com psicólogos no contexto brasileiro, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados subsequentes. No que se refere ao nível de escolaridade, observou-se predominância de formação em nível de pós-graduação *lato sensu* com 67,3%, em seguida 16,7% dos participantes relataram possuir apenas bacharelado e/ou licenciatura, enquanto o nível de mestrado foi identificado em 14,9% e apenas 1,2% possuíam doutorado. Relativamente ao que se refere às características relacionais da amostra, observou-se que a maioria dos participantes relatou estar em um relacionamento afetivo estável (75,0%), enquanto 64,3% referiram coabitar com outra pessoa, surgindo que 60,1% reside com

parceiro(a), 16,1% vivem sozinhos, 3,6% coabitam com filhos, 0,6% com amigos e 19,6% indicaram outras formas de arranjo residencial. No que se refere à presença de filhos ou enteados, 41,1% relataram ter filhos.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 168)

| Variável                       | Grupo                         | N   | %    |
|--------------------------------|-------------------------------|-----|------|
| Gênero                         | Masculino                     | 8   | 4,8  |
|                                | Feminino                      | 159 | 94,6 |
|                                | Outro-não binário             | 1   | 0,6  |
| Escolaridade                   | Bacharelado e/ou Licenciatura | 28  | 16,7 |
|                                | Pós-Graduação Lato Sensu      | 113 | 67,3 |
|                                | Mestrado                      | 25  | 14,9 |
|                                | Doutorado                     | 2   | 1,2  |
| Relacionamento afetivo estável | Sim                           | 126 | 75,0 |
|                                | Não                           | 42  | 25,0 |
| Cohabita com essa pessoa       | Sim                           | 108 | 64,3 |
|                                | Não                           | 60  | 35,7 |
| Com quem cohabita              | Sozinho                       | 27  | 16,1 |
|                                | Com parceiro                  | 101 | 60,1 |
|                                | Com filhos                    | 6   | 3,6  |
|                                | Com amigos                    | 1   | ,6   |
|                                | Outros                        | 33  | 19,6 |
| Tem filhos ou enteados         | Sim                           | 69  | 41,1 |
|                                | Não                           | 99  | 58,9 |

No que se refere à caracterização profissional da amostra (Tabela 2), observou-se uma predominância de participantes com atuação em regime autônomo/liberal (63,7%), sem exercício de outra atividade profissional fora da Psicologia (82,7%) e que não realizavam prática exclusivamente online (96,4%). Relativamente às áreas de atuação, verificou-se maior frequência da categoria “Outras” (35,7%), seguida da Psicologia Clínica (29,2%).

Tabela 2. Caracterização profissional da amostra

| Variável                               | Grupo                            | N   | %    |
|----------------------------------------|----------------------------------|-----|------|
| Áreas de atuação                       | Clínica                          | 49  | 29,2 |
|                                        | Clínica e Organizacional         | 25  | 14,9 |
|                                        | Clínica e Hospitalar             | 34  | 20,2 |
|                                        | Outras                           | 60  | 35,7 |
| Exerce online                          | Sim                              | 6   | 3,6  |
|                                        | Não                              | 162 | 96,4 |
| Tem outra atividade fora da Psicologia | Sim                              | 29  | 17,3 |
|                                        | Não                              | 139 | 82,7 |
| Regime de trabalho atual               | Autônomo / Liberal               | 107 | 63,7 |
|                                        | Contrato com Instituição Pública | 20  | 11,9 |
|                                        | Contrato com Instituição Privada | 13  | 7,7  |
|                                        | Misto (autônomo e contratado)    | 28  | 16,7 |

No que se refere aos anos de serviço por área (Tabela 3) verificou-se predominância de profissionais com até cinco anos de experiência nas diferentes áreas analisadas, especialmente na área clínica (37,5%) e hospitalar (21,4%). Observou-se ainda uma diminuição progressiva da frequência dos participantes nos intervalos mais elevados de tempo de serviço.

Tabela 3. Distribuição da percentagem por anos de serviço em cada área de atuação

| Anos de serviço | Clínica | Hospitalar | Organizacional | Escolar |
|-----------------|---------|------------|----------------|---------|
| 0-5 anos        | 37,5    | 21,4       | 10,1           | 8,9     |
| 6-10            | 19,0    | 6,5        | 6,5            | 4,2     |
| 11-15           | 17,3    | 2,4        | 2,4            | 1,8     |
| 16-20           | 6,5     | 3,0        | 3,0            | 1,8     |
| 21-25           | 7,7     | 0          | 1,8            | 0,0     |
| 26 ou mais anos | 7,7     | 1,2        | 0,6            | 0,6     |

No que se refere à distribuição geográfica da amostra (Tabela 4), observou-se maior concentração de participantes residentes e em exercício profissional nos estados de São Paulo, Ceará, Bahia e Rio Grande do Sul, evidenciando predominância das regiões Sudeste e Nordeste. Verificou-se pouca variação entre o estado de residência e o estado de atuação profissional principal dos participantes, sugerindo relativa estabilidade geográfica da prática profissional na amostra analisada. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram menor representatividade, aspecto que deve ser considerado na interpretação dos resultados quanto à abrangência nacional da amostra. De forma geral, a distribuição observada acompanha parcialmente a concentração de profissionais de Psicologia registrada nacionalmente pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), particularmente nos estados do Sudeste, o que sugere correspondência entre a composição da amostra e a distribuição profissional da categoria no Brasil.

Tabela 4. Distribuição por Estado brasileiro em função de 24ercepção24, atuação e nº psicólogos Estado

|                    | Reside |      | Exerce |      | Número feminino | Número masculino |
|--------------------|--------|------|--------|------|-----------------|------------------|
|                    | n      | %    | n      | %    |                 |                  |
| São Paulo          | 69     | 41,1 | 66     | 39,5 | 144.008         | 25.244           |
| Rio de Janeiro     | 7      | 4,2  | 7      | 4,2  | 53.923          | 9.522            |
| Rio Grande do Sul  | 17     | 10,1 | 19     | 11,4 | 31.132          | 4.655            |
| Bahia              | 18     | 10,7 | 18     | 10,8 | 23.733          | 4.146            |
| Ceará              | 22     | 13,1 | 22     | 13,2 | 13.795          | 2.840            |
| Minas Gerais       | 8      | 4,8  | 9      | 5,4  | 53.023          | 9.992            |
| Goiás              | 3      | 1,8  | 2      | 1,2  | 14.437          | 2.162            |
| Santa Catarina     | 6      | 3,6  | 6      | 3,6  | 16.578          | 2.547            |
| Pernambuco         | 7      | 4,2  | 7      | 4,2  | 17.343          | 3.059            |
| Espírito Santo     | 1      | 0,6  | 1      | ,6   | 7.510           | 1.480            |
| Roraima            | 2      | 1,2  | 2      | 1,2  | 918             | 135              |
| Distrito Federal   | 1      | ,6   | 1      | ,6   | 13.626          | 2.560            |
| Paraná             | 2      | 1,2  | 2      | 1,2  | 27.534          | 4.731            |
| Mato Grosso do Sul | 1      | 0,6  | 1      | 0,6  | 5.323           | 829              |
| Sergipe            | 1      | 0,6  | 1      | 0,6  | 3.594           | 774              |
| Fora do Brasil     | 3      | 1,8  | 3      | 1,8  | -               | -                |
| Acre               | 0      | 0    | 0      | 0    | 1.295           | 252              |
| Alagoas            | 0      | 0    | 0      | 0    | 5.545           | 1.035            |
| Amapá              | 0      | 0    | 0      | 0    | 1.293           | 269              |
| Amazonas           | 0      | 0    | 0      | 0    | 5.389           | 997              |
| Goiás              | 0      | 0    | 0      | 0    | 13.800          | 2.054            |
| Maranhão           | 0      | 0    | 0      | 0    | 6.096           | 1.169            |
| Mato Grosso        | 0      | 0    | 0      | 0    | 6.029           | 848              |
| Pará               | 0      | 0    | 0      | 0    | 7.030           | 1.461            |
| Piauí              | 0      | 0    | 0      | 0    | 4.745           | 871              |
| Rio Grande Norte   | 0      | 0    | 0      | 0    | 6.104           | 1.309            |
| Rondônia           | 0      | 0    | 0      | 0    | 2.772           | 498              |
| Tocantins          | 0      | 0    | 0      | 0    | 1.939           | 295              |

## 2. Materiais

Os dados para este estudo foram recolhidos através de um questionário online, composto pelos seguintes grupos, tendo tido o cuidado de sempre que existente, usar versões brasileiras:

- Grupo I – questionário sociodemográfico para coletar informações como gênero, estado civil, com quem coabita, se tem filhos, cidade onde reside e onde atua, formação acadêmica, áreas de experiência profissional em psicologia e tempo de atuação em cada área em que trabalhou, contexto profissional que trabalha atualmente, regime e jornada de trabalho.

- Grupo II – *Burnout Assessment Tool* (BAT, de Schaufeli et al., 2020; Sinval et al., 2022), avalia os níveis de *burnout*, sendo composto por 23 itens avaliados numa escala de 1 a 5 (nunca a sempre) organizados nas dimensões Exaustão, Distanciamento Mental, Prejuízo Emocional e Cognitivo para o burnout e 10 itens para os sintomas secundários (Sofrimento Psicológico e Queixas Psicossomáticas). O ponto de corte num formato de semáforo (Schaufeli et al., 2023) visa diferenciar entre os respondentes aqueles que: estão saudáveis (nível baixo, cor verde), os que estão em risco e cuja prevenção poderá ter papel importante nas ações que conscientizem sobre os riscos para a saúde 24ercep e mental (nível moderado, cor amarela) e

os que já estão adoecidos e que carecem de tratamento para o burnout (nível elevado, cor vermelha).

- Grupo III – *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4 de Kroenke et al., 2009; Angelim et al., 2021), instrumento breve de autorrelato para a triagem de sintomas de ansiedade e depressão composto por quatro itens, sendo dois relativos à ansiedade e dois à depressão, e avaliados de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Os pontos de corte foram estipulados na FPCEUP pela equipa do Laboratório de Investigação em Stress e Desastres, coordenado por C. Queirós, definidos proporcionalmente em comparação com versões da PSS com mais itens.

- Grupo IV – *Perceived Stress Scale* (PSS-4, de Cohen et al. 1983; Luft et al., 2007) avalia o nível de stress pessoal e a perceção individual sobre eventos da vida cotidiana. Apresenta uma estrutura de 10 itens, com respostas variando entre 0 (nunca) e 4 (muito frequentemente) e na qual os valores mais elevados indicam maior perceção de stress. O ponto de corte foi considerado o valor 6, igual ou acima do qual indicava presença de stress (Malik et al., 2020).

- Grupo V – *Resilience Scale* (RS, Wagnild & Young, 1993; Perim et al., 2015), que inclui 25 itens avaliados numa escala de tipo Likert com 7 pontos (entre 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente), organizados nas duas dimensões originais de Wagnild e Young (1993): Competência Pessoal (constituída por 16 itens) e Aceitação de Si Próprio e da Vida (constituída por 9 itens). O resultado total pode variar entre 25 e 175, e valores mais elevados indicam maior resiliência. No que se refere aos pontos de corte, um resultado abaixo dos 121 indica baixa resiliência, entre 121 e 145 indica resiliência moderada e acima dos 145 indica resiliência elevada.

- Grupo VI – Escala *Appraisal of Self-care Agency Scale* – revised (ASAS-R de Sousa et al., 2010; Damásio & Koller, 2013), avalia a perceção subjetiva da capacidade de autocuidado de um indivíduo, composta de 15 itens avaliados de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Os pontos de corte foram estipulados na FPCEUP pela equipa do Laboratório de Investigação em Stress e Desastres, coordenado por C. Queirós.

- Grupo VII – questões sobre vinculação, construídas para este estudo com carácter exploratório, visando compreender como os padrões relacionais dos participantes podem influenciar a forma como interpretam e respondem às demandas do contexto atual. Evidências indicam que os desfechos em saúde mental dependem menos da presença objetiva de estressores e mais dos processos de regulação emocional e suporte social envolvidos (Slimmen et al., 2022). Nesse contexto, vínculos e suporte social reduzem a reatividade ao stress e

favorecem a adaptação (Ungar & Theron, 2019), enquanto a resiliência envolve a modulação de circuitos neurais associados à regulação emocional e ao controle cognitivo (Nestler & Russo, 2024). O instrumento teve 10 itens avaliados de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito).

Considerando as sugestões de Field (2009) foi calculada a consistência interna de cada instrumento (Tabela 5), tendo-se constatando que varia entre 0,716 para percepção de stress e 0,952 para o burnout, valores que cumprem o recomendado próximo de 0,8. É de realçar que o valor inferior na 26 percepção de stress e ansiedade/depressão pode resultar de serem poucos itens e/ou alguns estarem invertidos o que por vezes baralha os participantes (note-se que os questionários com itens invertidos foram adequadamente calculados para os scores totais e alfas de *Cronbach*). Os itens que compõe o questionário de vinculação foram criados no âmbito desta dissertação e apresentam um alfa satisfatório de 0,863.

Tabela 5. Análise descritiva das variáveis psicológicas

| Dimensões (escala)   | Alfa de <i>Cronbach</i> |
|----------------------|-------------------------|
| Burnout              | 0,952                   |
| Sintomas Secundários | 0,858                   |
| Ansiedade            | 0,849                   |
| Depressão            | 0,833                   |
| Percepção de Stress  | 0,716                   |
| Autocuidado          | 0,884                   |
| Resiliência          | 0,925                   |
| Vinculação           | 0,863                   |

### 3. Procedimento

A recolha de dados ocorreu, a nível nacional, entre setembro a dezembro de 2025. Os dados foram recolhidos, através de uma versão do *google forms*. A participação foi anónima e voluntária, respeitando as normas éticas da investigação. Recorreu-se ao método de bola de neve divulgando um link disponibilizados entre grupos de psicólogos com o convite para o psicólogo(a) que concordar em participar da pesquisa. Ao acessar o link, o participante conhecia os objetivos da pesquisa e lia um termo de concordância, tendo sido informado acerca dos critérios de anonimato e confidencialidade dos resultados. Caso aceitasse, avançava para o questionário. Não foram registadas respostas de recusa.

No que se refere ao processamento e tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 29), efetuando-se análises descritivas, análises comparativas com Teste T de *Student* e *One Way Anova* (para amostras independentes), análises correlacionais através do Coeficiente Correlação R de *Pearson*, e análises de Regressão Múltipla, utilizando os métodos *Enter* e *Stepwise*.

## RESULTADOS

Num primeiro momento foi efetuada uma análise descritiva para os indicadores de burnout, percepção do stress, ansiedade, depressão, autocuidado, resiliência e vinculação, tendo-se verificado (Tabela 6) que os valores globais de burnout tenderam a ser intermédios considerando os mínimos-máximos teóricos da escala, destacando-se com médias superiores as dimensões de exaustão, queixas psicológicas e sintomas secundários, sugerindo maior comprometimento nestas dimensões. Já as dificuldades emocionais e o desinvestimento psicológico apresentaram valores médios mais reduzidos. Na exaustão e dificuldades cognitivas, pelo menos um participante atingiu o valor máximo teoricamente possível da escala, evidenciando a presença de casos com níveis particularmente elevados de sofrimento ocupacional. Relativamente aos indicadores de ansiedade e depressão, observaram-se valores globalmente baixos na amostra. A percepção de stress apresentou níveis ligeiramente superiores quando comparada à ansiedade e depressão, embora mantendo tendência para valores reduzidos a moderados. No que se refere ao autocuidado, os participantes apresentaram valores elevados na capacidade de autocuidado e no desenvolvimento da capacidade de autocuidado, sugerindo percepção favorável quanto às práticas de cuidado pessoal. Em contrapartida, a dimensão de falta de capacidade de autocuidado apresentou valores mais reduzidos. Na resiliência surgiram valores globalmente elevados, tanto nas competências pessoais quanto na aceitação de si e da vida, indicando presença de recursos adaptativos e percepção positiva de enfrentamento perante adversidades. Por fim, a vinculação apresentou valores tendencialmente elevados, sugerindo padrões relacionais relativamente seguros e funcionais na amostra analisada.

Tabela 6. Análise descritiva das variáveis psicológicas

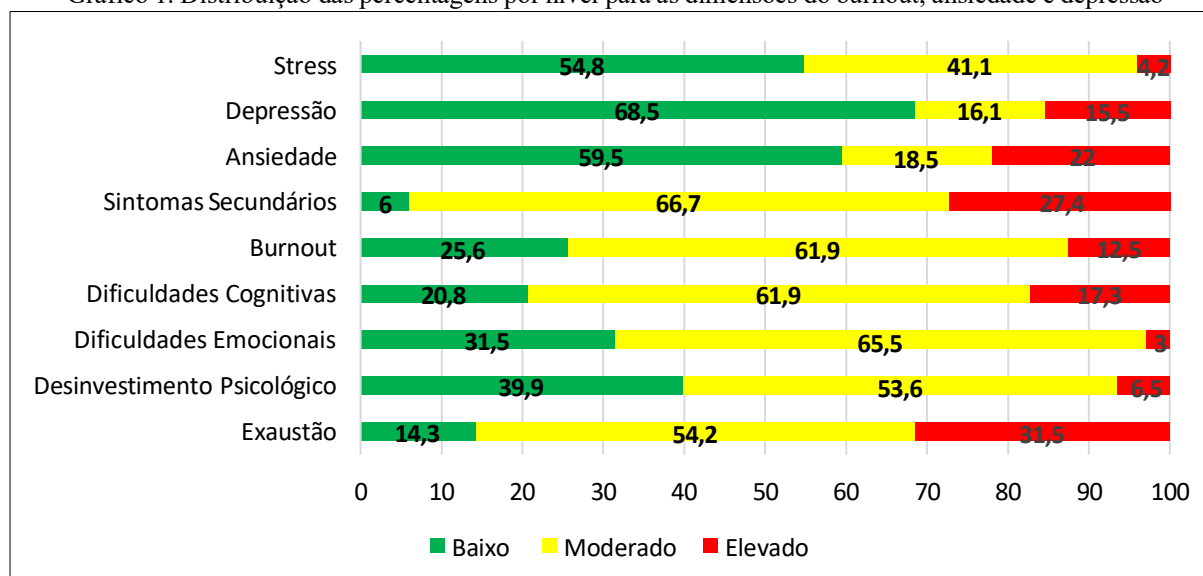
| Dimensões (escala)                           | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|----------------------------------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Exaustão (1 a 5)                             | 1,13   | 5,00   | 2,62  | ,810          |
| Desinvestimento Psicológico                  | 1,00   | 4,20   | 1,65  | ,713          |
| Dificuldades Cognitivas                      | 1,00   | 5,00   | 2,13  | ,757          |
| Dificuldades Emocionais                      | 1,00   | 4,20   | 1,66  | ,568          |
| Burnout                                      | 1,00   | 4,04   | 2,00  | ,609          |
| Queixas Psicológicas                         | 1,00   | 4,80   | 2,64  | ,802          |
| Queixas Psicossomáticas                      | 1,00   | 4,60   | 2,17  | ,728          |
| Sintomas Secundários                         | 1,10   | 4,70   | 2,40  | ,698          |
| Ansiedade (0 a 3)                            | ,00    | 3,00   | ,74   | ,867          |
| Depressão                                    | ,00    | 3,00   | ,56   | ,827          |
| Percepção de Stress (0 a 4)                  | ,00    | 3,50   | 1,30  | ,743          |
| Capacidade de Autocuidado (1 a 5)            | 1,17   | 5,00   | 4,12  | ,804          |
| Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | 1,80   | 5,00   | 4,13  | ,654          |
| Falta de Capacidade de Autocuidado           | 1,00   | 5,00   | 2,46  | ,984          |
| Competências Pessoais                        | 2,25   | 6,94   | 5,62  | ,805          |
| Aceitação de Si e da Vida                    | 1,22   | 6,78   | 5,10  | ,968          |
| Resiliência                                  | 1,88   | 6,84   | 5,43  | ,820          |
| Vinculação (1 a 5)                           | 2,00   | 5,00   | 3,96  | ,777          |

Considerando o ponto de corte estipulado pelos instrumentos para os níveis de adoecimento psicológico (Tabela 7 e Gráfico 1) verificou-se predominância de níveis moderados nas diferentes dimensões do burnout, destacando-se a exaustão e os sintomas secundários pelos valores mais elevados de adoecimento psicológico (ex.: 31,5% da amostra com nível elevado na exaustão). Relativamente aos indicadores de saúde mental como ansiedade, depressão e percepção do stress apresentaram predomínio de níveis mais baixos. Já no que se refere aos fatores protetores, observou-se predominância de níveis moderados de resiliência e elevados de autocuidado e vinculação.

Tabela 7. Distribuição percentual de dimensões por nível de adoecimento psicológico

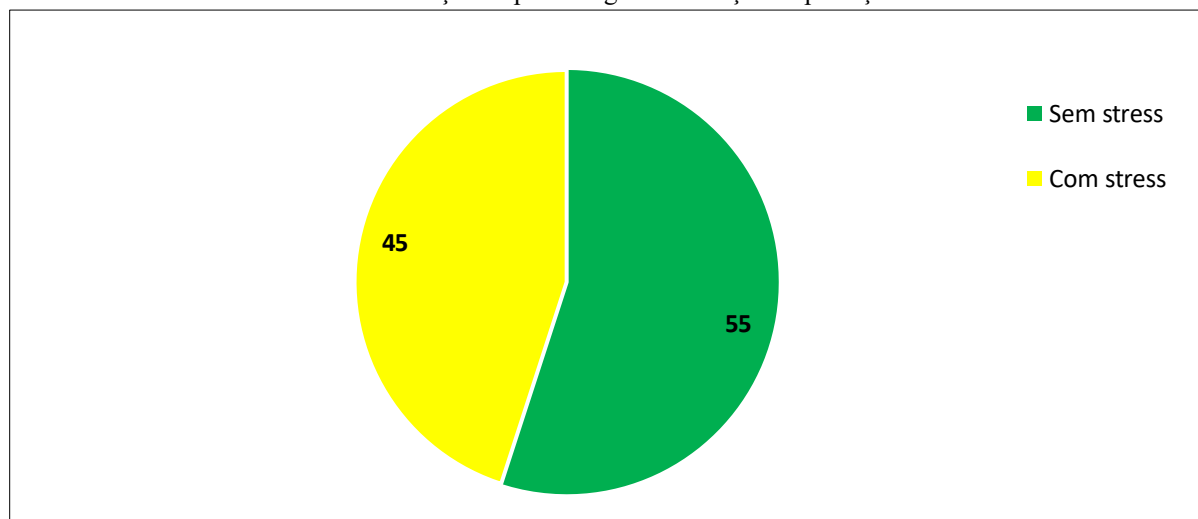
| Dimensões                   | Baixo | Moderado | Elevado |
|-----------------------------|-------|----------|---------|
| Exaustão                    | 14,3  | 54,2     | 31,5    |
| Desinvestimento Psicológico | 39,9  | 53,6     | 6,5     |
| Dificuldades Emocionais     | 31,5  | 65,5     | 3,0     |
| Dificuldades Cognitivas     | 20,8  | 61,9     | 17,3    |
| Burnout                     | 25,6  | 61,9     | 12,5    |
| Sintomas Secundários        | 6,0   | 66,7     | 27,4    |
| Ansiedade                   | 59,5  | 18,5     | 22,0    |
| Depressão                   | 68,5  | 16,1     | 15,5    |
| Percepção de Stress         | 54,8  | 41,1     | 4,2     |
| Autocuidado                 | 6,0   | 42,5     | 56,9    |
| Resiliência                 | 19,6  | 49,4     | 31,0    |
| Vinculação                  | 1,2   | 44,3     | 54,5    |

Gráfico 1. Distribuição das percentagens por nível para as dimensões do burnout, ansiedade e depressão



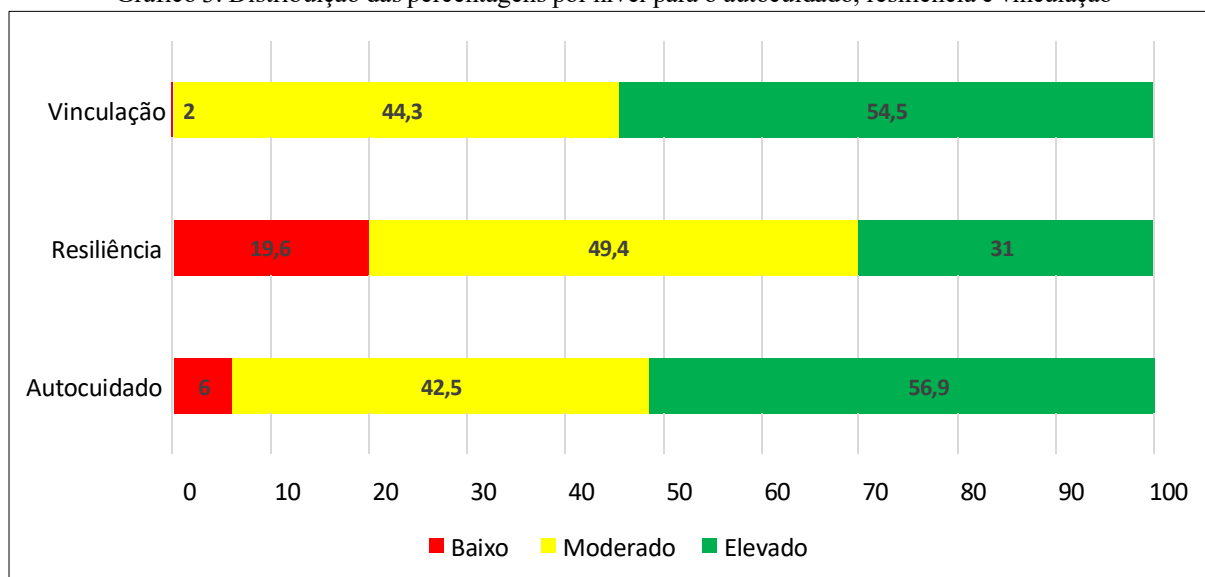
No que se refere à percepção de stress para além dos níveis, foi ainda calculada a sua existência ou ausência (Gráfico 2), verificando-se que 45% da amostra cumpre critérios de presença de stress.

Gráfico 2. Distribuição da percentagem em função da percepção de stress



Relativamente aos fatores protetores (Gráfico 3), note-se que o semáforo está invertido, significando adoecimento psicológico o nível baixo, simbolizado pelo vermelho. Verificou-se predominância de níveis elevados de autocuidado e vinculação, enquanto a resiliência apresentou maior concentração no nível moderado, com 49,4%, sendo de alertar já para 19,6% com baixa resiliência.

Gráfico 3. Distribuição das percentagens por nível para o autocuidado, resiliência e vinculação



De forma geral observa-se que as variáveis relacionadas a recursos pessoais (autocuidado, resiliência e vinculação) apresentaram na proporção das respectivas escalas, médias superiores às variáveis associadas ao adoecimento mental (burnout, ansiedade, depressão e stress). No entanto, a distribuição dos níveis revelou a presença de níveis moderados e elevados de burnout e sintomas psicológicos em parte da amostra, particularmente na dimensão da exaustão.

Foram ainda efetuadas análises comparativas em função das (poucas) variáveis sociodemográficas e profissionais que apresentavam distribuição passível de comparação. Assim, no que se refere às variáveis sociodemográficas, foram efetuadas comparações em função do relacionamento afetivo, coabitar com parceiro e existência de filhos. Verificou-se, no que se refere ao relacionamento afetivo estável (Tabela 8), diferenças estatisticamente significativas apenas no desenvolvimento da capacidade de autocuidado, apresentando os participantes com relacionamento afetivo estável valores superiores. Nas restantes das variáveis não foram observadas diferenças significativas, embora os participantes com relacionamento afetivo estável apresentassem tendencialmente valores superiores em algumas dimensões de burnout, ansiedade, depressão e sintomas secundários.

Tabela 8. Análise comparativa em função de relacionamento afetivo estável

| Dimensões (escala)                           | Sim<br>n = 126 | Não<br>n = 42 | <i>t-student</i> | P     |
|----------------------------------------------|----------------|---------------|------------------|-------|
| Exaustão (1 a 5)                             | 2,63           | 2,60          | ,206             | ,837  |
| Desinvestimento Psicológico                  | 1,65           | 1,63          | ,205             | ,838  |
| Dificuldades Cognitivas                      | 2,17           | 2,00          | 1,546            | ,125  |
| Dificuldades Emocionais                      | 1,68           | 1,61          | ,658             | ,511  |
| Burnout                                      | 2,02           | 1,96          | ,594             | ,553  |
| Queixas Psicológicas                         | 2,63           | 2,64          | -,066            | ,947  |
| Queixas Psicossomáticas                      | 2,22           | 2,02          | 1,537            | ,126  |
| Sintomas Secundários                         | 2,43           | 2,33          | ,758             | ,449  |
| Ansiedade (0 a 3)                            | ,77            | ,64           | ,821             | ,413  |
| Depressão                                    | ,57            | ,52           | ,295             | ,768  |
| Perceção de Stress (0 a 4)                   | 1,26           | 1,42          | -1,200           | ,232  |
| Capacidade de Autocuidado (1 a 5)            | 4,11           | 4,13          | -,083            | ,934  |
| Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | 4,20           | 3,89          | 2,386            | ,020* |
| Falta de Capacidade de Autocuidado           | 2,52           | 2,42          | ,476             | ,634  |
| Competências Pessoais (1 a 7)                | 5,62           | 5,59          | ,234             | ,815  |
| Aceitação de Si e da Vida                    | 5,12           | 5,03          | ,531             | ,596  |
| Resiliência                                  | 5,44           | 5,39          | ,373             | ,710  |
| Vinculação (1 a 5)                           | 3,94           | 4,02          | -,546            | ,586  |

\*p ≤ ,050 \*\*p ≤ ,010 \*\*\*p ≤ ,001

No que se refere à coabitação com parceiro(a), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, verificando-se apenas ligeiras diferenças nas médias, com valores tendencialmente superiores de autocuidado, competências pessoais, resiliência e vinculação nos participantes que não coabitavam.

Relativamente à existência de filhos /enteados (Tabela 9), observaram-se diferenças estatisticamente significativas em vários indicadores de adoecimento psicológico. Os participantes sem filhos apresentaram médias superiores no burnout, exaustão, desinvestimento psicológico, dificuldades emocionais, sintomas secundários, queixas psicológicas, queixas psicossomáticas e percepção de stress. Já os participantes com filhos apresentaram médias superiores no desenvolvimento da capacidade de autocuidado e na aceitação de si e da vida.

Tabela 9. Análise comparativa em função da existência de filhos/enteados

| Dimensões (escala)                           | Sim<br>n = 69 | Não<br>n = 99 | <i>t-student</i> | P       |
|----------------------------------------------|---------------|---------------|------------------|---------|
| Exaustão (1 a 5)                             | 2,38          | 2,79          | -3,329           | ,001*** |
| Desinvestimento Psicológico                  | 1,48          | 1,77          | -2,587           | ,011*** |
| Dificuldades Cognitivas                      | 2,00          | 2,22          | -1,911           | ,058    |
| Dificuldades Emocionais                      | 1,52          | 1,76          | -2,733           | ,007**  |
| Burnout                                      | 1,83          | 2,12          | -3,129           | ,002**  |
| Queixas Psicológicas                         | 2,41          | 2,79          | -3,144           | ,002**  |
| Queixas Psicossomáticas                      | 2,03          | 2,27          | -2,285           | ,024*   |
| Sintomas Secundários                         | 2,22          | 2,53          | -2,962           | ,004**  |
| Ansiedade (0 a 3)                            | ,62           | ,82           | -1,531           | ,128    |
| Depressão                                    | ,46           | ,63           | -1,357           | ,177    |
| Percepção de Stress (0 a 4)                  | 1,14          | 1,42          | -2,451           | ,015*   |
| Capacidade de Autocuidado (1 a 5)            | 4,16          | 4,08          | ,635             | ,526    |
| Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | 4,27          | 4,03          | 2,435            | ,016*   |
| Falta de Capacidade de Autocuidado           | 2,53          | 2,47          | ,332             | ,740    |
| Competências Pessoais (1 a 7)                | 5,66          | 5,58          | ,606             | ,545    |
| Aceitação de Si e da Vida                    | 5,32          | 4,94          | 2,689            | ,008**  |
| Resiliência                                  | 5,54          | 5,35          | 1,465            | ,145    |
| Vinculação (1 a 5)                           | 3,95          | 3,96          | -,089            | ,929    |

\* $p \leq ,050$  \*\* $p \leq ,010$  \*\*\* $p \leq ,001$

Relativamente às variáveis profissionais, foram efetuadas comparações em função de exercer atividade para além da atuação em Psicologia e do regime de trabalho. Na área de atuação (Tabela 10), observaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão de dificuldades emocionais, apresentando os participantes que exerciam atividade profissional fora da Psicologia médias superiores. Nas restantes variáveis não se observaram diferenças estatisticamente significativas, mas a tendência foi para fatores de risco mais elevados e fatores de proteção mais baixos em quem também atuava fora da Psicologia.

Tabela 10. Análise comparativa em função do exercício para além da atuação na Psicologia

| Dimensões (escala)                           | Sim, atua fora<br>n = 29 | Não, só na Psic.<br>n = 139 | t-<br>student | P     |
|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|-------|
| Exaustão (1 a 5)                             | 2,68                     | 2,61                        | ,410          | ,682  |
| Desinvestimento Psicológico                  | 1,81                     | 1,61                        | 1,373         | ,171  |
| Dificuldades Cognitivas                      | 2,19                     | 2,12                        | ,494          | ,622  |
| Dificuldades Emocionais                      | 1,88                     | 1,61                        | 2,285         | ,024* |
| Burnout                                      | 2,12                     | 1,98                        | 1,174         | ,242  |
| Queixas Psicológicas                         | 2,77                     | 2,61                        | 1,009         | ,314  |
| Queixas Psicossomáticas                      | 2,35                     | 2,14                        | 1,462         | ,146  |
| Sintomas Secundários                         | 2,56                     | 2,37                        | 1,342         | ,181  |
| Ansiedade (0 a 3)                            | ,93                      | ,70                         | 1,321         | ,188  |
| Depressão                                    | ,76                      | ,51                         | 1,451         | ,149  |
| Perceção de Stress (0 a 4)                   | 1,46                     | 1,27                        | 1,223         | ,223  |
| Capacidade de Autocuidado (1 a 5)            | 4,25                     | 4,09                        | ,959          | ,339  |
| Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | 4,13                     | 4,13                        | ,014          | ,989  |
| Falta de Capacidade de Autocuidado           | 2,69                     | 2,45                        | 1,044         | ,298  |
| Competências Pessoais (1 a 7)                | 5,37                     | 5,67                        | -1,573        | ,125  |
| Aceitação de Si e da Vida                    | 4,90                     | 5,14                        | -1,017        | ,316  |
| Resiliência                                  | 5,20                     | 5,48                        | -1,422        | ,164  |
| Vinculação (1 a 5)                           | 3,92                     | 3,97                        | -,301         | ,764  |

\*p ≤ ,050 \*\*p ≤ ,010 \*\*\*p ≤ ,001

No que se refere ao regime de atuação (Tabela 11), observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de exaustão, dificuldades emocionais, burnout, falta de capacidade de autocuidado e vinculação. De forma geral, os participantes em regime autónomo/liberal apresentaram médias mais reduzidas nos indicadores de burnout e sofrimento psicológico, enquanto os participantes com contrato em instituições públicas e privadas apresentaram médias superiores em diversas dimensões de adoecimento psicológico, particularmente nos servidores públicos para as dificuldades emocionais e burnout. Verificou-se ainda que os participantes com contrato em instituição pública apresentaram médias mais elevadas na falta de capacidade de autocuidado, enquanto os participantes em regime privado apresentaram valores superiores de vinculação. É de referir que dada a desproporção dos grupos comparados reforçamos a análise estatística com o teste não paramétrico, que indicou as mesmas diferenças significativas.

Tabela 11. Análise comparativa em função do regime de atuação

| Dimensões (escala)                              | Autônomo /<br>Liberal<br>n = 107 | Contrato<br>com<br>Instituição<br>Pública<br>n = 20 | Contrato<br>com<br>Instituição<br>Privada<br>n = 13 | Misto<br>(autônomo<br>e<br>contratado)<br>n = 28 | One-<br>way<br>Anova | p     | P<br><i>Kruskal-<br/>Wallis</i> |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|-------|---------------------------------|
| Exaustão (1 a 5)                                | 2,49                             | 2,84                                                | 3,13                                                | 2,73                                             | 3,505                | ,017* | ,012*                           |
| Desinvestimento Psicológico                     | 1,55                             | 1,89                                                | 1,95                                                | 1,71                                             | 2,383                | ,071  | ,072                            |
| Dificuldades Cognitivas                         | 2,06                             | 2,24                                                | 2,58                                                | 2,11                                             | 2,057                | ,108  | ,206                            |
| Dificuldades Emocionais                         | 1,57                             | 1,88                                                | 1,71                                                | 1,82                                             | 2,767                | ,044* | ,037*                           |
| Burnout                                         | 1,91                             | 2,19                                                | 2,34                                                | 2,08                                             | 3,169                | ,026* | ,015*                           |
| Queixas Psicológicas                            | 2,59                             | 2,81                                                | 2,43                                                | 2,79                                             | 1,048                | ,373  | ,274                            |
| Queixas Psicossomáticas                         | 2,14                             | 2,51                                                | 2,03                                                | 2,14                                             | 1,733                | ,162  | ,226                            |
| Sintomas Secundários                            | 2,36                             | 2,66                                                | 2,23                                                | 2,46                                             | 1,359                | ,257  | ,196                            |
| Ansiedade (0 a 3)                               | ,69                              | 1,00                                                | ,92                                                 | ,64                                              | 1,022                | ,385  | ,238                            |
| Depressão                                       | ,50                              | ,80                                                 | ,81                                                 | ,50                                              | 1,221                | ,304  | ,215                            |
| Percepção de Stress (0 a 4)                     | 1,21                             | 1,55                                                | 1,50                                                | 1,38                                             | 1,700                | ,169  | ,110                            |
| Capacidade de Autocuidado<br>(1 a 5)            | 4,17                             | 3,80                                                | 3,90                                                | 4,23                                             | 1,747                | ,159  | ,338                            |
| Desenvolvimento da<br>Capacidade de Autocuidado | 4,17                             | 3,96                                                | 4,06                                                | 4,10                                             | ,669                 | ,572  | ,722                            |
| Falta de Capacidade de<br>Autocuidado           | 2,39                             | 3,14                                                | 2,65                                                | 2,37                                             | 2,898                | ,037* | ,018*                           |
| Competências Pessoais (1 a 7)                   | 5,62                             | 5,45                                                | 5,54                                                | 5,77                                             | ,688                 | ,561  | ,680                            |
| Aceitação de Si e da Vida                       | 5,10                             | 5,08                                                | 5,01                                                | 5,14                                             | ,054                 | ,983  | ,963                            |
| Resiliência                                     | 5,43                             | 5,32                                                | 5,35                                                | 5,55                                             | ,351                 | ,788  | ,743                            |
| Vinculação (1 a 5)                              | 3,83                             | 3,98                                                | 4,37                                                | 4,23                                             | 3,414                | ,019* | ,026*                           |

\*p ≤ ,050 \*\*p ≤ ,010 \*\*\*p ≤ ,001

As análises correlacionais de Pearson indicaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas, sendo confirmadas as correlações internas em cada instrumento, tal como o modelo teórico estipula.

As dimensões de burnout (Tabela 12) apresentaram correlações positivas com ansiedade, depressão e percepção de stress, enquanto (Tabela 13) autocuidado, resiliência e vinculação apresentaram predominantemente correlações negativas com os indicadores de adoecimento psicológico, sugerindo que o adoecimento psicológico ocorre em diferentes dimensões como burnout, ansiedade e depressão. Observou-se ainda associação positiva entre autocuidado, resiliência e vinculação. Ou seja, parecem existir associações entre maiores recursos pessoais e menores indicadores de adoecimento psicológico.

Tabela 12. Correlações entre burnout e restantes variáveis psicológicas

| Dimensões                                    | Exaustão | Desinvestimento Psicológico | Dificuldades Cognitivas | Dificuldades Emocionais | Burnout | Queixas Psicológicas | Queixas Psicossomáticas | Sintomas Secundários |
|----------------------------------------------|----------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Desinvestimento Psicológico                  | ,726**   |                             |                         |                         |         |                      |                         |                      |
| Dificuldades Cognitivas                      | ,700**   | ,682**                      |                         |                         |         |                      |                         |                      |
| Dificuldades Emocionais                      | ,650**   | ,663**                      | ,576**                  |                         |         |                      |                         |                      |
| Burnout                                      | ,920**   | ,878**                      | ,853**                  | ,799**                  |         |                      |                         |                      |
| Queixas Psicológicas                         | ,671**   | ,599**                      | ,572**                  | ,557**                  | ,698**  |                      |                         |                      |
| Queixas Psicossomáticas                      | ,506**   | ,399**                      | ,355**                  | ,477**                  | ,504**  | ,666**               |                         |                      |
| Sintomas Secundários                         | ,649**   | ,552**                      | ,514**                  | ,568**                  | ,664**  | ,921**               | ,904**                  |                      |
| Ansiedade                                    | ,588**   | ,605**                      | ,480**                  | ,537**                  | ,638**  | ,692**               | ,554**                  | ,686**               |
| Depressão                                    | ,631**   | ,764**                      | ,517**                  | ,571**                  | ,713**  | ,578**               | ,408**                  | ,544**               |
| Perceção de Stress                           | ,554**   | ,557**                      | ,423**                  | ,529**                  | ,596**  | ,518**               | ,458**                  | ,536**               |
| Capacidade de Autocuidado                    | -,417**  | -,301**                     | -,273**                 | -,275**                 | -,375** | -,374**              | -,276**                 | -,358**              |
| Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | -,287**  | -,221**                     | -,197*                  | -,158*                  | -,257** | -,280**              | -,179*                  | -,254**              |
| Falta de Capacidade de Autocuidado           | ,514**   | ,411**                      | ,381**                  | ,446**                  | ,509**  | ,412**               | ,370**                  | ,430**               |
| Autocuidado                                  | -,493**  | -,377**                     | -,343**                 | -,359**                 | -,462** | -,428**              | -,337**                 | -,421**              |
| Competências Pessoais                        | -,413**  | -,478**                     | -,400**                 | -,408**                 | -,486** | -,367**              | -,185*                  | -,307**              |
| Aceitação de Si e da Vida                    | -,428**  | -,467**                     | -,381**                 | -,444**                 | -,492** | -,487**              | -,301**                 | -,436**              |
| Resiliência                                  | -,442**  | -,499**                     | -,413**                 | -,445**                 | -,514** | -,437**              | -,244**                 | -,378**              |
| Vinculação                                   | -,271**  | -,294**                     | -,191*                  | -,201**                 | -,281** | -,275**              | -,196*                  | -,260**              |

\*p ≤ ,050 \*\*p ≤ ,010

Tabela 13. Correlações entre ansiedade, depressão, percepção de stress, autocuidado e resiliência

| Dimensões                                    | Ansiedade | Depressão | Percepção de Stress | Capacidade de Autocuidado | Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | Falta de Capacidade de Autocuidado | Autocuidado | Competências Pessoais | Aceitação de Si e da Vida | Resiliência |
|----------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------|-------------|
| Depressão                                    | ,708**    |           |                     |                           |                                              |                                    |             |                       |                           |             |
| Percepção de Stress                          | ,590**    | ,582**    |                     |                           |                                              |                                    |             |                       |                           |             |
| Capacidade de Autocuidado                    | -,346**   | -,423**   | -,300**             |                           |                                              |                                    |             |                       |                           |             |
| Desenvolvimento da Capacidade de Autocuidado | -,238**   | -,304**   | -,277**             | ,630**                    |                                              |                                    |             |                       |                           |             |
| Falta de Capacidade de Autocuidado           | ,405**    | ,477**    | ,370**              | -,587**                   | -,316**                                      |                                    |             |                       |                           |             |
| Autocuidado                                  | -,399**   | -,486**   | -,376**             | ,920**                    | ,758**                                       | -,774**                            |             |                       |                           |             |
| Competências Pessoais                        | -,361**   | -,549**   | -,415**             | ,455**                    | ,353**                                       | -,401**                            | ,499**      |                       |                           |             |
| Aceitação de Si e da Vida                    | -,470**   | -,573**   | -,473**             | ,450**                    | ,399**                                       | -,363**                            | ,494**      | ,794**                |                           |             |
| Resiliência                                  | -,426**   | -,588**   | -,462**             | ,477**                    | ,391**                                       | -,406**                            | ,523**      | ,966**                | ,924**                    |             |
| Vinculação                                   | -,278**   | -,279**   | -,283**             | ,293**                    | ,201**                                       | -,194*                             | ,282**      | ,346**                | ,373**                    | ,376**      |

\*p ≤ ,050 \*\*p ≤ ,010

Considerando o burnout como o expoente de adoecimento psicológico, e devido à variabilidade das características sociodemográficas e profissionais, efetuou-se uma análise de regressão múltipla para identificar quanto as restantes variáveis psicológicas explicavam o burnout. Verificou-se (Tabela 14) que no total explicam 60,3% do burnout, mas é a percepção de stress que contribui com 35,2%, enquanto a ansiedade e depressão explicam 21,9%, o auto-cuidado 2,5%, sem que a resiliência e vinculação tenham contributo explicativo significativo.

Tabela 14. Regressão múltipla (método *Enter*) para preditores do *Burnout*

| Preditores            | R Square | R Square Change | F      | P       |
|-----------------------|----------|-----------------|--------|---------|
| Percepção de stress   | ,352     | ,352            | 89,773 | ,001*** |
| Ansiedade e Depressão | ,572     | ,219            | 41,730 | ,001*** |
| Auto-cuidado          | ,596     | ,025            | 3,265  | ,023*   |
| Resiliência           | ,602     | ,006            | 1,202  | ,303    |
| Vinculação            | ,603     | ,001            | ,283   | ,595    |

\*p ≤ .050 \*\*p ≤ .010 \*\*\*p ≤ .001

Explorou-se ainda pelo método Stepwise (Tabela 15) mais detalhadamente, tendo-se verificado que na Ansiedade e Depressão a Depressão explica em 50,8% e a Ansiedade em 3,5%, mas ambas de forma positiva, e no Auto-cuidado é a Falta deste que explica 25,9% também de forma positiva.

Tabela 15. Regressão múltipla (método *Stepwise*) para preditores do *Burnout*

| Preditores            | Variável/dimensão                  | R Square change | B    | t-Student | P       | F       | P       |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------|------|-----------|---------|---------|---------|
| Ansiedade e Depressão | Depressão                          | ,508            | ,524 | 7,043     | ,001*** | 171,607 | ,001*** |
|                       | Ansiedade                          | ,035            | ,267 | 3,580     | ,001*** | 12,818  | ,001*** |
| Auto-cuidado          | Falta de Capacidade de Autocuidado | ,259            | ,509 | 7,587     | ,001*** | 57,564  | ,001*** |

\* p ≤ .050 \*\* p ≤ .010 \*\*\* p ≤ .001

Ou seja, o Burnout é explicado pela percepção de stress, ansiedade, depressão e falta de auto-cuidado, globalmente entre 2,5% e 35,2%, não surgindo contributo explicativo da resiliência nem da vinculação, ignorando-se os contributos das variáveis sociodemográficas e profissionais.

Considerou-se importante analisar também o Auto-cuidado como fator de proteção, tendo-se verificado (Tabela 16) que é explicado pelo burnout em 26,4% e em 4,9% pela Ansiedade e Depressão, bem como em 7,2% pela Resiliência.

Tabela 16. Regressão múltipla (método *Enter*) para preditores do Auto-cuidado

| Preditores            | R Square | R Square Change | F     | p       |
|-----------------------|----------|-----------------|-------|---------|
| Burnout               | ,264     | ,264            | 9,544 | ,001*** |
| Percepção de stress   | ,272     | ,008            | 1,823 | ,179    |
| Ansiedade e Depressão | ,321     | ,049            | 5,664 | ,004**  |
| Resiliência           | ,393     | ,072            | 9,221 | ,001*** |
| Vinculação            | ,396     | ,003            | ,836  | ,362    |

\*p ≤ .050 \*\*p ≤ .010 \*\*\*p ≤ .001

A análise mais detalhada (Tabela 17) revelou que no burnout é a Exaustão que contribui com 6,4%, enquanto a Depressão explica 4,9%, ambas de forma negativa (quanto mais estas menor o auto-cuidado), enquanto na Resiliência a dimensão Aceitação de si e da vida explica 4,4% de forma positiva (maior aceitação maior auto-cuidado).

Tabela 17. Regressão múltipla (método *Stepwise*) para preditores do Auto-cuidado

| Preditores            | Variável/dimensão         | R Square change | B     | t-Student | P       | F      | P       |
|-----------------------|---------------------------|-----------------|-------|-----------|---------|--------|---------|
| Burnout               | Exaustão                  | ,064            | -,254 | -3,380    | ,001*** | 11,423 | ,001*** |
| Ansiedade e Depressão | Depressão                 | ,049            | -,222 | -2,939    | ,004**  | 8,636  | ,004**  |
| Resiliência           | Aceitação de si e da vida | ,044            | ,211  | 2,779     | ,006**  | 7,721  | ,006**  |

\* p ≤ .050 \*\* p ≤ .010 \*\*\* p ≤ .001

De um modo geral o Auto-cuidado é explicado entre 4,9% e 26,4% pelas outras variáveis psicológicas. Contudo, o Auto-cuidado explica apenas 2,5% do burnout (sobretudo a falta de autocuidado), enquanto o burnout explica 26,4% (sobretudo a exaustão que explica 6,4%) do auto-cuidado e de forma negativa. Importa então evitar o burnout pois este impacta mais diretamente no auto-cuidado do que o inverso.

## DISCUSSÃO

Para facilitar a discussão dos resultados, serão analisadas, seguidamente, as características principais da amostra e as quatro hipóteses formuladas. No que se refere às características da amostra, observou-se predominância de participantes do sexo feminino e concentração em determinadas regiões do país, com destaque para o Sudeste e o Nordeste. Esse perfil acompanha a distribuição atual da profissão no Brasil, marcada pela feminização das profissões de cuidado e pela expansão do campo da Psicologia em diferentes contextos de atuação (CFP, 2026). Mais do que um dado demográfico, este aspeto merece atenção no contexto das profissões de cuidado, frequentemente associadas a elevadas exigências emocionais e relacionais. Mulheres em profissões de saúde apresentam maior vulnerabilidade ao burnout e ao sofrimento psicológico, especialmente em contextos marcados por sobrecarga emocional, múltiplas demandas e trabalho emocional contínuo (Hao et al., 2021; Karakcheyeva et al., 2024). Nessa direção, Barron e West (2007) destacam que profissionais mulheres tendem a apresentar maior dificuldade em desligar-se emocionalmente das exigências do trabalho de cuidado, desvalorizando o cuidar de si.

A inclusão de profissionais de diferentes áreas (clínica, organizacional, escolar e hospitalar) permitiu captar a diversidade do exercício profissional, frequentemente caracterizado pela articulação entre múltiplos contextos de trabalho. Apesar dessa diversidade, observa-se que a atuação do psicólogo mantém como eixo central o trabalho com processos subjetivos e relacionais, frequentemente associados ao sofrimento humano (CFP, s.d.). Nesse sentido, os resultados devem ser compreendidos à luz do lugar social do psicólogo como profissional do cuidado, cuja prática envolve escuta, regulação emocional e disponibilidade psíquica contínua (Bowlby, 1989).

Relativamente à **Hipótese 1** (os psicólogos apresentam níveis moderados ou elevados de burnout, percepção do stress, ansiedade e depressão), os resultados confirmaram essa hipótese, pois observou-se que 31,5% apresentam elevados níveis de exaustão, 17,3% dificuldades cognitivas, 27,4% sintomas secundários de burnout, o qual é baixo apenas em 25,6%. A ansiedade apresenta nível elevado para 22% e a depressão para 15,5%, existindo stress percebido para 45%. Ou seja, alguns participantes apresentam já adoecimento psicológico, e este achado é consistente com a literatura, que aponta que profissionais de ajuda estão particularmente expostos ao esgotamento emocional devido à natureza relacional e contínua do cuidado oferecido (Figley, 2002). No caso dos psicólogos, essa vulnerabilidade é ampliada pelo caráter assimétrico da relação terapêutica, na qual o fluxo de cuidado é predominantemente direcionado ao outro, sem reciprocidade equivalente.

O fato de a exaustão ter se destacado como a dimensão mais elevada do burnout também se alinha à literatura clássica, que identifica esse componente como central no processo de

adoecimento ocupacional (Maslach et al., 2001), bem como às abordagens contemporâneas que enfatizam o papel das condições de trabalho na intensificação do desgaste psicológico (Areosa & Queirós, 2020).

Acresce que esta foi uma amostra predominantemente feminina (94,6% mulheres) e o fato de a amostra apresentar níveis moderados ou elevados de adoecimento psicológico é consistente com a literatura que aponta o sexo feminino como fator de risco para o adoecimento mental em profissões de saúde (Hao et al., 2021). Esta predominância feminina na amostra espelha a feminização estrutural da Psicologia no Brasil (CFP, 2026) e reforça a pertinência de uma leitura de gênero sobre os processos de adoecimento ocupacional. A maior vulnerabilidade ao adoecimento psicológico observada entre as psicólogas pode ser compreendida à luz de pressões estruturais frequentemente associadas às mulheres em profissões de cuidado, incluindo desigualdades laborais, menor autonomia profissional e sobreposição entre responsabilidades profissionais e familiares (Karakcheyeva et al., 2024). Complementarmente, Barron e West (2007) identificaram que o trabalho emocional inerente às profissões de cuidado tende a representar um custo psicológico acrescido para as mulheres, particularmente pela maior dificuldade em desligar-se emocionalmente das exigências profissionais fora do contexto de trabalho. Nesse sentido, os resultados sugerem que o sofrimento psicológico observado não deve ser compreendido exclusivamente numa perspectiva individual, mas também à luz de fatores estruturais e relacionais associados ao exercício profissional do cuidado.

Em relação à **Hipótese 2** (os psicólogos apresentam níveis baixos a moderados de autocuidado), foi verificada, pois 6% apresentam nível baixo e 42,5% nível moderado, ou seja, um total de 48,5% que parecem cuidar pouco de si. Ora, quando o profissional negligencia suas próprias necessidades, torna-se mais suscetível ao stress crônico e ao burnout (Figley, 2002). Além disso, o autocuidado tem sido apontado como condição essencial para a manutenção da prática clínica de forma ética e eficaz, contribuindo para a regulação emocional do profissional e para a prevenção do esgotamento (Norcross & VanderBos, 2018; Barnett et al., 2007).

No que se refere à **Hipótese 3** (os níveis das variáveis psicológicas analisadas, incluindo ainda resiliência e vinculação, apresentam variação em função de características sociodemográficas e profissionais), foi parcialmente confirmada, com diferenças estatisticamente significativas especialmente nas variáveis existência de relacionamento afetivo estável e de filhos, em que a sua ausência remete para maior adoecimento psicológico, sugerindo a importância do suporte. Esta associação é consistente com a literatura, que evidencia que o suporte social atua como moderador da relação entre stress e burnout, sendo que a sua ausência potencia o impacto negativo das exigências profissionais sobre o bem-estar psicológico (Etzion,

1984). Neste sentido, Claponea e Iorga (2023), num estudo com 497 profissionais de saúde romenos, demonstraram que o suporte social constitui um preditor positivo da saúde mental, reduzindo diretamente os sintomas de stress crónico, e que ambientes institucionais justos são essenciais para mitigar os riscos psicossociais associados ao burnout.

Relativamente ao regime de atuação, observaram-se diferenças significativas com os participantes em regime autónomo/liberal apresentaram médias mais reduzidas nos indicadores de burnout e sofrimento psicológico, enquanto os participantes com contrato em instituições públicas e privadas apresentaram médias superiores em diversas dimensões de adoecimento psicológico, particularmente nos servidores públicos para as dificuldades emocionais e burnout. Verificou-se ainda que os participantes com contrato em instituição pública apresentaram médias mais elevadas na falta de capacidade de autocuidado, enquanto os participantes em regime privado apresentaram valores superiores de vinculação. A atuação fora da área da Psicologia apenas revelou que os participantes que exerciam atividade profissional fora da Psicologia têm médias superiores, sugerindo maior sobrecarga de funções, sendo esta um dos motivos de burnout (Maslach et al., 2001). Nas restantes variáveis não se observaram diferenças estatisticamente significativas, mas a tendência foi para fatores de risco mais elevados e fatores de proteção mais baixos em quem também atuava fora da Psicologia. Este padrão é coerente com o modelo de Karasek (1979), segundo o qual a combinação entre alta demanda e baixo controlo sobre o trabalho constitui fator de risco central para o adoecimento ocupacional. Profissionais vinculados a instituições tendem a estar mais expostos a pressões organizacionais, sobrecarga burocrática, menor autonomia e conflitos institucionais (Norcross & VandenBos, 2018), elementos que podem ampliar a vulnerabilidade ao desgaste emocional.

Complementarmente, os participantes com contrato em instituição pública apresentaram médias mais elevadas na dimensão de falta de capacidade de autocuidado, sugerindo que contextos de maior rigidez organizacional podem limitar a implementação de estratégias regulatórias e protetoras. Este resultado alinha-se com a perspetiva de Areosa e Queirós (2020), que sublinham a insuficiência de estratégias individuais de autocuidado na ausência de condições organizacionais que as sustentem. Verificou-se ainda que os participantes em regime

misto (autônomo e contratado) apresentaram valores superiores de vinculação, o que poderá indicar que a diversidade de contextos relacionais profissionais contribui para uma maior disponibilidade de suporte interpessoal, fator reconhecido como protetor face ao stress (Ungar & Theron, 2019).

De forma global, os resultados confirmam parcialmente a Hipótese 3, evidenciando que as variáveis psicológicas analisadas não são uniformemente distribuídas na amostra, e que o adoecimento mental em psicólogos é um fenômeno contextualmente condicionado, sendo insuficiente uma leitura exclusivamente individual dos processos de sofrimento psíquico (Areosa & Queirós, 2020; Norcross & VandenBos, 2018).

Relativamente à **Hipóteses 4** (as variáveis psicológicas que representam fatores de risco - burnout, ansiedade e depressão e percepção de stress - apresentam correlações positivas entre si, o mesmo acontecendo nas variáveis que representam fatores de proteção - autocuidado, resiliência e vinculação) e à **Hipótese 5** (existe correlação negativa entre as variáveis que representam fatores de risco e as variáveis que representam fatores de proteção), foram ambas confirmadas, evidenciando que cada conjunto (risco e proteção) funciona como um sistema coeso e interdependente. Assim, no que se refere aos fatores de risco, a associação positiva entre estas dimensões é coerente com o que a literatura tem vindo a demonstrar. Pesquisadores como Shin & Park (2025) e Ter Meulen et al. (2021) sublinham que ansiedade, depressão e stress não se manifestam de forma isolada, mas como dimensões inter-relacionadas que se influenciam mutuamente. Nessa mesma linha, Thorsén e colegas (2022) demonstraram que níveis elevados de stress percebido se associam significativamente ao aumento de sintomas ansiosos e depressivos, reforçando o papel central do stress como elemento articulador do adoecimento. Também Tao e colegas (2023) acrescentam que, em profissionais de saúde, a ansiedade pode atuar como elemento intermediário na relação entre stress e depressão, sugerindo uma dinâmica progressiva do adoecimento mental. No contexto ocupacional, este percurso pode culminar em burnout, compreendido como desfecho da exposição crónica a estressores laborais (Maslach et al., 2001), sendo o stress percebido um dos fatores que mais contribui para a vulnerabilidade ao adoecimento ocupacional (Slimmen et al., 2022).

No que se refere aos fatores de proteção, a associação positiva entre autocuidado, resiliência e vinculação é igualmente coerente com a literatura já citada nesta dissertação. Segundo Bowlby (1989), experiências de cuidado responsivo estruturam modelos internos que favorecem simultaneamente a regulação emocional, a capacidade de buscar suporte e o desenvolvimento de práticas de autocuidado, o que explica a tendência destes três recursos a coocorrerem nos mesmos indivíduos. Ungar e Theron (2019) reforçam que os vínculos e o suporte social reduzem a

reatividade ao stress e favorecem a adaptação, criando condições que sustentam tanto a resiliência como o envolvimento em práticas protetoras. De forma complementar, Michael e colegas (2024) e Pank e colegas (2025) demonstraram que a resiliência facilita o envolvimento em práticas de autocuidado, funcionando como mecanismo indireto de proteção ao adoecimento. Também Silva e colegas (2024) corroboram esta perspectiva ao evidenciarem que maiores níveis de autocuidado se associam a maior bem-estar psicológico e menores níveis de stress percebido, sugerindo que o autocuidado não é um comportamento isolado, mas parte de um sistema regulatório mais amplo que inclui recursos relacionais e de resiliência. Assim, fatores de risco formam um sistema coeso de adoecimento e os fatores de proteção formam igualmente um sistema coeso de recursos. Esta estrutura tem implicações práticas relevantes: fortalecer um recurso protetivo tende a potenciar os demais, da mesma forma que a acumulação de fatores de risco tende a amplificar o sofrimento psicológico de forma progressiva e cumulativa. Conforme a análise de regressão demonstrou, o auto-cuidado explica 2,5% do burnout, mas a exaustão (dimensão do burnout) explica 6,4% do auto-cuidado, numa interação reciprocamente negativa. Ora, Figley (2002) argumenta que o burnout em profissionais de ajuda está frequentemente associado à negligência das próprias necessidades emocionais, e que o envolvimento em práticas de autocuidado pode reduzir a vulnerabilidade ao stress crónico. Na mesma linha, Silva e colegas (2026) demonstraram empiricamente, com psicólogos, que níveis mais elevados de autocuidado se associam significativamente a menores índices de burnout e sofrimento ocupacional, reforçando o papel protetor desta variável. Slimmen e colegas (2022) acrescentam que o stress percebido apresenta forte associação negativa com o bem-estar psicológico, o que implica que recursos que reduzem a percepção de stress (como o autocuidado), contribuem diretamente para a diminuição do sofrimento psicológico. Contudo parece que o auto-cuidado deve ser valorizado e reforçado antes de existir burnout.

No que se refere à resiliência, a sua associação negativa com os fatores de risco é coerente com a sua compreensão como processo modulador do impacto dos estressores sobre a saúde mental. Babić e colegas (2020) e Rutten e colegas (2013) demonstraram que a resiliência reduz a probabilidade de desenvolvimento de perturbações mentais e modula a intensidade das respostas ao stress. Tao e colegas (2023) reforçam esta perspectiva ao evidenciarem que, em profissionais de saúde, a resiliência medeia a relação entre stress percebido e sintomas de ansiedade e depressão, atenuando o seu impacto. Também Rutter (2012) e Ungar e Theron (2019) sublinharam que a resiliência resulta da interação entre fatores individuais e contextuais, operando como um sistema dinâmico que favorece a adaptação positiva mesmo em contextos de adversidade prolongada, condição característica do exercício da Psicologia.

Relativamente à vinculação, a sua correlação negativa com os fatores de risco é compreensível à luz da teoria do apego. Segundo Bowlby (1989), experiências de cuidado responsivo constroem modelos internos de segurança que influenciam diretamente a regulação emocional e a resposta ao stress ao longo da vida. Ungar e Theron (2019) complementam ao demonstrar que os vínculos e o suporte social reduzem a reatividade ao stress e favorecem a adaptação, funcionando como base protetora face às exigências ocupacionais. Nesse sentido, profissionais com padrões de vinculação mais seguros tendem a dispor de maior capacidade regulatória, o que pode atenuar o impacto dos estressores sobre o adoecimento.

Um aspeto relevante a destacar é que, apesar da confirmação das Hipóteses 4 e 5, a análise de regressão múltipla evidenciou que existe uma complexa interação entre fatores de risco e de proteção, com algumas dimensões como a Exaustão a terem papel de evidência. Pelas características diversas da amostra não foi possível conhecer o contributo explicativo de variáveis sociodemográficas e profissionais, mas a literatura aponta para a existência de outros fatores explicativos do adoecimento não contemplados no modelo, o que é coerente com a compreensão de que o burnout resulta da interação entre características individuais e condições organizacionais e sociais (Maslach et al., 2001; Areosa & Queirós, 2020). Nesse sentido, os recursos de proteção individuais são necessários, mas não suficientes, sendo a transformação das condições de trabalho igualmente indispensável para a prevenção do adoecimento em psicólogos (Areosa & Queirós, 2020; Norcross & VandenBos, 2018).

## CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivos conhecer os níveis de burnout, stress percebido, ansiedade, depressão, autocuidado, resiliência e vinculação em psicólogos brasileiros, bem como a relação entre práticas de autocuidado, resiliência e vinculação como potenciais fatores de proteção, e os níveis de burnout, stress, ansiedade e depressão como indicadores de risco. Encontraram-se níveis moderados e elevados de burnout, particularmente nas dimensões de exaustão e sintomas secundários, bem como na percepção de stress na amostra. Embora ansiedade e depressão tenham apresentado valores globalmente baixos, observaram-se participantes com níveis elevados nestas dimensões, sugerindo a presença de sofrimento psicológico significativo em parte da amostra. Foram ainda identificadas correlações positivas e significativas entre burnout, ansiedade, depressão e percepção de stress, bem como correlações negativas entre estas variáveis e os fatores de proteção analisados, especialmente autocuidado e resiliência. Adicionalmente, observaram-se diferenças em função de variáveis sociodemográficas e profissionais.

Os resultados sugerem que, apesar da presença de recursos psicológicos relevantes, como níveis elevados de autocuidado, resiliência e vinculação, estes não eliminam a ocorrência de sofrimento ocupacional e emocional entre psicólogos, evidenciando a coexistência entre fatores de proteção e fatores de risco na prática profissional. Nesse sentido, os dados reforçam a compreensão de que o adoecimento mental em psicólogos não pode ser interpretado exclusivamente a partir de características individuais, mas deve ser analisado à luz das exigências emocionais, relacionais e organizacionais inerentes às profissões de cuidado. Tal perspectiva encontra respaldo em estudos que apontam que o trabalho emocional contínuo associado às profissões de cuidado pode constituir importante fator de desgaste psicológico, particularmente em mulheres (Barron & West, 2007; Karakcheyeva et al., 2024).

Contudo, o estudo empírico possui alguns fatores que limitaram a investigação. Considerando que a população estimada de psicólogos registrados no Conselho Federal de Psicologia corresponde a aproximadamente 597.441 profissionais, a representatividade estatística estimada seria de cerca de 384 participantes. Embora a amostra deste estudo tenha sido constituída por 168 participantes, os resultados obtidos permitem análises exploratórias e correlacionais relevantes, especialmente por integrar, num mesmo modelo analítico, variáveis de risco e fatores de proteção como resiliência, autocuidado e vinculação. Outra limitação refere-se à concentração de participantes em determinados estados brasileiros, com baixa representatividade das regiões Norte e Centro-Oeste, o que limita a generalização dos resultados

para a totalidade do território nacional. Acresce ainda a utilização de amostragem não probabilística por conveniência e o recurso exclusivo a instrumentos de autorrelato, aspetos que devem ser considerados na interpretação dos achados. É ainda de referir que pode ter existido desejabilidade social, ou então existirem participantes doentes que reforcem o “mito do trabalhador saudável” (Chowdhury et al., 2017). Acresce que a ausência da variável idade na caracterização sociodemográfica constitui uma limitação, na medida em que a sua inclusão permitiria análises adicionais sobre a influência do ciclo de vida nos indicadores de saúde mental avaliados (Rønnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Do mesmo modo, embora a jornada de trabalho semanal tenha sido recolhida, a elevada proporção de respostas incompletas e inconsistentes inviabilizou a sua inclusão nas análises estatísticas, devendo este facto ser igualmente considerado na interpretação dos resultados. Investigações futuras beneficiariam da inclusão da variável idade e de categorias predefinidas para a carga horária semanal, de modo a permitir análises mais completas e consistentes. Apesar dessas limitações, considera-se que o estudo contribui para a compreensão da saúde mental em psicólogos brasileiros. Em primeiro lugar, reforça a importância do autocuidado enquanto dimensão ética, clínica e ocupacional nas profissões de cuidado, evidenciando sua associação com menores níveis de burnout, ansiedade, depressão e perceção de stress. Este resultado é relevante num contexto profissional marcado por elevadas exigências emocionais e relacionais, frequentemente associadas ao trabalho emocional contínuo e à necessidade de disponibilidade psíquica prolongada diante do sofrimento humano (Barron & West, 2007; Figley, 2002).

Adicionalmente, os resultados reforçam a importância de compreender o sofrimento psicológico em psicólogos para além de uma perspetiva exclusivamente individual, considerando fatores estruturais, organizacionais e relacionais associados ao exercício profissional do cuidado. Estudos internacionais têm demonstrado que profissionais de saúde, especialmente mulheres, se encontram mais expostos a condições de sobrecarga emocional e desgaste ocupacional (Hao et al., 2021; Karakcheyeva et al., 2024), aspeto particularmente relevante numa profissão historicamente feminizada como a Psicologia. Acrescem situações cada vez mais exigentes nas quais os psicólogos trabalham, como a intervenção hiper-especializada e adaptada a cada caso como por exemplo junto de empresas ou pessoas neurodivergentes, o que acarreta enorme esforço cognitivo e emocional (Lemos & Roberto, 2026). Além disso, o Brasil tem sido assolado por situações de desastres variados, nos quais os psicólogos são convocados a atuar, no âmbito da Psicologia dos Desastres, em cenários de enorme sofrimento mental devido a perdas humanas e materiais, com consequente impacto na sua saúde mental em termos de burnout, ansiedade/depressão e até stress pós-traumático secundário e vicariante (Barbosa et al., 2023; Freitas & Paiva, 2025).

O estudo demonstra também a importância explorar os fatores de proteção em psicólogos, especialmente no que se refere à vinculação, variável ainda pouco estudada no contexto ocupacional e analisada aqui de forma exploratória. Considera-se pertinente o desenvolvimento de estudos longitudinais e de instrumentos específicos que permitam compreender de forma mais aprofundada a relação entre vinculação, regulação emocional, stress e burnout, bem como, a evolução do sofrimento psicológico ao longo da trajetória profissional, ampliando igualmente investigações sobre fatores organizacionais e condições de trabalho (Areosa & Queirós, 2020). Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos que explorem diferenças entre áreas específicas de atuação da Psicologia, contextos institucionais e regimes de trabalho, bem como investigações que analisem o impacto das questões de género, suporte organizacional e condições laborais no adoecimento psicológico de psicólogos. Considera-se relevante a realização de estudos longitudinais que permitam compreender a evolução do sofrimento psicológico ao longo da trajetória profissional.

Em suma, os resultados demonstram que o exercício profissional em Psicologia envolve exigências emocionais significativas, coexistindo fatores de vulnerabilidade e recursos de proteção. Os dados reforçam a necessidade de reconhecer o psicólogo não apenas como profissional do cuidado, mas também como sujeito suscetível ao sofrimento psicológico, cuja saúde mental necessita ser considerada de forma ética, institucional e científica. Tal como Arosa (2018) defende, o trabalho pode constituir simultaneamente espaço de realização e de sofrimento, tornando-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, promoção de saúde mental e suporte aos profissionais.

Conclui-se que é necessário continuar a investigar os processos de adoecimento e proteção em psicólogos, promovendo práticas de prevenção, suporte institucional e autocuidado que contribuam para formas mais sustentáveis de exercício profissional e para a saúde mental dos próprios profissionais do cuidado. Apesar do estudo ter sido realizado com uma amostra do Brasil, a saúde mental no trabalho constitui um tema de relevo para o futuro, podendo ser desenvolvidas campanhas como as da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, que para o período 2026-2028 lançou já o tema<sup>2</sup> “Juntos pela saúde mental no trabalho”<sup>3</sup>. Ora, no Brasil a partir de maio de 2025 a atualização da NR-1 reforça a gestão de segurança e saúde no trabalho<sup>4</sup>, o que constitui um espaço propício à investigação sobre a saúde mental de profissionais de Psicologia.

<sup>2</sup> <https://osha.europa.eu/pt/campaigns-and-awards/healthy-workplaces-campaigns>

<sup>3</sup> <https://healthy-workplaces.osha.europa.eu/en>

<sup>4</sup> <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2024/Novembro/empresas-brasileiras-terao-que-avaliar-riscos-psicossociais-a-partir-de-2025>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acoba, E.F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1330720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- American Psychological Association (n.d.). Resilience. In *APA Dictionary of Psychology*. Acedido em 15 de maio de 2026 em <https://dictionary.apa.org/resilience>.
- Angelim, F.P., Barouh, R.T.J., & Neves, R.C. (2021). Evidências de validade da escala PHQ-4 numa população submetida a triagem e tratamento durante a pandemia COVID-19. Poster no *Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica: Avaliação psicológica nos novos tempos: saúde, cuidado e compromisso social*. Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, 30 junho a 3 julho, online. <https://pt.scribd.com/document/680914016/Poster-PHQ-4-Final>
- Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout: Uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Conditions*, (20), 71-90. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Ćurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl. 2), 226–232. <https://hrcak.srce.hr/clanak/348911>
- Bakker, A.B. (2026). The burnout paradox. *World Psychiatry*, 25(2), 166-167. <https://doi.org/10.1002/wps.70041>
- Barbosa, L.A.S., Damasceno, R.S., & Costa, M.S.A. (2023). Psicologia das Emergências e Desastres no Brasil: Uma Revisão de Literatura. *Revista de Psicologia da IMED*, 15(1), 134-149. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2023.v15i1.4597>
- Barnett, J.E., Baker, E.K., Elman, N. S., & Schoener, G.R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barron, D.N., & West, E. (2007). The emotional costs of caring incurred by men and women in the British labour market. *Social Science & Medicine*, 65(10), 2160-2171. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.027>.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Harper & Row.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Artes Médicas.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: A natureza do vínculo* (vol. 1). Martins Fontes. (Original de 1969).
- Campos, J., Campos, L, Martins, B, de Oliveira, A., Navarro, F., Santos, S., Costa, J., Prado, O., & Marôco, J. (2022). COVID-19 pandemic: Prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms among Brazilian psychologists. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 1012543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1012543>
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x>

- Chowdhury, R., Shah, D., & Payal, A. (2017). Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods - A Review. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 21, 2-8. [https://doi.org/10.4103/ijoom.IJOEM\\_53\\_16](https://doi.org/10.4103/ijoom.IJOEM_53_16).
- Claponea, R.M., & Iorga, M. (2023). The relationship between burnout and wellbeing using social support, organizational justice, and lifelong learning in healthcare specialists from Romania. *Medicina*, 59(7), 1352, 1-20. <https://doi.org/10.3390/medicina59071352>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Conselho Federal de Psicologia (s.d.). *Atribuições profissionais do psicólogo*. Acedido em maio de 2026 em <https://site.cfp.org.br/>
- Conselho Federal de Psicologia (2026). *Dados sobre profissionais inscritos*. Acedido em maio de 2026 em <https://site.cfp.org.br/>
- Damásio, B.F., & Koller, S.H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R): Adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2071-2082. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00165312>
- Dattilio, F. M. (2015). The self-care of psychologists and mental health professionals: A review and practitioner guide. *Australian Psychologist*, 50(6), 393–399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. Cortez.
- Dorociak, K.E., Rupert, P.A., Bryant, F.B., & Zahniser, E. (2017). Development of a self-care assessment for psychologists. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325-334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress–burnout relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 615-622. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.4.615>
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Artmed.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), 669–678. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.04.007>
- Freitas, C.L.S., & Paiva, F.S. (2025). Desastres socioambientais e sofrimento psicossocial no contexto latino-americano: uma revisão integrativa. *Psicologia & Sociedade*, 37, e298777, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2025v37298777>
- GALLUP (2026). *State of the Global Workplace, 2026 Report GALLUP World Headquarters*. Acedido em maio de 2026 em <https://www.gallup.com/>
- Gomes, A.R., & Cruz, J.F.A. (2004). A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: Um estudo

- sobre as diferenças de gênero. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 9(2), 193-212. <https://hdl.handle.net/1822/3944>
- Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., Wu, Y., Dai, M., Wu, H., & Wang, Q. (2021). Prevalence and risk factors of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 567381 <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.567381>
- Hassmén, P., & Huynh, C. (2026). Self-compassion as a protective factor against burnout in psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pro0000681>
- Herédia, A.M., & Laneiro, T.R. (2015). As repercussões do burnout na percepção do psicólogo clínico da sua relação com o cliente. *PSIQUE*, 11, 113-133. <http://hdl.handle.net/11144/2730>
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: A clinical model*. Norton.
- Huebschmann, N., & Sheets, E. (2020). The right mindset: Stress mindset moderates the association between perceived stress and depressive symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33, 248-255. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1736900>
- ILO, International Labour Organization (2026). *The psychosocial environment*. ILO. <https://doi.org/10.54394/00033223>
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. Em B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32–46). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2>
- Instituto Cactus (2023). *Panorama da saúde mental no Brasil – Segunda coleta*. Acedido em maio de 2026 em <https://institutocactus.org.br>
- Karakcheyeva, V., Willis-Johnson, H., Corr, P. G., & Frame, L. A. (2024). The well-being of women in healthcare professions: A comprehensive review. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 13, 1-14. <https://doi.org/10.1177/27536130241232929>
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., & Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Laurell, A.C., & Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário*. Hucitec.
- Lemos, S.L. S., & Roberto, T.M.L. (2026). Burnout em profissionais da análise do comportamento aplicada: impactos da prática clínica na saúde mental. *Epitaya E-Books*, 1(130), 77-79. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.20260378p77>
- Lima, A.C.R., Sabino, B.C., & Borges, C. (2020). Indicativos de bem-estar e stress em psicólogos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 19(2), 97-124. <https://doi.org/10.5935/1984-9044.20200027>
- Lima Junior, A.M., França, G.H.B., Oltramari, G., Andrade, A.L.M., & Lopes, F.M. (2024). Mental health

- of psychology professionals and students in Brazil: A comparative analysis. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 34, e3433. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3433>
- Luft, C.D., Sanches, S.O., Mazo, G.Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de STRESSPercebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
- Lyon, R., & Galbraith, A. (2023). Mindful self-compassion as an antidote to burnout. *Healthcare*, 11, 2715. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202715>
- Machado, W.L., Damásio, B.F., & Silva, J.P. (2022). Propriedades psicométricas do PHQ-4. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24(3), 1-12. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTP14732>
- Malik, A., Peri-Okonny, P., Gosch, K., Thomas, M., Mena, C., Hiatt, W., Jones, P., Provance, J., Labrosciano, C., Jelani, Q., Spertus, J., & Smolderen, K. (2020). Association of perceived stress levels with long-term mortality in patients with peripheral artery disease. *JAMA Network Open*, 3(6), e208741. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8741>
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Melo, M.R., & Raupp, L.M. (2020). O autocuidado da saúde mental de psicólogos: Uma revisão bibliográfica. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, 5(1), 137-150. <https://doi.org/10.6008/CBPC2447-1151.2020.001.0011>
- Michael, K., Schujovitzky, D., & Karnieli-Miller, O. (2024). The associations between resilience, self-care, and burnout among medical students. *PLOS ONE*, 19(9), Article e0309994. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309994>
- Ministério da Saúde (2022). *Saúde mental no Brasil*. Acedido em maio de 2026 em <https://www.gov.br>
- Nestler, E. J., & Russo, S. J. (2024). Neurobiological basis of stress resilience. *Neuron*, 112(12), 1911–1929. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2024.05.001>
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). Guilford Press.
- Nunes, D.M., Andrade, A.C.S., Lima, A.A.B., Silva, G.N.G., Ribeiro, G.L.J., & Santos, A.A. (2024). A influência da autonegligência dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de transtornos mentais em cenário pré-pandêmico e pandêmico. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(12), e6464. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n12-013>
- Oñate, M.E., Resett, S., Menghi, M., & Iglesia, M.F. (2016). Burnout y autoconcepto en psicólogos clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 215-229. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.53>
- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses (2024). *Manual de autocuidado*. OPP.
- Organização Mundial de Saúde (2022). *Informe mundial de saúde mental*. Acedido em maio de 2026 em <https://bvsmis.saude.gov.br>
- Pank, C., von Boros, L., Lieb, K., Dalkner, N., Egger-Lampl, S., Lehr, D., Schäfer, S. K., Tüscher, O., &

- Wessa, M. (2025). The role of self-care and self-compassion in networks of resilience and stress among healthcare professionals. *Scientific Reports*, 15, Article 18545. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-01111-1>
- Perim, P.C., Dias, C.S., Corte-Real, N.J., Andrade, A., & Fonseca, A.. (2015). Análise fatorial confirmatória da versão brasileira da Escala de Resiliência (ER-Brasil). *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 373-384.
- Pietromonaco, P.R., & Collins, N.L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, 72(6), 53—542. <https://doi.org/10.1037/amp0000129>
- Pletzer, J., Sanchez, X., & Scheibe, S. (2015). Emotion regulation in psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 346-350. <https://doi.org/10.1037/a0039078>
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security Intervention*. Guilford Press.
- Reis, R.S., Hino, A.A.F., & Rodriguez-Añez, C.R. (2010). Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107-114. <https://doi.org/10.1177/1359105309346>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Sanzovo, C.E., & Coelho, M.E.C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 227–238. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200009>
- Saúde Business (2023). *Saúde mental no Brasil*. Acedido em maio de 2026 em <https://www.saudebusiness.com>
- Schaufeli, W.B., Witte, H., Hakanen, J.J., Kaltainen, J., & Kok, R. (2023). How to assess severe burnout? Cutoff points for the Burnout Assessment Tool (BAT) based on three European samples. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 49(4), 293-302. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4093>
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. Norton.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Shin, H., & Park, C. (2025). Perceived stress shapes symptom and social network dynamics: A network analysis of depression, anxiety, and relationship-specific support and strain. *BMC Psychiatry*, 25, 715. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07146-y>
- Silva, A.C.N., Leal, A., Gonçalves, S.P., & Brandão, C. (2026). Self-care, burnout, emotion regulation, and self-efficacy beliefs among psychologists. *Current Psychology*, 45, 886. <https://doi.org/10.1007/s12144-026-09425-7>
- Silva, A.N., Afonso, M.J., & Reis, T. (2024). Adaptação da Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP) para Portugal: Estudo psicométrico numa amostra de psicólogos clínicos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 73(3), 193-209.

<https://doi.org/10.21865/RIDEP73.3.14>

- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., Vreeswijk, M.F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologists: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 35-46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., & Marôco, J. (2022). Transcultural adaptation of the Burnout Assessment Tool (BAT): Validity evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1344. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031344>
- Slimmen, S., Timmermans, O., Mikolajczak-Degrauwe, K., & Oenema, A. (2022). How stress-related factors affect mental wellbeing of university students: A cross-sectional study to explore the associations between stressors, perceived stress, and mental wellbeing. *PLOS ONE*, 17(11), Article e0275925. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275925>
- Spiendler, S.Y.S., Carlotto, M.S., Ogliari, D., & Giordani, K. (2015). Estressores ocupacionais e estratégias de coping em psicólogos clínicos. *Psicogente*, 18(33), 98-111. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.59>
- Sousa, V.D., Zauszniewski, J.A., Bergquist-Beringer, S., Musil, C.M., Neese, J.B., & Jaber, A.F. (2010). Reliability, validity, and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(6), 1031-1040. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x>
- Stacciarini, T.S.G., & Pace, A.E. (2014). Tradução, adaptação e validação da Escala para Identificar Capacidade de Autocuidado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 221-229. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400038>
- Tao, Y., Cheng, Z., Wang, C., Liu, T., Yan, M., Huang, X., Jian, S., Sun, L., & Chen, Z. (2023). Perceived stress and psychological disorders in healthcare professionals: A multiple chain mediating model of effort-reward imbalance and resilience. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1320411. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1320411>
- Ter Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert: A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- Thorsén, F., Antonson, C., Palmér, K., Berg, R., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2022). Associations between perceived stress and health outcomes in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, Article 75. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00510-w>
- Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological resilience: An affect-regulation framework. *Annual Review of Psychology*, 74, 547–576. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>
- Ungar, M., & Theron, L. (2019). Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441–448. <https://doi.org/10.1016/S2215->

- Victor, S.E., Devendorf, A.R., Lewis, S.P., Rottenberg, J., Muehlenkamp, J.J., Stage, D L., & Miller, R.H. (2022). Only Human: Mental-Health Difficulties Among Clinical, Counseling, and School Psychology Faculty and Trainees. *Perspectives on Psychological Science*, 17(6), 1576-1590. <https://doi.org/10.1177/17456916211071>
- Vivolo, M., Owen, J., & Fisher, P. (2024). Psychological therapists' experiences of burnout: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Mental Health & Prevention*, 33, Article 200253. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2022.200253>
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Włodarczyk, D., Wiraszka, O., & Laskowska, T. (2025). The perceptions of psychologist's profession and using psychological help depending on age and other sociodemographic factors. *Medycyna pracy*, 76(1), 13–24. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01582>

**As formas de adoecimento mental e as práticas de autocuidado em psicólogos(as) no Brasil-**  
Sylvia Helena Araujo da Ponte Acário

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

