



Ispva

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

Os Desafios do Cuidar.

**Bem-Estar nos Profissionais de Saúde:
Mindfulness, Regulação Emocional e Burnout**

Inês de Lima Arruda Bastos

Orientadora de Dissertação:

Prof^a Doutora Maria João Gouveia

Prof^a de Seminário de Dissertação:

Prof^a Doutora Maria João Gouveia

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria João Morais Gouveia, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A concretização desta dissertação é resultado de um percurso conjunto. Para além de um trabalho académico, este caminho simboliza uma etapa de desenvolvimento e crescimento, tanto pessoal como profissional, concretizado com o amparo e a motivação de todos aqueles que o partilharam comigo e que, individualmente, atribuíram um significado ainda mais especial a esta etapa.

Assim, fica o meu mais sincero agradecimento a todas as pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para que este percurso se tornasse ainda mais bonito, especialmente:

À Professora Doutora Maria João Gouveia, orientadora desta dissertação. Obrigada pela orientação, pela dedicação e pelos valiosos conselhos. Agradeço por ter sempre acolhido todas as minhas dúvidas e incertezas e por me ter proporcionado a segurança que necessitava para a conclusão desta caminhada.

À Carolina, que conheci no Seminário de Dissertação e que, desde o primeiro dia, se foi tornando numa presença fundamental. Obrigada pela amizade, pelo companheirismo e pelo suporte em todos os momentos. A teu lado, este percurso tornou-se mais leve e ainda mais bonito.

Aos meus Pais, obrigada por todo o amor, amparo e encorajamento que sempre depositaram em mim. Obrigada por terem sido o meu porto seguro nesta etapa e em todas as outras que aqui me fizeram chegar. A vossa presença e amor incondicional acompanham-me em cada passo.

Ao Pedro, obrigada por tanto carinho. Obrigada pela paciência nos momentos que se revelaram mais desafiantes, por acreditares sempre em mim e por caminhares a meu lado, seja qual for o caminho. O teu companheirismo transmitiu-me força, serenidade e, especialmente, muito amor.

À Cuca, a minha companheira de todas as horas, obrigada por, de forma tão simples, me demonstrares diariamente o significado de casa e amor.

Tal como a Psicologia nos faz perceber, as relações interpessoais têm a impressionante capacidade de nos transformar e de marcar a nossa vida de uma forma memorável.

Resumo

O burnout em profissionais de saúde é um fenómeno em expansão (Mohr et al., 2025), com consequências negativas na qualidade de vida, bem-estar e eficácia laboral. A literatura tem evidenciado a função protetora das competências de mindfulness e dos mecanismos de regulação emocional, ainda que persistam dúvidas face à contribuição específica de cada dimensão. A presente investigação pretendeu explorar a relação entre as competências de mindfulness e o burnout, analisando a função mediadora da regulação emocional. Participaram 115 (n = 115) profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 22 e os 70 anos (M = 44.45; DP = 13.71). Como instrumentos utilizou-se o Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), o Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) e o Burnout Assessment Tool - versão reduzida (BAT-12). Os resultados revelaram que níveis mais elevados da competência Agir com Consciência associam-se robustamente a níveis mais reduzidos de burnout total, exaustão, distanciamento mental e incapacidade no controlo cognitivo, assumindo-se como a competência mais protetora nesta amostra. Outras competências de mindfulness, como Observar e Não Julgar, não demonstraram efeitos constantes, propondo que cada competência de mindfulness exerce uma função diferente no âmbito da prevenção de burnout. A estratégia de reavaliação cognitiva apresentou relações de sentido negativo com o burnout total, a incapacidade no controlo cognitivo e a incapacidade no controlo emocional, confirmando a sua função protetora. No entanto, não se associou significativamente à exaustão nem à distância mental. Adicionalmente, não se verificaram efeitos de mediação estatisticamente significativos em nenhum dos modelos testados, indicando que a regulação emocional não exerceu um papel mediador nas relações entre as competências de mindfulness e o burnout. A supressão emocional não revelou relações estatisticamente significativas, ainda que tenha seguido uma tendência positiva em direção ao burnout. Estes resultados enfatizam a conceptualização do mindfulness como constructo multidimensional, destacando a relevância singular das suas competências e a pertinência da reavaliação cognitiva enquanto mecanismo adaptativo nas respostas ao stress.

Palavras-chave: Burnout, Mindfulness, Regulação emocional, Profissionais de saúde, Reavaliação cognitiva

Abstract

Burnout among healthcare professionals is a growing phenomenon (Mohr et al., 2025), with negative consequences for quality of life, well-being, and work effectiveness. Previous literature has highlighted the protective role of mindfulness skills and emotion regulation mechanisms, although questions remain regarding the specific contribution of each dimension. The present study aimed to explore the relationship between mindfulness skills and burnout, examining the mediating role of emotion regulation. A total of 115 healthcare professionals ($n = 115$), aged between 22 and 70 years ($M = 44.45$; $SD = 13.71$), participated in this research. The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), and the Burnout Assessment Tool - short version (BAT-12) were applied. Results showed that higher levels of the Acting with Awareness skill were strongly associated with lower levels of total burnout, exhaustion, mental distancing, and impaired cognitive control, positioning it as the most protective skill in this sample. Other mindfulness skills, such as Observing and Non-judging, did not show consistent effects, suggesting that each skill may play a distinct role in burnout prevention. Cognitive reappraisal was negatively associated with total burnout, impaired cognitive control, and impaired emotional control, confirming its protective function. However, it was not significantly related to exhaustion or mental distancing. Additionally, no statistically significant mediation effects were found in any of the tested models, indicating that emotion regulation did not play a mediating role in the relationships between mindfulness skills and burnout. Emotional suppression did not show significant associations, although it displayed a positive trend towards burnout. These findings emphasize the conceptualization of mindfulness as a multidimensional construct, highlighting the unique relevance of its specific skills and the importance of cognitive reappraisal as an adaptive mechanism in stress responses.

Keywords: Burnout, Mindfulness, Emotion regulation, Healthcare professionals, Cognitive reappraisal

Índice

Introdução.....	11
Enquadramento.....	13
Competências de Mindfulness como Mecanismos Promotores de Bem-Estar	13
<i>Origem e Construção do Mindfulness</i>	13
<i>Definição e Princípios Fundamentais do Mindfulness: Vantagens, Desvantagens e Limitações</i>	14
<i>Operacionalização empregue nesta Investigação</i>	15
<i>Aplicação do Mindfulness em contextos de Saúde</i>	17
Burnout: Fenómeno Consequente dos Desajustes entre Demandas Laborais e Recursos Individuais	18
<i>Origem, Construção Conceitual e Definição do Burnout</i>	18
<i>Fatores determinantes do Burnout</i>	20
<i>Causas e Consequências Adjacentes</i>	21
O papel da Regulação Emocional nos Desafios Profissionais e Respostas Psicológicas.....	21
<i>Definição e Importância da Regulação Emocional</i>	22
<i>Estratégias de Regulação Emocional</i>	23
<i>Regulação Emocional em Contextos de Saúde: Desafios e Relações Importantes</i>	24
Competências de Mindfulness, Regulação Emocional e Burnout.....	24
Objetivos e Hipóteses da Investigação	26
Pertinência e Contributos da Investigação.....	27
Método	28
Desenho da Investigação	28
Participantes.....	28
Instrumentos	30
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	30
<i>Competências de Mindfulness</i>	30
<i>Burnout</i>	32
<i>Regulação Emocional</i>	33
Procedimento	34
Análise de Dados	34
Resultados	37
Análise de Qualidade Métrica dos Instrumentos	37

Análise de Estrutura dos Instrumentos na amostra em estudo	39
<i>FFMQ</i>	39
<i>ERQ</i>	40
<i>BAT</i>	41
Relação entre as Competências de Mindfulness e o Burnout em Profissionais de Saúde....	41
Relação entre Competências de Mindfulness e a Regulação Emocional em Profissionais de Saúde	45
Relação entre a Regulação Emocional e o Burnout em Profissionais de Saúde	47
Efeito Mediador da Regulação Emocional na relação entre as Competências de Mindfulness e o Burnout	49
<i>Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Observar e o Burnout Total</i>	52
<i>Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Observar e a Incapacidade no Controlo Emocional</i>	52
<i>Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Não Reagir e os níveis de Burnout Total</i>	53
<i>Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Cognitivo</i>	54
<i>Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Emocional</i>	55
Discussão.....	57
Limitações e Estudos Futuros.....	62
Conclusão	64
Referências	66
Anexos.....	77
Anexo A.....	77
<i>Análise da normalidade dos instrumentos - teste kolgomorov-smirnov</i>	77
Anexo B.....	78
<i>Tabela dos pesos fatoriais padronizados dos itens no modelo do FFMQ da AFC</i>	78
Anexo C.....	80
<i>Tabela dos pesos fatoriais padronizados dos itens no modelo do BAT da AFC</i>	80
Anexo D.....	81
<i>Tabela dos pesos fatoriais padronizados dos itens no modelo do ERQ da AFC</i>	81
Anexo E.....	82
<i>Tabela das relações entre a observação, a reavaliação cognitiva e os níveis de burnout total</i>	82
Anexo F	83

<i>Tabela das relações entre a observação, a reavaliação cognitiva e a incapacidade no controle emocional</i>	83
Anexo G.....	84
<i>Tabela das relações entre não reagir, a reavaliação cognitiva e os níveis de burnout total</i>	84
Anexo H.....	85
<i>Tabela das relações entre não reagir, a reavaliação cognitiva e a incapacidade no controle cognitivo</i>	85
Anexo I	86
<i>Tabela das relações entre não reagir, a reavaliação cognitiva e incapacidade no controle emocional</i>	86
Anexo J	87
<i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência agir com consciência e o burnout total</i>	87
Anexo K.....	88
<i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência agir com consciência e a incapacidade no controle cognitivo</i>	88
Anexo L	89
<i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência descrever e a incapacidade no controle emocional</i>	89

Lista de Tabelas

Tabela 1 – <i>Caracterização sociodemográfica da população</i>	28
Tabela 2 – <i>Análise descritiva de fiabilidade e de sensibilidade das variáveis em investigação</i>	37
Tabela 3 – <i>Índices de ajustamento do modelo de análise fatorial confirmatória do FFMQ</i> ..	39
Tabela 4 – <i>Índices de ajustamento do modelo de análise fatorial confirmatória do ERQ</i>	40
Tabela 5 – <i>Índices de ajustamento do modelo de análise fatorial confirmatória do BAT-12</i> .	41
Tabela 6 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e exaustão (regressão linear múltipla)</i>	42
Tabela 7 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e distanciamento mental (regressão linear múltipla)</i>	43
Tabela 8 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e incapacidade no controlo cognitivo (regressão linear múltipla)</i>	43
Tabela 9 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e incapacidade no controlo emocional (regressão linear múltipla)</i>	44
Tabela 10 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e burnout total (regressão linear múltipla)</i>	45
Tabela 11 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e reavaliação cognitiva (regressão linear múltipla)</i>	46
Tabela 12 – <i>Relação entre as competências de mindfulness e supressão emocional (regressão linear múltipla)</i>	46
Tabela 13 – <i>Relação entre a regulação emocional e os níveis de burnout total (regressão linear múltipla)</i>	48
Tabela 14 – <i>Relação entre a regulação emocional e incapacidade no controlo cognitivo (regressão linear múltipla)</i>	48
Tabela 15 – <i>Relação entre a regulação emocional e incapacidade no controlo emocional (regressão linear múltipla)</i>	49
Tabela 16 – <i>Relações entre as variáveis do modelo: competência observar, reavaliação cognitiva e incapacidade no controlo cognitivo</i>	51

Lista de Figuras

Figura 1 – <i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência observação e a incapacidade no controlo cognitivo</i>	50
Figura 2 – <i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência observação e o burnout total</i>	52
Figura 3 – <i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência observação e a incapacidade no controlo emocional</i>	52
Figura 4 – <i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência não reagir e os níveis de burnout total</i>	53
Figura 5 – <i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência não reagir e a incapacidade no controlo cognitivo</i>	54
Figura 6 – <i>Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência não reagir e a incapacidade no controlo emocional</i>	55

Introdução

A prática laboral relacionada a áreas de saúde constitui-se por elevados níveis de exigências emocionais, físicas e cognitivas. A interação contínua e o contacto direto permanente com angústias e sofrimentos humanos, cargas excessivas de trabalho, carência de meios e excesso de urgência de determinadas escolhas clínicas, caracterizam-se como determinantes de risco notáveis no que concerne à exaustão psíquica dos profissionais de saúde. Considerando toda esta conjuntura, o burnout tem-se revelado um fenómeno em ascensão, impactando o bem-estar psicológico dos profissionais, bem como a eficácia dos serviços oferecidos e o desempenho institucional (Salvagioni et al., 2017; Dyrbye et al., 2017).

À luz desta realidade, processos potenciadores de operar como estratégias protetoras em resposta ao stress ocupacional, tornam-se de relevante compreensão. O mindfulness ou atenção plena, tem sido tema central como mecanismo psíquico significativo no que concerne ao fomento de resiliência, regulação emocional e bem-estar. A literatura revela que competências de mindfulness disposicionais (observar, descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir), associam-se a uma redução na tendência de desenvolver burnout, nomeadamente em cenários de elevada exigência, como acontece na área da saúde (Baer et al., 2006; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Atanes et al., 2015).

Não obstante a esta associação, os processos latentes a esta relação permanecem foco de análise. Um dos caminhos explicativos com maior consistência é a regulação emocional, caracterizada como a habilidade de observar, analisar e alterar possíveis respostas emocionais, por via de mecanismos como a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (Gross & John, 2003). Desrosiers et al. (2013), Garland et al. (2015) e Gan et al. (2024), revelaram que o mindfulness promove a utilização de mecanismos de regulação emocional adaptativos e que a própria regulação será capaz de mediar a função protetora das competências de mindfulness face ao burnout.

Tendo em vista as evidências pretende-se, com a presente investigação, explorar de que modo as competências de mindfulness se relacionam com os níveis de burnout, incorporando a regulação emocional como uma variável de natureza mediadora. Este modelo integrativo possibilitará oferecer maior clareza e compreensão face aos funcionamentos psíquicos envolvidos no bem-estar laboral, proporcionando,

complementarmente, contribuições científicas e aplicadas para o aprimoramento de intervenções mais resolutivas.

Enquadramento

Competências de Mindfulness como Mecanismos Promotores de Bem-Estar

Origem e Construção do Mindfulness

O conceito de mindfulness nasceu de práticas reflexivas advindas do oriente, mais especificamente, do Budismo. A palavra original, *sati*, escrita em Pali, cuja tradução significa *atenção plena*, incorpora as crenças base do Buda tradicional, mencionado na literatura antiga como processo primordial de práticas budistas que visam libertar o ser humano de sofrimento (Gethin, 2011). Porém, com a internacionalização de diversos saberes, bem como a ampliação do interesse por parte da psicologia ocidental a técnicas de contemplação, o conceito de mindfulness tornou-se gradualmente contextualizado a ambientes seculares.

A primeira adaptação deste conceito no campo científico, deu-se por via da criação do Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) por Jon Kabat-Zinn, na década de 1970. Este programa tinha como objetivo incorporar exercícios mediativos em situações clínicas, viabilizando a atenuação de angústias psicológicas e físicas (Kabat-Zinn, 2003). Após a implementação destes programas, o conceito de mindfulness difundiu-se para diversas vertentes, como, organizacional, educacional, cuidados de saúde e neurociência (Purser & Loy, 2013). Esta nova perspectiva do conceito, acabou por desassociá-lo de visão e crenças budistas, concebendo um novo significado, associado a uma metodologia científica e de intervenção, com base em pressupostos e fundamentos teóricos (Shapiro & Carlson, 2017).

Todavia, esta reformulação suscitou diversas contestações. A título de exemplo, Purser (2019) afirma que o desenraizamento ético e filosófico da vertente Budista pode originar uma dissociação do significado do mindfulness, deixando de parte parâmetros básicos do conceito, como os princípios éticos e de compaixão. Berger et al. (2024) impulsionam uma perspectiva crítica no que concerne às diversas adaptações do conceito de mindfulness, enfatizando os possíveis conflitos existentes entre a vertente tradicional espiritual e a vertente reinterpretada segundos os conhecimentos e valores ocidentais. De acordo com os autores, o modelo psicológico contemporâneo viabiliza a potencial mensuração e aplicação terapêutica do conceito, embora podendo descaracterizar o mesmo de toda a sua dimensão ética e transformadora.

Definição e Princípios Fundamentais do Mindfulness: Vantagens, Desvantagens e Limitações

Com o decurso dos anos, foram propostas diversas definições para este conceito. Kabat-Zinn (2003), classificou-o como sendo a consciência que surge por via da atenção plena, de forma intencional, sem julgamentos e no momento presente. Esta conceptualização é empregue, em grande escala, em realidades de investigação e clínicas.

Sob outra perspetiva, Bishop et al. (2004) sugeriram uma definição mais passível de ser aplicada e mensurada, tendo dividido o mindfulness em duas dimensões primordiais, sendo elas: 1) capacidade de regular a atenção de forma a focá-la no momento presente; 2) um caminho de experiência orientado para a abertura, curiosidade e aceitação. Esta proposta conceitual revelou bastante influência na elaboração de instrumentos psicométricos capazes de avaliar o mindfulness.

Brown e Ryan (2003), exploraram este conceito como fazendo parte de um traço inato e latente, atribuindo o mindfulness a uma predisposição sólida e consistente do ser humano face a focar a sua atenção e ter consciência das vivências do quotidiano. Esta habilidade, relaciona-se com diversas variáveis vinculadas com o bem-estar mental, como é o caso de sensação de vivacidade e satisfação existencial e menores experiências afetivas negativas.

Shapiro e Carlson (2017), num estudo mais recente, sugeriram um modelo explicativo do conceito de mindfulness, assente em três etapas, sendo elas, numa primeira fase o momento da *intenção*, assente na motivação do sujeito face ao mindfulness, numa segunda fase o momento da *atenção*, que se resume ao foco no momento presente e, por fim, a terceira etapa a *atitude*, momento que corresponde à forma como se encara a vivência, assente nos princípios de aprovação, delicadeza e interesse.

Não obstante da profundidade conceitual associada ao mindfulness, todas estas diferentes conceptualizações originam certas inconsistências associadas. Van Dam et al. (2018) e Yang et al. (2025) enfatizam a carência de mais clareza e coesão no que concerne à conceptualização do conceito visto que uma multiplicidade de definições tem a capacidade de pôr em causa e fragilizar a robustez da evidência empírica e da sua aplicação clínica.

Neste sentido, apreender a origem deste conceito envolve um reconhecimento do seu legado filosófico e da sua reformulação na área da ciência, uma dupla identidade que

se constitui como primordial para uma aplicabilidade informada e deontológica, especialmente, em contextos clínicos (Michalak et al., 2019).

Operacionalização empregue nesta Investigação

À luz dos objetivos que se prendem com esta investigação, adotou-se como fundamentação do conceito de mindfulness o modelo elaborado por Baer et al. (2006), avaliado e medido pelo instrumento psicométrico Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).

A escolha desta operacionalização assenta-se na validação e confirmação empírica consistente acerca do modelo, na organização estrutural de natureza multifatorial e na qualidade de avaliação de mindfulness como sendo uma unidade composta por diversas competências psicológicas inatas e/ou passíveis de serem desenvolvidas, via prática em contextos formais ou informais de mindfulness.

Neste sentido, o FFMQ contempla o mindfulness segundo cinco competências, considerando diversos componentes do processamento emocional e atencional sob uma atenção plena: 1) *Observar*, competência que se refere à habilidade de reparar e dedicar atenção, intencionalmente e conscientemente, a impulsos advindos tanto do contexto externo, como odores, figuras e barulhos, como impulsos com origem interna, como emoções, determinadas sensações e pensamentos. Esta competência constitui-se como primordial no progresso de regular as emoções, visto permitir que o sujeito identifique e reconheça prematuramente, possíveis manifestações associadas à vivência de stress e/ou desgaste emocional (Frontiers in Psychology, 2023). No entanto, graus superiores nesta competência, caso a mesma não se encontre acompanhada por ausência de crítica e aprovação, têm a capacidade de elevar uma suscetibilidade do sujeito em ruminar e em ficar mais reativo emocionalmente (Gu et al., 2016); 2) *Descrever*, concerne à capacidade de expressar/verbalizar sensações e vivências do ambiente interno, descrevendo-as. Este é um mecanismo de identificação das emoções, que simplifica a consciência emocional, encontrando-se relacionado com o desenvolvimento da maturidade emocional, fomentando a autoconsciência e a compreensão do estado mental particular (Tran et al., 2013). Investigações apontam que a competência inerente à descrição de vivências do ambiente interno, encontra-se associada a um aumento de mecanismos de coping adaptativos e a uma redução da instabilidade emocional (Carmody & Baer, 2008); 3) *Agir com Consciência*, capacidade que envolve executar ações com atenção e intencionalmente, contrariamente ao que acontece com ações sistematizadas e

impulsivas. Diz respeito a focar a mente na experiência e no momento presente, sem difundir o foco atencional direcionado a situações passadas e/ou inquietações relativamente ao futuro (Baer et al., 2006). Esta capacidade constitui-se como extremamente fundamental em contextos laborais severos, considerando que maiores graus desta competência, estão associados a uma redução da predominância de falhas e de fadiga emocional e a um aumento da satisfação laboral (Atanes et al., 2015); 4) *Não Julgar*, traduz a habilidade de acolher todas e quaisquer emoções e pensamentos, isentos de serem conotados como corretos ou incorretos. A ausência de julgamento constitui-se como uma variável essencial nas crenças do mindfulness, encontrando-se profundamente associada ao florescimento de amor-próprio, à diminuição de autocritica e ao fomento da saúde mental (Gu et al., 2016). Esta autoaceitação representa uma constatação das próprias vivências do ambiente interno como sendo passageiras, o que promove a redução da rigidez emocional que habitualmente aumenta a angústia psicológica (Carmody & Baer, 2008); 5) *Não Reagir*, diz respeito à aptidão associada à permissão para que as emoções e pensamentos ocorram naturalmente, prevenindo que exista uma reação responsiva e impulsiva perante os mesmos. Esta é mais uma das competências, que se encontra relacionada a uma regulação das emoções eficaz, salvaguardando comportamentos de evitação e pensamentos ruminativos (Desbordes et al., 2012). Colocar em prática esta competência, viabiliza uma posição de contemplação face a diversas condições internas individuais, impulsionando equilíbrio emocional mesmo em contextos de elevada vulnerabilidade.

A configuração multidimensional do FFMQ, possibilita a avaliação do mindfulness como sendo uma capacidade associada ao processamento ao invés de se restringir somente a uma característica estagnada e inflexível, alinhando-se por isso com a compreensão que sustenta que o mindfulness pode ser apreendido, desenvolvido e aprimorado no decurso do tempo, quer com práticas formais, como a meditação, quer via práticas informais, contempladas no dia a dia dos indivíduos (Shapiro et al., 2006).

Desta forma, o presente estudo de investigação integra o conceito de mindfulness na qualidade de estrutura integrada de competências psicológicas, influenciando a forma como os sujeitos vivenciam e regulam o seu interno emocional. Esta operacionalização viabilizou investigar uma possível relação deste conceito com outras ocorrências pertinentes face realidades clínicas, nomeadamente, o fenómeno de burnout e a capacidade de regulação emocional, com mais precisão e possibilidade de medição.

Aplicação do Mindfulness em contextos de Saúde

Diversas investigações têm revelado as vantagens associadas ao mindfulness em âmbitos de saúde. Especialmente intervenções baseadas em mindfulness, têm-se demonstrando altamente eficazes no que concerne à mitigação dos níveis de burnout, stress, depressão e ansiedade e ao desenvolvimento e aprimoramento do processo emocional, bem como da sensação de bem-estar (Shapiro et al., 2005; Cayoun, Francis, & Shires, 2018).

No âmbito dos profissionais de saúde, população que recorrentemente enfrenta elevadas exigências emocionais, o mindfulness revela-se um recurso protetor. Ao fomentar a capacidade de atenção plena, os profissionais têm a capacidade de enfrentar de forma saudável e adaptativa momentos e circunstâncias mais exigentes, reduzindo o risco de exaustão emocional e favorecendo práticas associadas ao autocuidado (Germer, Siegel, & Fulton, 2016).

Neste sentido, esta investigação visa analisar a relação entre as competências de mindfulness e o burnout, tendo como hipótese que níveis mais elevados associados às competências de mindfulness se encontram relacionadas com níveis de burnout mais reduzidos. Nomeadamente, estabelece-se que as competências de mindfulness contribuem para uma maior capacidade de regulação emocional, que, por conseguinte, reduz os níveis de burnout. A habilidade de identificação, aceitação e regulação das emoções, realizada de forma adequada, constitui-se primordial no que concerne a enfrentar as exigências a nível emocional características do contexto de saúde, podendo o mindfulness desempenhar um papel fundamental como facilitador de todo este funcionamento (Gross, 1998).

Em contextos de saúde e de autocuidado laboral, o conceito de mindfulness é reconhecido, pelos profissionais, como um mecanismo capaz de regular as emoções, promovendo a redução de sintomatologia associada à síndrome de burnout, a stress ou até mesmo a redução de angústia emocional (Cayoun, Francis, & Shires, 2018; Shapiro et al., 2005). Uma capacidade metódica e organizada de mindfulness, viabiliza que os profissionais contemplem as suas próprias emoções e pensamentos, distanciando-se de possíveis reações de carácter impulsivo, fomentando um sítio de tomada de decisão com consciência e empatia (Germer, Siegel, & Fulton, 2016).

Burnout: Fenómeno Consequente dos Desajustes entre Demandas Laborais e Recursos Individuais

Considerando a influência positiva assente no mindfulness sobre a saúde mental, revela-se primordial explorar a sua função protetora perante o fenómeno do burnout, um estado associado ao contexto laboral de progressiva incidência na realidade vivida pelos profissionais de saúde (Luken & Sammons, 2016). Evidências empíricas sugerem que as competências inerentes ao mindfulness têm a capacidade de reduzir sintomatologia associada à exaustão, tornando pertinente explorar e analisar, de forma detalhada, este fenómeno, bem como potenciais efeitos em contexto de prática clínica (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Origem, Construção Conceitual e Definição do Burnout

O termo burnout surgiu no ano de 1970, nos Estados Unidos da América. Este conceito foi fruto de um aumento a nível da sensação de exaustão e fadiga, percebido essencialmente nas áreas laborais dedicadas a cuidados humanos, tais como, área da educação, saúde e serviço social. Foi Herbert J. Freudenberger, o primeiro a operacionalizar este conceito, tendo publicado em 1974 o seguinte artigo: *Staff Burnout*, onde descreveu a desmotivação, a exaustão a nível emocional e a perda de eficácia laboral, detetados em voluntários de uma clínica de psicologia (Freudenberger, 1974). Freudenberger definiu, por isso, o conceito de burnout, como sendo uma condição de desgaste mental e desgaste físico, provenientes de um comprometimento e exposição duradouros a circunstâncias laborais exigentes a nível emocional.

Alguns anos depois e em cooperação com Schaufeli e Leiter, Christina Maslach determinou o burnout como sendo um conjunto de sintomas caracterizado por três principais componentes: despersonalização, redução da sensação de realização pessoal e exaustão emocional (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). A perspetiva tridimensional apresentada por Maslach assumiu, por isso, um papel fundamental no que concerne a este desenvolvimento. Com a definição baseada nas três dimensões, foi possível criar um modelo de medida adaptável a diversas áreas profissionais, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach., 2001), que contribuiu para que as investigações se tornassem cada vez mais robustas, permitindo comparações entre diversos perfis, contextos laborais e populações.

A síndrome de burnout, tem origem em contextos que exigem, dos sujeitos, uma grande capacidade emocional, bem como, um elevado comprometimento a nível relacional, que são duas dimensões bastante representativas daquilo que são as profissões viradas para o “cuidar do outro”. Seguindo esta perspectiva, foram então formulados quadros teóricos com a finalidade de viabilizar a pesquisa acerca do burnout e formular intervenções nesse sentido (Schaufeli, 2017).

O Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho proposto por Bakker e Demerouti (2007), compreende o burnout como uma consequência resultante da relação percebida entre elevadas demandas laborais (tensões interpessoais, sobrecarga de trabalho e elevada imposição de resultados) e insuficiência de recursos (independência, valorização e suporte social).

Não obstante do elevado alcance do modelo tridimensional elaborado por Maslach, algumas críticas foram surgindo relativamente a esta perspectiva, especialmente no que concerne ao seu destaque face às dimensões afetivas, como é o caso da fadiga emocional e pela sua incapacidade de avaliar outra possível sintomatologia relevante, como modificações a nível cognitivo ou até mesmo limitações a nível emocional mais abrangentes (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020).

Neste sentido, Schaufeli et al. (2020) propôs um outro modelo alternativo. O Burnout Assessment Tool (BAT), elaborado com a finalidade de possibilitar uma operacionalização do burnout alinhada com a atualidade e com as respetivas condicionantes experienciadas na realidade laboral contemporânea. O BAT integra expressões comportamentais, cognitivas e emocionais, viabilizando uma avaliação integrativa e abrangente e foi o instrumento utilizado para medir o burnout nesta investigação. A versão utilizada nesta investigação é a BAT-12, uma versão reduzida do instrumento original.

Segundo Schaufeli et al. (2020), este fenómeno é caracterizado por uma condição de fadiga severa e contínua, conseqüente de uma exposição persistente a elevadas exigências em contexto laboral. De acordo com o autor esta condição contempla quatro componentes primordiais: 1) *Exaustão*, sensação de exaustão psicológica e física extrema. Define-se como percepção de ausência de motivação e energia, comprometendo o funcionamento laboral, bem como o bem-estar do indivíduo; 2) *Distanciamento Mental*, corresponde a um postura de desvinculação psicológica associada à atividade laboral, manifestada por ausência de motivação, cinismo e sensações de desconexão perante

responsabilidades profissionais, afetando o comprometimento laboral e a vinculação com o propósito laboral; 3) *Incapacidade no Controlo Cognitivo*, associada à perceção de déficits no funcionamento da atenção, organização de pensamento e memória. Esta componente reflete as consequências do burnout a nível das funções executivas e de processamento mental; 4) *Incapacidade no Controlo Emocional*, contempla manifestações como respostas emocionais exageradas, flutuações afetivas, irritabilidade e uma diminuição da competência emocional face experiências exigentes e desafiadoras.

Estes quatro componentes integram um conceito multidimensional, viabilizando a avaliação do burnout a partir de uma perspetiva mais ampla e holística, ajustada às circunstâncias da realidade laboral moderna (De Beer et al., 2020). O modelo representado pelo BAT-12, possibilita, por isso, uma opção teórica fundamentada que questiona a estrutura tradicional, especialmente eficiente em contextos de exigências psicoemocionais elevadas, o que acontece com os profissionais de saúde.

Fatores determinantes do Burnout

Variáveis como a idade, género, personalidade, mecanismos de coping, percurso laboral e estado civil interferem consideravelmente no sujeito e na forma como o mesmo reage às respetivas demandas profissionais (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Ebling & Carlotto, 2012).

Sujeitos onde prevalece o neuroticismo, a hipersensibilidade emocional e a tendência para a negatividade, evidenciam uma elevada suscetibilidade a desenvolver um quadro clínico de burnout, contrariamente a variáveis como a extroversão, equilíbrio emocional e a organização/responsabilidade (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009), assim como estratégias de coping adaptativas, que estão relacionadas a uma redução da vulnerabilidade em desenvolver burnout. De acordo com Maslach e Jackson (1985), também sujeitos do género feminino, revelam uma maior tendência de vivenciar níveis mais acentuados de cansaço e fadiga emocional, assim como profissionais mais jovens e com menos tempo de percurso profissional, que podem ser explicados por maturidade emocional reduzida, carência de mecanismos para gerir stress e expectativas laborais irrealistas (Brewer & Shapard, 2004; Portelada & João, 2012). A rede de suporte e o estado civil desempenham, igualmente, um impacto significativo. Sujeitos solteiros, divorciados ou viúvos estão mais suscetíveis a desenvolver burnout em comparação a sujeitos que disponham de um suporte social estruturado (Maslach e Jackson 1985).

Causas e Consequências Adjacentes

O burnout é um processo complexo e multifacetado, resultante da interação entre fatores individuais e organizacionais. Embora o stress laboral prolongado seja um dos principais preditores, o burnout emerge sobretudo da discrepância entre altas exigências profissionais e escassez de recursos para lhes fazer face (Schaufeli, 2017). O Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Bakker & Demerouti, 2007) sustenta esta perspetiva, ao descrever o burnout como consequência da exposição contínua a exigências elevadas sem estratégias adaptativas adequadas. Este fenómeno é particularmente relevante entre profissionais de saúde, dada a constante sobrecarga física e emocional e a carência de suporte organizacional (Pujol-de Castro et al., 2024). Além disso, fatores fisiológicos, como a ativação prolongada do eixo de stress, contribuem para alterações neuroendócrinas e imunológicas, agravando o risco de esgotamento (Kaul et al., 2021). Maslach e Leiter (1997) reforçam que a ausência de gratificação, sobrecarga e falta de apoio social no contexto organizacional intensificam a vulnerabilidade ao burnout.

As consequências do burnout manifestam-se em três níveis principais: saúde física, saúde mental e funcionamento organizacional (Pujol-de Castro et al., 2024; Cañadas-De la Fuente et al., 2015). No plano físico, está associado a maior prevalência de doenças cardiovasculares (Toker et al., 2012; Salvagioni et al., 2017) e sintomatologia como cefaleias e fadiga persistente. A nível psicológico, é frequentemente acompanhado por quadros de ansiedade, depressão, insónia e uso de substâncias como mecanismo compensatório (Maslach et al., 2001; Alexandrova-Karamanova et al., 2016). No domínio organizacional, o burnout compromete a qualidade dos serviços, conduz a erros profissionais e reduz o envolvimento dos trabalhadores, com impacto direto na rotatividade e na eficácia em contextos de cuidado (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Dyrbye et al., 2019).

O papel da Regulação Emocional nos Desafios Profissionais e Respostas Psicológicas

Tendo em vista as consequências negativas advindas do burnout em profissionais de saúde, constitui-se primordial entender possíveis funcionamentos psíquicos que promovam a sua contenção e/ou agravamento. Neste sentido, a regulação emocional evidencia-se, como sendo um processo base no que concerne a abordagens de enfrentamento face a experiências exigentes a nível emocional (Gross, 1998). A maneira como as emoções são identificadas, compreendidas e reguladas pode atenuar ou impulsionar a exaustão emocional, tendo uma função mediadora entre sobrecargas em

contexto laboral e desgaste psicológico (Gross & John, 2003; Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Desta forma, a regulação emocional é explorada nesta investigação na qualidade de um funcionamento psíquico primordial na mediação entre obstáculos laborais e estados emocionais prejudiciais, tal como o burnout.

Definição e Importância da Regulação Emocional

A regulação emocional representa um sistema de processos pelos quais os sujeitos têm impacto sobre que emoções vivenciam, quando as vivenciam e de que forma as manifestam (Gross, 1998; 2014). Corresponde a uma habilidade essencial do funcionamento psíquico, que impacta, de forma direta, as dinâmicas relacionais, a saúde mental e a eficiência laboral, nomeadamente em ambientes de elevadas exigências emocionais, como é o caso da saúde (Gross & John, 2003; Koole, 2009).

Este construto contempla estratégias automáticas e conscientes, que se manifestam em etapas distintas do processamento emocional, com a finalidade de ajustar os níveis de extensão temporal, intensidade e exteriorização das próprias emoções. A efetividade deste conceito está dependente de diversos determinantes, como a situação contextual, o mecanismo utilizado e objetivo do indivíduo (Ford & Gross, 2019). De forma complementar Thompson (1994), explica a regulação emocional como uma dinâmica processual, tanto via interna como externa, que possibilita observar, analisar e alterar respostas emocionais. Já Aldao et al. (2010), enfatizam a relevância da adaptabilidade no que concerne à utilização de mecanismos de regulação emocional, ao invés da regularidade, como sendo uma medida indicadora de adaptação emocional.

O presente estudo considera como referência teórica o Modelo de Processo da Regulação Emocional, proposto por Gross (1998b), modelo que estrutura o processo em cinco etapas sequenciais: 1) escolha situacional; 2) alteração da situação; 3) redireccionamento da atenção; 4) modificação cognitiva; 5) regulação da resposta. Com base neste modelo, os autores concetualizaram dois mecanismos primordiais, sendo eles, reavaliação cognitiva e supressão emocional. Esta operacionalização é mensurável com base na utilização do instrumento psicométrico Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), empiricamente testado e validado, revelando-se pertinente face às circunstâncias clínicas e organizacionais, entre os quais, profissionais de saúde. A utilização deste modelo prende-se com o facto de fundamentar empiricamente o instrumento psicométrico empregue nesta investigação, possibilitando medir, com clareza, mecanismos adaptativos e desadaptativos de regulação emocional. Esta perspetiva centrada possibilita a

compreensão de como diferentes padrões de regulação emocional se associam a conceitos como o burnout e as competências de mindfulness, variáveis nucleares do presente estudo.

Estratégias de Regulação Emocional

A abordagem teórica empregue neste estudo, proposta por Gross e John (2003), explica a regulação emocional como sendo um processo capaz de realizar-se perante diversas etapas integrantes da resposta emocional. Em consonância com esta perspetiva, os autores elaboraram o ERQ, instrumento psicométrico capaz de avaliar dois dos mecanismos primordiais assentes na Regulação Emocional, a *Reavaliação Cognitiva* e a *Supressão Emocional*.

Reavaliação Cognitiva. Esta estratégia refere-se à tentativa do sujeito em reformular a interpretação subjetiva de determinados eventos, com a finalidade de modificar a sua carga emocional. Consiste num mecanismo cognitivo de antecipação, que opera numa etapa inicial do processamento das emoções, antecedente à ativação fisiológica e expressão comportamental (Gross & John, 2003). Ao reinterpretar, a nível cognitivo, uma situação de natureza possivelmente disruptiva, o indivíduo tem a capacidade de reduzir e/ou modificar as emoções associadas à mesma, favorecendo uma resposta mais funcional e adaptativa. Este mecanismo tem sido relacionado a diversos efeitos benéficos, tais como, redução de sintomas depressivos e ansiosos, aumento do bem-estar psicoemocional e aumento da realização pessoal (Cutuli, 2014; Moore et al., 2008; Wu et al., 2024). Num ambiente organizacional, esta estratégia possibilita uma adaptação emocional adaptativa e saudável perante cenários exigentes e stressantes, prevenindo o burnout e promovendo robustez emocional.

Supressão Emocional. Inversamente, a supressão emocional, diz respeito à tentativa de suprimir manifestações comportamentais associadas a uma emoção já vivenciada. É um mecanismo expressivo e reativo, que incide numa etapa posterior da resposta emocional, após a mesma encontrar-se já acionada (Gross, 1998; John & Gross, 2004). Ainda que esta estratégia se possa tornar especialmente favorável em circunstâncias em que a manifestação emocional vá contra as expectativas sociais, a supressão emocional tem sido entendida como desadaptativa. Esta estratégia revela-se relacionada a elevados níveis de stress, expressão emocional menos genuína, redução da satisfação inter-relacional e maior reatividade a nível fisiológico (Richards & Gross,

2000; Moore et al., 2008). Em ambientes de sobrecarga emocional contínua, como profissões dedicadas à saúde, um uso frequente deste mecanismo tem a capacidade de favorecer fadiga emocional e, conseqüentemente, agravar níveis de burnout.

Regulação Emocional em Contextos de Saúde: Desafios e Relações Importantes

A prática em ambiente clínico requer elevadas cargas emocionais aos profissionais de saúde que se encontram, frequentemente, deparados com angústias humanas, tomadas de decisão complexas e condições laborais desafiadoras. Toda esta conjuntura faz com que se tornem especialmente suscetíveis a experienciar exaustão psicológica, onde a regulação emocional assume uma função primordial (Delgado et al., 2017; Grandey et al., 2019).

Mecanismos que se constituam saudáveis e adaptativos, como é o caso da reavaliação cognitiva, encontram-se fortemente relacionados a uma diminuição do desgaste emocional e, conseqüentemente, aumento da sensação de bem-estar geral (Scheibe & Zacher, 2013; Bakker & Demerouti, 2017). Contrariamente, a supressão emocional, tem sido associada a uma diminuição da sensação de realização laboral, níveis de stress mais elevados e, conseqüentemente, a uma maior propensão de desenvolver burnout (John & Gross, 2004; Richards & Gross, 2000).

Neste enquadramento, o mindfulness demonstra-se um possível fator promotor da regulação emocional, fomentando um maior nível de conscientização, uma diminuição da responsividade emocional e um aumento da utilização de mecanismos adaptativos de reavaliação (Chambers et al., 2009; Garland et al., 2015).

Esta relação de mediação entre as competências de mindfulness e o burnout, será detalhada no seguinte capítulo.

Competências de Mindfulness, Regulação Emocional e Burnout

A finalidade primordial desta investigação prende-se com a compreensão no que concerne à forma como as competências de mindfulness se relacionam com a diminuição dos níveis de burnout, em profissionais de saúde, procurando explorar o possível papel mediador da regulação emocional como sendo a variável mediadora nesta relação entre ambos os construtos.

Investigações como as de Luken e Sammons (2016) e Duarte e Pinto-Gouveia (2017), revelaram que maiores níveis de mindfulness encontram-se relacionados a uma

diminuição de sintomas associados a burnout, especialmente no que concerne a profissionais de saúde submetidos a circunstâncias clínicas extremamente desafiadoras, como os cuidados paliativos e os serviços de oncologia. O conceito de mindfulness favorece a interrupção de respostas emocionais reativas, fomentando uma autorregulação das emoções e maior resistência face a eventos stressantes (Shapiro et al., 2005). As cinco dimensões contempladas e avaliadas pelo FFMQ (Baer et al., 2006), têm-se mostrado especificamente relacionadas a níveis mais reduzidos de fadiga emocional e despersonalização (Atanes et al., 2015). Esta relação poderá explicar-se pelo acionamento de determinadas regiões cerebrais responsáveis pelo processo das emoções e pela autorregulação, como o córtex pré-frontal e a amígdala (Hölzel et al., 2011).

Não obstante, os impactos que as competências de mindfulness têm perante o burnout, estes efeitos ocorrem por via de determinados processos, constituindo-se a regulação emocional como um dos mecanismos mais prováveis. A título de exemplo, Desrosiers et al. (2013), numa investigação que realizou com uma amostra de 187 sujeitos adultos, verificou que o mindfulness disposicional, ou seja, as competências inatas associadas ao mindfulness, se encontravam relacionadas a uma utilização, com maior recorrência, da estratégia de reavaliação cognitiva, mediadora da diminuição de sintomatologia psicoemocional negativa. Garland et al. (2011), numa investigação de cariz longitudinal, realizada com uma amostra de adultos envolvidos em programas MBSR, constataram que um aumento de competências de mindfulness desenvolveram benefícios a nível da reavaliação emocional e da redução dos níveis de stress, complementando com dados estatísticos a existência de uma relação de mediação. Complementarmente, Gan et al. (2024), num estudo realizado com uma amostra de profissionais de enfermagem, revelaram que a prática de mindfulness resultou num aumento do uso de mecanismos de reavaliação cognitiva, bem como numa diminuição do burnout, propondo que uma consolidação das competências de mindfulness poderá fomentar estratégias de regulação emocional, adaptativas e saudáveis.

Todos estes estudos empíricos fundamentam a estrutura teórica deste estudo: as competências de mindfulness fomentam a utilização de mecanismos adaptativos de regulação emocional que, por sua vez, contribuem para a diminuição dos níveis de burnout.

A opção de escolha, relativamente à amostra, ter recaído sobre os profissionais de saúde prende-se com a sua vivência e exposição prolongada e contínua a agentes

geradores de stress psicoemocional, bem como, em função da elevada incidência de burnout nesta população (Pujol-de-Castro et al., 2024).

Objetivos e Hipóteses da Investigação

O presente estudo tem como finalidade primordial, analisar e explorar a relação entre as competências de mindfulness, a regulação emocional e o burnout em profissionais de saúde, investigando a função de mediação por parte da regulação emocional deste modelo. Este objetivo prende-se com a necessidade urgente e crescente em perceber quais os processos psíquicos que favorecem a força/estabilidade emocional em circunstâncias clínicas extremamente severas e desafiantes, em que o burnout é dominante e onde se constitui um fator ameaçador a diversos níveis, tanto pessoal, como assistencial e laboral (Salvagioni et al., 2017; Tawfik et al., 2018; Rotenstein et al., 2018).

Neste sentido, como objetivos específicos, esta investigação contempla: 1) Analisar a relação entre competências de mindfulness e os níveis de burnout em profissionais de saúde, tendo como base que níveis mais elevados de competências de mindfulness se associem a níveis mais reduzidos de burnout; 2) Explorar a relação entre mecanismos de regulação emocional, neste caso reavaliação cognitiva e supressão emocional, e níveis de burnout; 3) Analisar a relação entre as competências de mindfulness e mecanismos de regulação emocional, considerando que as competências de mindfulness associam-se, de forma positiva, à estratégia de reavaliação cognitiva e, de forma negativa, à estratégia de supressão emocional (Desrosiers et al., 2013; Garland et al., 2015); 4) Testar a função mediadora da regulação emocional na relação entre as competências de mindfulness e o burnout, possibilitando uma possível clarificação acerca dos processos psíquicos potenciadores de reduzir consequências advindas do stress ocupacional.

A regulação emocional é considerada uma variável mediadora na relação entre as competências de mindfulness e o burnout, constituindo-se esta estrutura relacional como base para a formulação das hipóteses empíricas da presente investigação, sendo elas: 1) Maiores níveis de competências de mindfulness estão associados a menores níveis de burnout, em profissionais de saúde; 2) Maiores níveis de regulação emocional estão associados a menores níveis de burnout, em profissionais de saúde; 3) Maiores níveis de competências de mindfulness estão associados a maiores níveis de regulação emocional,

em profissionais de saúde; 4) A regulação emocional medeia a relação entre as competências de mindfulness e o burnout em profissionais de saúde.

Pertinência e Contributos da Investigação

A pertinência desta investigação relaciona-se com a forte prevalência de burnout nos profissionais de saúde, uma síndrome com repercussões graves a nível do bem-estar psicológico dos mesmos, bem como na eficiência e excelência dos serviços prestados e nos serviços de saúde na sua globalidade (Dyrbye et al., 2017; Organização Mundial da Saúde, 2019). Evidências científicas atuais enfatizam a relevância da identificação de determinantes protetores que fomentem o bem-estar psicoemocional e o desempenho profissional, especialmente, em cenários caracterizados por elevadas exigências emocionais (Montgomery et al., 2020).

À luz dessas considerações, esta investigação visa prestar contribuição, sob uma perspetiva científica, no que concerne ao fortalecimento e validação do modelo que integra competências de mindfulness, regulação emocional e burnout, tendo como referências instrumentos psicométricos validados (FFMQ, ERQ e BAT-12), fundamentados empiricamente sobre modelos robustos (Baer et al., 2006; Gross & John, 2003; Schaufeli et al., 2020).

Num âmbito de uma vertente mais prática, os resultados deste estudo poderão contribuir com dados para o progresso e aprimoramento de práticas interventivas, tanto de natureza preventiva como promotora, de saúde mental na área dos cuidados de saúde, especialmente, por meio de programas baseados em desenvolvimento de competências de autorregulação e de mindfulness (Burton et al., 2017; Luken & Sammons, 2016).

Método

Desenho da Investigação

Esta investigação é de carácter transversal, visto que os dados foram recolhidos num único momento no tempo. É de natureza não-experimental, pois não houve manipulação de variáveis. A metodologia é quantitativa uma vez que foram utilizados dados estatísticos a fim de analisar os resultados. O delineamento é de natureza correlacional, com o objetivo de identificar possíveis relações entre as variáveis.

Participantes

A amostra que compõe esta investigação é não probabilística, visto que os participantes foram selecionados de forma intencional e por efeito bola de neve.

Nesta investigação participaram 115 profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 22 anos (mín.) e os 70 anos (máx.), com um média de 44,45 (DP = 13.71). Mais de metade dos sujeitos que participaram pertencem ao sexo feminino (57.4%) e a maioria referiram estar casados/as.

Relativamente às habilitações académicas, a maior parte dos participantes completou o grau de mestre. No que concerne à atividade profissional, 36.5% são enfermeiros, seguindo-se de técnicos superiores de saúde (18.3%) e de médicos (14.8%), sendo que a maior parte dos profissionais se encontra a exercer em contexto hospitalar (43.5%).

A Tabela 1 classifica os participantes da investigação em relação às suas características sociodemográficas.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da população

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas (%)
Género		
<i>Masculino</i>	49	42.6
<i>Feminino</i>	66	57.4
Estado Civil		
<i>Solteiro/a</i>	24	20.9
<i>Num Relacionamento</i>	27	23.5

	Frequências	Frequências
	Absolutas	Relativas (%)
<i>Casado/a</i>	33	28.7
<i>Divorciado/a</i>	16	13.9
<i>União de Facto</i>	10	8.7
<i>Separado/a</i>	1	0.9
<i>Viúvo/a</i>	4	3.5
Filhos		
<i>Sim</i>	55	47.8
<i>Não</i>	60	52.2
Habilitações Académicas		
<i>3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano completo)</i>	1	0.9
<i>Ensino Secundário (12º ano completo)</i>	3	2.6
<i>Licenciatura</i>	36	31.3
<i>Mestrado</i>	65	56.5
<i>Doutoramento</i>	10	8.7
Atividade Profissional		
<i>Medicina</i>	17	14.8
<i>Técnico Superior de Saúde</i>	21	18.3
<i>Enfermagem</i>	42	36.5
<i>Nutrição</i>	12	10.4
<i>Psicologia</i>	5	4.3
<i>Farmacêutica</i>	6	5.2
<i>Fisioterapia</i>	3	2.6
<i>Saúde Pública</i>	3	2.6
<i>Terapia Ocupacional</i>	3	2.6
<i>Outro</i>	3	2.6
Área de Atuação		
<i>Cuidados Primários (Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiar, etc.)</i>	7	6.1

	Frequências Absolutas	Frequências Relativas (%)
<i>Cuidados Hospitalares (Hospitais Públicos ou Privados)</i>	50	43.5
<i>Saúde Mental e Psiquiatria</i>	23	20
<i>Saúde Pública e Epidemiologia</i>	8	7.0
<i>Urgência e Emergência (INEM, Serviços de Urgência)</i>	8	7.0
<i>Cuidados Continuados e Paliativos</i>	3	2.6
<i>Reabilitação e Fisioterapia</i>	1	0.9
<i>Saúde Ocupacional</i>	1	0.9
<i>Investigação e Ensino na Saúde</i>	5	4.3
<i>Outro</i>	9	7.8

Instrumentos

Esta investigação recolheu informações de cariz sociodemográfico e utilizou três instrumentos psicométricos com a finalidade de avaliar os níveis de Competências de Mindfulness, a Regulação Emocional e os níveis de Burnout de cada um dos participantes.

Questionário Sociodemográfico

O questionário disponibilizado aos participantes compunha questões pessoais, sendo elas: idade, género, estado civil, descendência e nível de escolaridade e, questões profissionais: atividade profissional, área de atuação, duração da experiência profissional, carga horária de trabalho semanal, principal turno de trabalho, se trabalha em mais que um sítio e, por fim, se já participou em algum treino de mindfulness.

Competências de Mindfulness

Nesta investigação, a avaliação das competências de mindfulness, foi efetuada usando a versão portuguesa do Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). O FFMQ, é um instrumento originalmente elaborado por Baer et al. (2006), tendo sido, posteriormente, adaptado e validado para a população portuguesa por Gregório e Pinto-Gouveia (2011).

Este é um dos instrumentos mais adotado em investigações tanto clínicas, como psicológicas, com o objetivo de avaliar o mindfulness. Neste questionário, existem cinco dimensões, que identificam diferentes constituintes que, juntos, caracterizam a atenção plena (Baer et al., 2008; Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

Este instrumento é composto por 39 itens, sendo que 19 são itens invertidos (i). Encontrando-se divididos por cada uma das cinco competências: Observação, composta pelos itens 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36; Descrição, composta pelos itens 2, 7, 12i, 16i, 22i, 27, 32, 37; Agir com Consciência, composta pelos itens 5i, 8i, 13i, 18i, 23i, 28i, 34i, 38i; Não Julgamento de Experiências Internas, composta pelos itens 3i, 10i, 14i, 17i, 25i, 30i, 35i, 39i e Não Reatividade às Experiências Internas, composta pelos itens 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33 (Baer et al., 2008; Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). Exemplos de itens incluem: *“Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.”* e *“Tenho dificuldade em encontrar palavras para descrever o que penso.”* (item invertido).

Os itens que compõem este questionário, são medidos numa escala de 5 pontos, variando de 1, que corresponde a “Nunca ou muito raramente verdadeiro” a 5, que corresponde a “Quase sempre ou sempre verdadeiro”. Quanto mais elevada a pontuação, maior a prevalência das respetivas competências de mindfulness (Baer et al., 2008; Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). A cotação do instrumento é realizada com base na média de cada dimensão individualmente, não apresentando um resultado do score global, mas sim de cada uma das competências.

Relativamente à consistência interna, as validações revelaram bons índices, tanto na versão original, como na versão portuguesa. No estudo de Baer et al. (2008), os coeficientes alfa de Cronbach variaram entre $\alpha = .75$ e $\alpha = .91$, revelando boa confiabilidade em cada uma das cinco subescalas: Observar ($\alpha = .83$), Descrever ($\alpha = .91$), Agir com Consciência ($\alpha = .87$), Não Julgar ($\alpha = .87$) e Não Reagir ($\alpha = .75$). O estudo de validação para a população portuguesa de Gregório e Gouveia (2011), de forma semelhante, revelou resultados adequados de consistência interna em todas as dimensões, com valores que sustentam a utilização da versão portuguesa do FFMQ como instrumento válido e fiável para avaliação das competências de mindfulness. Os resultados de consistência interna neste estudo são descritos no capítulo dos resultados.

Burnout

Nesta investigação, a avaliação do burnout foi efetuada por meio do Burnout Assessment Tool - 12 itens, esta é uma versão reduzida do Burnout Assessment Tool (BAT), inicialmente elaborado por Schaufeli et al. (2020) e devidamente validado para a população portuguesa e brasileira, por Sinval et al. (2022).

Este é um instrumento de autorrelato, desenvolvido com o objetivo de avaliar o fenómeno de burnout de um modo conciso, garantindo a sua validade e fiabilidade psicométrica. O BAT-12, baseia-se numa perspetiva de burnout mais ampla, sendo uma conjuntura multifacetada, classificada pelo nível de comprometimento do sujeito, em diferentes domínios psicológicos (Schaufeli et al., 2020; Sinval et al., 2022). Complementarmente, destaca-se pelo facto de reduzir a carga de resposta dos sujeitos que respondem ao mesmo, comparativamente a outros mais vastos, como é o caso do Maslach Burnout Inventory (MBI) e do BAT-23.

O BAT-12, integra 12 itens, repartidos em quatro dimensões estruturais, em que cada uma dessas quatro dimensões aloca três itens (Sinval et al., 2022). Estas mesmas dimensões, caracterizam os fundamentos essenciais do fenómeno de burnout, sendo elas: Exaustão, que contempla os itens 1,2 e 3; Distância Mental, que contempla os itens 4,5 e 6; Incapacidade no Controlo Cognitivo, que contempla os itens 7, 8 e 9 e Incapacidade no Controlo Emocional, que contempla os itens 10,11 e 12. Exemplos de itens incluem: *“No trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a)”* e *“Faço erros no meu trabalho porque tenho a cabeça sobrecarregada com outras coisas.”*

Os itens que o compõem são avaliados numa escala de 5 pontos, variando de 1 - nunca a 5 - sempre. Pontuações mais elevadas correspondem a uma maior gravidade sintomatológica de burnout (Schaufeli et al., 2020; Sinval et al., 2022). Este procedimento viabiliza quantificar, objetivamente, o nível de intensidade e magnitude sintomatológica. A cotação do instrumento é realizada com base na média de cada dimensão, bem como da média do score global, ou seja, de todas as dimensões.

Validações anteriores revelaram uma boa consistência interna do BAT, tanto na versão original como na portuguesa. No estudo de Schaufeli, Desart e De Witte (2020), os coeficientes alfa de Cronbach indicaram excelente confiabilidade para a pontuação total ($\alpha = .94$), assim como para as quatro dimensões: Exaustão ($\alpha = .91$), Distância Mental ($\alpha = .86$), Incapacidade no Controlo Emocional ($\alpha = .91$) e Incapacidade no

Controlo Cognitivo ($\alpha = .89$). A validação para a população portuguesa realizado por Sinval et al. (2022) replicou esses resultados, indicando elevada consistência interna tanto na pontuação global ($\alpha = .95$) como nas dimensões: Exaustão ($\alpha = .91$), Distância Mental ($\alpha = .89$), Incapacidade no Controlo Emocional ($\alpha = .91$) e Incapacidade no Controlo Cognitivo ($\alpha = .90$). Os resultados de consistência interna neste estudo são descritos no capítulo dos resultados.

Regulação Emocional

Nesta investigação, a avaliação da Regulação Emocional, foi efetuada usando a versão portuguesa do Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). O ERQ, é um instrumento originalmente elaborado por Gross e John (2003), tendo sido, posteriormente, adaptado e validado para a população portuguesa por Filipa Machado Vaz (2009), a fim da realização da sua dissertação de mestrado.

Tal como o BAT-12, também o ERQ é um instrumento de autorrelato, usado com o objetivo de avaliar mecanismos individuais de regulação emocional, distinguindo dois métodos cruciais e distintos entre si, sendo eles: a reavaliação cognitiva, uma estratégia adaptativa e saudável e a supressão emocional, uma estratégia desadaptativa (Gross & John, 2003; Vaz, 2009).

O ERQ é composto por 10 itens, sendo que a reavaliação cognitiva contempla os itens 1,3,5,7,8 e 10 e a supressão emocional contempla os itens 2,4,6 e 9, medidos através de uma escala de 7 pontos, variando entre 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente. Exemplos de itens incluem: *“Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.”* e *“Guardo as minhas emoções para mim próprio”*.

Pontuações mais elevadas, sinalizam uma maior utilização do mecanismo correspondente (Gross & John, 2003; Vaz, 2009). Sujeitos que disponham de uma pontuação mais elevada na dimensão de reavaliação cognitiva, apresentam maior tendência em utilizar mecanismos positivos e adaptativos de forma a regular o seu emocional, já os sujeitos que disponham de uma pontuação mais elevada na dimensão respetiva à supressão expressiva, poderão encarar, mais frequentemente, obstáculos e vulnerabilidades relacionais e emocionais. A cotação do instrumento é realizada com base na média de cada dimensão individualmente, não apresentando um score global.

No estudo de validação original conduzido por Gross e John (2003), os coeficientes alfa de Cronbach revelaram níveis adequados de consistência interna para ambas as dimensões: Reavaliação Cognitiva ($\alpha = .80$) e Supressão Emocional ($\alpha = .73$). Na validação portuguesa elaborada por Vaz (2009), foram revelados valores de $\alpha = .79$ para a subescala de Reavaliação Cognitiva e $\alpha = .74$ para Supressão Emocional, confirmando a robustez psicométrica da escala no contexto português. Os resultados de consistência interna neste estudo são descritos no capítulo dos resultados.

Procedimento

As questões de cariz sociodemográfico e os instrumentos psicométricos utilizados na presente investigação foram inseridos num questionário Google Forms online. O contacto com os participantes foi realizado via online em plataformas como o WhatsApp, Instagram e Facebook, onde foi partilhado um link que direcionava para o questionário. A partilha iniciou-se por meio de contactos pessoais e alastrou-se até uma rede de contactos que se começou a formar pelos participantes. A janela temporal relativa à recolha deu-se de março a junho de 2025.

O questionário foi dividido em 6 secções. A primeira secção destinada a um breve resumo acerca do âmbito e objetivos do questionário e com clarificações sobre a confidencialidade, opção de desistência, tempo de duração e contactos de apoio, caso necessário. O final da primeira secção destinava-se ao consentimento informado, antes dos participantes iniciarem o preenchimento do questionário. A segunda secção contemplou questões sociodemográficas que, como suprarreferido, abrangiam dados relativos ao género, idade, estado civil, bem como área de atuação, rendimento médio mensal líquido, turno de trabalho, entre outros. Seguiu-se a terceira secção com as instruções e itens do FFMQ versão portuguesa, a quarta e a quinta secção, também destinadas aos instrumentos ERQ e BAT-12 versões portuguesas, com as respetivas instruções e itens. O questionário terminava com a secção 6 que indicava a conclusão do inquérito e agradecia a participação.

Análise de Dados

Para a realização da análise estatística dos dados recolhidos nesta investigação, utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics*, versão 30.0. O processo de análise de resultados cumpriu um método sequencial, estruturado por etapas com diferentes metas quantitativas.

De forma a assegurar o nível de adequação dos instrumentos psicométricos empregues, começou por se realizar uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) por meio do programa *Jamovi*, versão 2.6.26, com a finalidade de validar a estrutura fatorial dos três instrumentos de auto-resposta. A qualidade do ajuste dos modelos foi analisada considerando múltiplos índices, sendo eles, Comparative Fit Index (CFI) e Tucker-Lewis Index (TLI), onde se consideraram ajustes aceitáveis cujos valores $\geq .90$ e bons cujos valores $\geq .95$, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), cujos valores $\leq .08$ revelam um ajuste aceitável e valores $\leq .06$ sugerem bom ajuste e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), onde valores $\leq .08$ foram interpretados como indicadores de um bom ajuste do modelo (Byrne, 2016; Hu & Bentler, 1999).

Com a finalidade de validar a confiabilidade dos dados, detetar potenciais outliers e assegurar o cumprimento dos critérios estatísticos estabelecidos realizou-se uma análise descritiva e exploratória. Calcularam-se medidas de dispersão e de tendência central, sendo elas, média, mediana, desvio padrão e min.-máx., e testou-se a distribuição normal dos dados, por via dos coeficientes da assimetria e curtose. Admitiu-se normalidade da distribuição sempre que os valores de assimetria se situaram abaixo de 3 e os de curtose abaixo de 7 (Kline, 2011). Complementarmente, verificou-se a consistência interna dos instrumentos psicométricos utilizados no estudo, por via da medição dos alfas de Cronbach dos respetivos. Consideraram-se valores de α superiores a 0,70 como indicadores de bons níveis de consistência interna dos instrumentos (Nunnally & Bernstein, 1994).

Posteriormente, foi realizada uma análise das *correlações de Pearson* entre todas as variáveis sob investigação, com a finalidade de detetar associações com significância estatística entre as competências de mindfulness, a regulação emocional e o burnout. Foram assumidas como correlações estatisticamente significativas aquelas que revelaram valores de p abaixo de 0,05, tendo-se ainda distinguido as correlações que indicaram valores de $p < 0,01$ e $p < 0,00$, sinalizadas com diferentes asteriscos (*, **, ***), segundo os critérios propostos por Hayes (2022).

Considerando as correlações estatisticamente significativas, foram realizadas regressões lineares múltiplas, com o objetivo de determinar quais os principais determinantes das diferentes dimensões do burnout, em função das variáveis independentes sob investigação. Assumiram-se como estatisticamente significativos os determinantes cujo valor de p se revelaram inferiores a 0,05, tal como nos modelos gerais

que indicaram $p < 0,05$ no teste F da ANOVA, de acordo com os parâmetros estabelecidos por Hayes (2022).

Subsequente e, a partir dos modelos de regressão significativos estatisticamente, conduziram-se análises de mediação por meio do *PROCESS v5.0* para o *SPSS* (Hayes, 2022), aplicando o *modelo 4* com 5000 amostras de bootstrap e um intervalo de confiança de 95%. A finalidade destas análises assentou na verificação da variável Regulação Emocional como mediadora da relação entre as Competências de Mindfulness, como variável independente e o Burnout, como variável dependente. Consideraram-se significativos os efeitos indiretos dos quais os intervalos de confiança não incluíram o coeficiente zero.

Resultados

Análise de Qualidade Métrica dos Instrumentos

Na Tabela 2 abaixo representada, encontram-se os resultados referentes aos valores da média, desvio padrão, máximo, mínimo, normalidade e consistência interna relativos às Competências de Mindfulness, Burnout e Regulação Emocional, as três variáveis a serem investigadas.

Tabela 2

Análise descritiva de fiabilidade e de sensibilidade das variáveis em investigação

	M	DP	Md	Mín. – Máx.	ku	sk	A
Competências de Mindfulness							.96
Observar	3.00	0.93	3.00	1-5	-0.59	-0.28	.88
Descrever	3.23	0.78	3.13	1.75-5	-0.49	0.40	.88
Agir com Consciência	3.07	0.97	3.13	1-5	-0.92	-0.07	.92
Não Julgar	2.97	1.04	3.0	1-5	-1.06	0.03	.93
Não Reagir	2.78	0.79	2.86	1-5	0.28	-0.09	.84
Burnout	2.44	0.87	2.33	1 - 4.33	-0.74	0.36	.94
Exaustão	3.06	1.14	3.0	1-5	-0.95	-0.05	.89
Distância Mental	2.06	0.89	2.0	1-5	-0.06	0.75	.82
Incapacidade Controlar Cognitivo	2.32	0.96	2.0	1-4.67	-0.70	0.47	.87
Incapacidade Controlar Emocional	2.32	1.01	2.0	1-4.67	-0.98	0.38	.88
Regulação Emocional							.73
Reavaliação Cognitiva	4.03	1.34	4.17	1-6.67	-0.43	-0.41	.88
Supressão Emocional	3.24	1.49	3.0	1-7	-0.46	0.47	.85

Note. M = média; DP = desvio padrão; Md = mediana; Mín.–Máx. = valores mínimo e máximo; sk = assimetria; ku = curtose; α = alfa de Cronbach.

Em relação à normalidade dos instrumentos, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, tendo indicado que somente a dimensão *Observar*, relativa ao FFMQ, ou seja, às competências de mindfulness, não revelou desvios significativos de normalidade ($p > .05$), apontando uma distribuição dentro da normalidade. Todas as demais dimensões revelaram valores de significância prática inferiores a 0,05 ($p < .05$), sugerindo um desvio da normalidade. Contudo e, em conformidade com os parâmetros definidos por Kline (2011), uma distribuição pode ser considerada normal, caso os valores relativos à assimetria e à curtose sejam menores que 3 e 7, respectivamente, critério esse que se revela cumprido em todas as variáveis em estudo.

No que diz respeito às competências de mindfulness (FFMQ), todos os participantes revelaram valores médios situados entre 2.78 e 3.23, numa escala de 1 a 5 pontos, com evidência para a dimensão Descrever que revelou uma média mais elevada e para a dimensão Não Reagir que, contrariamente, revelou uma média mais baixa. Estes resultados indicam níveis moderados de competências de mindfulness nesta amostra. Todas as cinco dimensões indicaram uma consistência interna dentro dos critérios esperados e adequados, apresentando alfas de Cronbach entre .84 e .93. O instrumento apresentou um alfa total de .96, revelando níveis de fiabilidade elevados.

Relativamente ao burnout (BAT), as médias obtidas em cada dimensão oscilam entre 2.06 e 3.06, encontrando-se, de modo geral, abaixo do valor médio do instrumento. Todas as quatro dimensões apresentaram valores de consistência interna adequados, com alfas entre .82 e .89 e um valor de alfa total de .94.

No que concerne à regulação emocional (ERQ), os participantes revelaram valores com média mais elevada a nível da Reavaliação Cognitiva, comparativamente aos valores da Supressão Emocional. As duas dimensões revelaram níveis de consistência interna elevados, tendo apresentados alfas de .88 e .85, relativamente ao alfa total de .73, o mesmo considera-se dentro dos valores ainda aceitáveis (Marôco, 2014).

De modo geral, os três instrumentos utilizados nesta investigação revelaram níveis de qualidade psicométrica adequados, com valores de sensibilidade estatística em conformidade com os critérios definidos, bem como, valores de fiabilidade interna elevados, garantindo, desta forma, segurança e confiança no que diz respeito às análises posteriores realizadas com estes dados.

Análise de Estrutura dos Instrumentos na amostra em estudo

FFMQ

O Questionários das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ; Baer et al., 2006), passou por uma análise fatorial confirmatória (AFC), com a finalidade de verificar o modelo dos cinco fatores apresentado pelos autores, sendo eles: *Observar, Descrever, Agir com Consciência, Não Julgar e Não Reagir*. Todos os cinco fatores foram definidos de forma simultânea, num único modelo de medição, para testar a validade convergente respectiva a cada dimensão bem como a validade discriminante das dimensões em conjunto.

A AFC, teve como base os parâmetros de qualidade psicométricos estabelecidos por Kline (2016) e Marôco (2014), em que valores de CFI e de TLI $\geq .90$ são indicadores de bom ajustamento, RMSEA $< .08$ é considerado aceitável ($< .06$ ideal) e SRMR $< .08$ como valores desejáveis. As cargas fatoriais padronizadas foram testadas de acordo com os parâmetros de Hair et al. (2014), sendo que valores $\geq .50$ encontram-se dentro do critério adequado e valores $\geq .40$ dentro do critério tolerável, sob a condição de serem estatisticamente significativas.

Tabela 3

Índices de ajustamento do modelo de análise fatorial confirmatória do FFMQ

	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	P [rmsea \leq 0.05]
FFMQ	2.42	0.857	0.846	0.079	0.073	$< .001$

Note. CFI = Índice de Ajustamento Comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; SRMR = Raiz Quadrada Média Padronizada dos Resíduos; RMSEA = Erro Quadrático Médio de Aproximação; χ^2/gl = qui-quadrado normativo.

Neste sentido, como representado na Tabela 3, os resultados da AFC revelaram um nível de ajustamento entre o aceitável e o limiar inferior, não cumprindo os critérios de um bom ajustamento global: $\chi^2 (692) = 1112.00$, $p < .001$; CFI = .857; TLI = .846; RMSEA = .073, IC 90% [.065, .080]; SRMR = .079. Ainda que os índices de CFI e TLI se encontrem ligeiramente abaixo do ideal, os valores estão dentro dos limites psicométricos aceitáveis. Todas as cargas fatoriais revelaram-se estatisticamente significativas (ver anexo B). A maior parte dos itens indicou cargas moderadas a fortes ($\lambda > .50$), sendo que alguns itens apresentaram cargas mais baixas, no entanto foram preservados no modelo por se encontrarem dentro das margens psicometricamente aceitáveis ($\lambda \geq .30$) e por consistência teórica. Estas oscilações estão em conformidade

com os valores apresentados tanto na validação original (Baer et al., 2006), como na validação portuguesa (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

A matriz de correlações com os cinco fatores demonstrou associações significativas estatisticamente entre a maioria, salvo a dimensão *Observar*, em que as correlações se revelaram mais fracas. Este fenómeno é, habitualmente, mencionado pela literatura, encontrando-se vinculado à constatação de que a competência *Observar*, apresenta uma tendência de atuar de maneira distinta face amostras sem prática de meditação (Baer et al., 2006; Rudkin et al., 2017).

ERQ

Também para o Questionário da Regulação Emocional (ERQ) (Gross & John, 2003) foi realizada uma AFC, com a finalidade de verificar a estrutura bidimensional do mesmo: Reavaliação Cognitiva (RC) e Supressão Emocional (SE), segundo o modelo proposto pelos autores.

Tabela 4

Índices de ajustamento do modelo de análise fatorial confirmatória do ERQ

	χ^2/gf	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	P [rmsea≤0.05]
ERQ	1.49	0.974	0.966	0.056	0.065	0.244

Note. CFI = Índice de Ajustamento Comparativo; TLI = Índice de Tucker–Lewis; SRMR = Raiz Quadrada Média Padronizada dos Resíduos; RMSEA = Erro Quadrático Médio de Aproximação; χ^2/gf = qui-quadrado normativo.

Como representado na Tabela 4, os resultados revelaram um ajustamento global adequado aos dados da investigação: $\chi^2 (34) = 50.50, p = .034$; CFI = .974; TLI = .966; RMSEA = .065, IC 90% [.018, .101], $p = .244$; SRMR = .056. Todos os valores estão em conformidade com os parâmetros de qualidade sugeridos por Kline (2016) e Marôco (2014). Todas as cargas fatoriais padronizadas revelaram-se estatisticamente significativas (ver anexo D). Na dimensão Reavaliação Cognitiva, os itens um a seis apresentaram cargas elevadas, à exceção do item cinco ($\lambda = .43$), permanecendo no modelo devido à consistência baseada em estudos anteriormente executados e coerência teórica. Na dimensão Supressão Emocional, as cargas de todos os itens revelaram-se igualmente boas.

A correlação entre as duas dimensões foi de sentido negativo, como esperado, e não estatisticamente significativa ($r = -0,16, p = .13$), indicando que ambas as dimensões são independentes.

BAT

A AFC foi executada com a finalidade de validar a estrutura multidimensional do Instrumento de Avaliação do Burnout (BAT), sugerida por Schaufeli et al. (2020). O modelo do BAT considera o burnout total como um construto de segunda ordem, considerado em quatro dimensões de primeira ordem, sendo elas: Exaustão, Distanciamento Mental (DM), Incapacidade no Controlo Cognitivo (ICC) e Incapacidade no Controlo Emocional (ICE). A análise foi realizada contemplando todos os itens do instrumento divididos por dimensões e um fator de segunda ordem, o burnout total.

Tabela 5

Índices de ajustamento do modelo de análise fatorial confirmatória do BAT-12

	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	P [rmsea≤0.05]
BAT-12	1.43	0.979	0.972	0.044	0.061	0.270

Note. CFI = Índice de Ajustamento Comparativo; TLI = Índice de Tucker–Lewis; SRMR = Raiz Quadrada Média Padronizada dos Resíduos; RMSEA = Erro Quadrático Médio de Aproximação; χ^2/gl = qui-quadrado normativo.

Como representado na Tabela 5, os resultados indicaram um ajustamento global do modelo adequado aos dados da investigação: $\chi^2 (50) = 71.510, p = .025$; CFI = .979; TLI = .972; RMSEA = .061, IC 90% [0.023, 0.091], $p (RMSEA < .05) = .270$; SRMR = .044. Os resultados seguem os parâmetros de qualidade psicométrica sugeridos, revelando um ajustamento global adequado. Relativamente às cargas fatoriais padronizadas dos itens para as respetivas dimensões, revelaram-se todas estatisticamente significativas (ver anexo C), oscilando entre resultados moderados e elevados ($\lambda > .50$).

Neste sentido, o modelo hierárquico do BAT confirmou-se nesta investigação e os resultados verificados encontram-se consistentes com os mencionados na versão original (Schaufeli et al., 2020) e na portuguesa (Sinval et al., 2022), confirmando o modelo de segunda ordem.

Relação entre as Competências de Mindfulness e o Burnout em Profissionais de Saúde

Com a finalidade de avaliar a relação entre as competências de mindfulness e os níveis de burnout em profissionais de saúde, foram realizadas análises de Regressões Lineares Múltiplas, após a execução de Correlações de Pearson estatisticamente significativas, realizadas previamente entre todas as variáveis e respetivas dimensões, com a finalidade de analisar possíveis relações bivariadas e detetar padrões prévios que

fundamentassem as análises de regressão realizadas posteriormente, considerando como variáveis independentes as cinco dimensões que compõem o FFMQ, sendo elas, Observar, Descrever, Agir com Consciência, Não Julgar e Não Reagir. As respectivas análises incidiram sobre os níveis de burnout total bem com as quatro dimensões que contemplam o burnout, avaliadas pelo BAT: Exaustão, Distanciamento Mental, Incapacidade no Controlo Cognitivo Emocional.

Os resultados revelam que, em todas as dimensões do burnout, os modelos de regressão linear múltipla foram estatisticamente significativos ($F, p < .05$) e explicaram entre 23.9% e 47.4% da variância ajustada.

Tabela 6

Relação entre as competências de mindfulness e exaustão (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			
Observar	.06	.59	.56
Descrever	-.13	-1.17	.22
Agir com Consciência	-.47	-3.82	<.001
Não Julgar	-.11	-1.09	.28
Não Reagir	-.11	-1.20	.23
$R^2_{ajust} = .43$			

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 6, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(5, 109) = 18.48, p < .001$, com um R^2 ajustado de .43. Apenas a dimensão *Agir com Consciência* apresentou um efeito determinante significativo ($\beta = -.47, p < .001$) sobre a *Exaustão*, sugerindo que níveis mais elevados de agir com consciência estão associados a menores níveis de exaustão, explicando 43% da variância nos níveis de Exaustão. Este valor indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988).

Tabela 7

Relação entre as competências de mindfulness e distanciamento mental (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			
Observar	.01	.08	.94
Descrever	-.08	-.65	.52
Agir com Consciência			
Não Julgar	-.04	-.37	.72
Não Reagir	-.17	-1.51	.14
$R^2_{ajust} = .24$			

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 6, este modelo revelou-se também significativo, $F(5, 109) = 8.14$, $p < .001$, com R^2 ajustado = .24. A dimensão *Agir com Consciência* destacou-se novamente como única determinante negativa significativa ($\beta = -.33$, $p = .023$), indicando que níveis mais elevados desta competência estão associados a menor Distanciamento Mental, explicando 24% da variância nos níveis de Distanciamento Mental. Este valor indica uma magnitude de efeito moderada (Cohen, 1988).

Tabela 8

Relação entre as competências de mindfulness e incapacidade no controlo cognitivo (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			
Observar	-.03	-.26	.79
Descrever	-.19	-1.80	.08
Agir com Consciência			
	-.38	-3.06	.003

	β	t	p
Não Julgar	-0.19	-1.88	.06
Não Reagir	-0.02	.19	.85

$R^2_{ajust} = .44$

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 8, o modelo apresentou significância estatística, $F(5, 109) = 19.17, p < .001$, com R^2 ajustado = .44. Uma vez mais, *Agir com Consciência* foi a única dimensão com efeito significativo ($\beta = -.38, p = .003$), sugerindo que níveis mais elevados de Agir com Consciência estão associados a menores níveis de Incapacidade no Controlo Cognitivo, explicando 44% da variância nos níveis de Incapacidade no Controlo Cognitivo. Este valor indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988).

Tabela 9

Relação entre as competências de mindfulness e incapacidade no controlo emocional (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			
Observar	.05	.47	.64
Descrever	-0.26	-2.13	.04
Agir com Consciência	-0.24	-1.72	.09
Não Julgar	-0.14	-1.22	.23
Não Reagir	-0.09	-.88	.38

$R^2_{ajust} = .30$

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 9, a regressão revelou-se significativa, $F(5, 109) = 10.76, p < .001$, com um R^2 ajustado de .30. A dimensão *Descrever* revelou ser o único determinante significativo ($\beta = -.26, p = .04$), indicando que a capacidade de identificar e

verbalizar estados internos pode estar associada a um menor impacto emocional em situações de burnout, explicando 30% da variância nos níveis de Incapacidade no Controlo Emocional. Este valor indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988).

Tabela 10

Relação entre as competências de mindfulness e burnout total (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			
Observar	.03	.30	.76
Descrever	-.19	-1.82	.07
Agir com Consciência	-.41	-3.45	<.001
Não Julgar	-.14	-1.43	.16
Não Reagir	-.10	-1.11	.27

R²ajust = .47

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; *R²ajust* = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Por fim, como representado na Tabela 10, o modelo total do burnout revelou-se também significativo, $F(5, 109) = 21.53, p < .001$, explicando cerca de 47% da variância total (R^2 ajustado = .47) nos níveis de Burnout Total. Este valor indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988). Em conformidade com modelos anteriores, apenas a dimensão *Agir com Consciência* apresentou um efeito estatisticamente significativo ($\beta = -.41, p < .001$), reforçando a consistência deste determinante na redução geral dos sintomas de burnout.

Relação entre Competências de Mindfulness e a Regulação Emocional em Profissionais de Saúde

Com a finalidade de compreender de que modo as competências de mindfulness determinam a utilização de estratégias de regulação emocional entre profissionais de saúde, foram realizados dois modelos de regressão linear múltipla. As análises testaram as associações entre as cinco dimensões do FFMMQ: Observar, Descrever, Agir com

Consciência, Não Julgar e Não Reagir e os dois mecanismos de regulação emocional contemplados e medidos pelo ERQ: Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional.

Tabela 11

Relação entre as competências de mindfulness e reavaliação cognitiva (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			
Observar	.26	2.16	.03
Descrever	-.09	-.70	.49
Agir com Consciência	.09	.64	.53
Não Julgar	-.12	-1.00	.32
Não Reagir	.41	3.79	<.001

R^{2ajust} = .27

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; *R^{2ajust}* = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 11, no que concerne à estratégia de Reavaliação Cognitiva, o modelo de regressão revelou-se estatisticamente significativo, $F(5, 109) = 9.51, p < .001$, explicando aproximadamente 27% da variância nos níveis de Reavaliação Cognitiva, este valor indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988). As dimensões *Observar* ($\beta = .26, t = 2.16, p = .03$) e *Não Reagir* ($\beta = .41, t = 3.79, p < .001$), revelaram-se estatisticamente significativas. Estas relações sugerem que a capacidade inerente a manter atenção face às vivências internas e não reagir de forma impulsiva face a determinadas emoções e pensamentos, encontram-se associadas, de forma positiva, a uma maior utilização da estratégia adaptativa de reavaliação cognitiva.

Tabela 12

Relação entre as competências de mindfulness e supressão emocional (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Mindfulness			

	β	t	p
Observar	-.32	-2.37	.02
Descrever	-.14	-1.03	.31
Agir com Consciência	.19	1.19	.24
Não Julgar	-.19	-1.45	.15
Não Reagir	.20	1.63	.11

R²ajust = .07

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; *R²ajust* = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 12, relativamente à Supressão Emocional, o modelo também se revelou estatisticamente significativo $F(5, 109) = 2.59, p = .03$, explicando cerca de 7% da variância (R^2 ajustado = .07) nos níveis de Supressão Emocional, este valor indica uma magnitude de efeito pequena (Cohen, 1988). Apenas a dimensão *Observar* demonstrou efeitos significativos, revelando uma relação negativa com a supressão emocional. Um resultado que aponta que profissionais de saúde com maior tendência para a observação interna têm menor propensão de recorrer à supressão das suas emoções como estratégia para gerir o seu emocional. Contudo, o facto deste modelo apresentar um valor de variância de apenas 7%, indica que o potencial explicativo deste modelo é bastante reduzido, propondo que outros determinantes tenham uma função mais relevante no que concerne à utilização da supressão emocional.

Relação entre a Regulação Emocional e o Burnout em Profissionais de Saúde

Com a finalidade de testar de que forma as estratégias de regulação emocional intervêm na explicação dos diferentes níveis de burnout em profissionais de saúde, foram efetuadas regressões lineares múltiplas. As variáveis independentes foram as duas estratégias de regulação emocional avaliadas no ERQ, *Reavaliação Cognitiva* e *Supressão Emocional* e as variáveis dependentes referem-se às três dimensões do burnout que revelaram correlações estatisticamente significativas face a ambas as estratégias de regulação emocional, sendo elas, os níveis de *Burnout Total*, *Incapacidade no Controlo Cognitivo* e *Incapacidade no Controlo Emocional*.

Tabela 13

Relação entre a regulação emocional e os níveis de burnout total (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Regulação Emocional			
Reavaliação Cognitiva	-0.23	-2.54	.01
Supressão Emocional	.12	1.29	.20

$R^2_{ajust} = .06$

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 13, no que concerne ao burnout total, a análise revelou-se estatisticamente significativa, $F(2, 112) = 4.56$, $p = .01$, explicando aproximadamente 6% da variância nos níveis de Burnout Total (R^2 ajustado = .06). A estratégia Reavaliação Cognitiva demonstrou ser um determinante significativo ($\beta = -.23$, $t = -2.54$, $p = .01$). No caso da estratégia Supressão Emocional, a mesma não revelou efeitos significativos nos níveis de burnout ($\beta = .12$, $p = .20$). Estes resultados sugerem que, embora a reavaliação cognitiva exerça um papel protetor, o modelo justifica somente uma pequena fração da variação do burnout total.

Tabela 14

Relação entre a regulação emocional e incapacidade no controlo cognitivo (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Regulação Emocional			
Reavaliação Cognitiva	-0.30	-3.36	.001
Supressão Emocional	.13	1.48	.14

$R^2_{ajust} = .10$

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 14, no que diz respeito à Incapacidade no Controle Cognitivo, o modelo testado revelou-se igualmente estatisticamente significativo, $F(2, 112) = 7.54, p < .001$, explicando cerca de 10% da variância da Incapacidade no Controle Cognitivo (R^2 ajustado = .10). A estratégia Reavaliação Cognitiva demonstrou novamente um efeito estatisticamente significativo ($\beta = -.30, t = -3.36, p = .001$), indicando que a mesma está relacionada, de forma negativa, ao desgaste a nível cognitivo, no entanto o modelo revela baixo poder explicativo, indicando um efeito global reduzido. Já a Supressão Emocional não revelou significância ($\beta = .13, p = .14$).

Tabela 15

Relação entre a regulação emocional e incapacidade no controle emocional (regressão linear múltipla)

	β	t	p
Regulação Emocional			
Reavaliação Cognitiva	-.22	-2.34	.02
Supressão Emocional	.05	.53	.60

$R^2_{ajust} = .04$

Note. β = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; R^2_{ajust} = R quadrado ajustado; N=115 *Correlação significativa para $p \leq .05$; **Correlação significativa para $p \leq .01$; ***Correlação significativa para $p \leq .001$

Como representado na Tabela 15, relativamente à Incapacidade no Controle Emocional, o modelo revelou-se significativo, $F(2, 112) = 3.08, p = .05$, com um R^2 ajustado de .04, explicando 4% da variância da Incapacidade no Controle Emocional. Apenas a Reavaliação Cognitiva demonstrou ser um determinante significativo ($\beta = -.22, t = -2.34, p = .02$), sugerindo que profissionais de saúde que empreguem com maior frequência esta estratégia, têm tendência a apresentar níveis de exaustão emocional mais baixos, contudo o poder explicativo do modelo revelou-se reduzido, indicando um fraco efeito de magnitude. A Supressão Emocional não revelou um papel determinante significativo ($\beta = .05, p = .60$).

Efeito Mediador da Regulação Emocional na relação entre as Competências de Mindfulness e o Burnout

Com a finalidade de testar se a Reavaliação Cognitiva, enquanto estratégia adaptativa de regulação emocional, se constitui como uma variável mediadora da relação

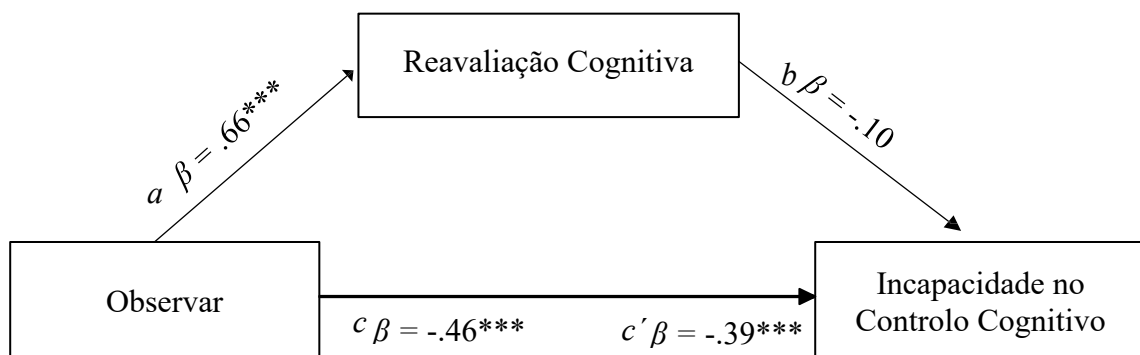
entre as competências de mindfulness e os níveis de burnout em profissionais de saúde, foram realizadas seis análises de mediação, segundo o modelo 4 do PROCESS (Hayes, 2022), com recurso a 5000 amostras bootstrap e intervalos de confiança de 95% corrigidos por viés. Para testar um possível efeito de mediação, foram utilizados os modelos que revelaram relações significativas em, pelo menos, parte das relações analisadas nas regressões lineares múltiplas previamente realizadas. Ainda que nem todos os critérios clássicos de mediação se tenham verificado em todos os modelos (Baron & Kenny, 1986), optou-se por analisar os efeitos indiretos de forma a explorar o possível papel mediador da Reavaliação Cognitiva, dado que abordagens mais recentes recomendam a avaliação direta dos efeitos indiretos, independentemente da significância dos efeitos totais ou diretos (Hayes, 2013).

Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Observar e a Incapacidade no Controlo Cognitivo

A Figura 1 representa o modelo de mediação realizado. Na tabela x encontram-se os coeficientes de regressão referentes às variáveis em estudo: Observar, Reavaliação Cognitiva e Incapacidade no Controlo Cognitivo.

Figura 1

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência observação e a incapacidade no controlo cognitivo



Note. *a* = Competência Observar e Reavaliação Cognitiva; *b* = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; *c* = Relação total entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; *c'* = Relação direta entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Tabela 16

Relações entre as variáveis do modelo: competência observar, reavaliação cognitiva e incapacidade no controlo cognitivo

Antecedente	Consequente								
	Reavaliação Cognitiva (M)				Incapacidade no Controlo Cognitivo (VD)				p
	β	DP	t	p	β	DP	t	p	
Competência de Observação (VI)	^a .66	.12	5.49	<.001***	^c -.40	.10	-4.05	<.001***	
Reavaliação Cognitiva (M)	-	-	-	-	^b -.10	.07	-1.52	.13	
$R^2 = .22$									
$F(2,112) = 15.44; p < .001$									

Note. ^a = Relação entre Competência Observar e Reavaliação Cognitiva; ^b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; ^c = Relação total entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; ^{c'} = Relação direta entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

A Tabela 16 é referente aos resultados do modelo da reavaliação cognitiva enquanto mediadora da relação entre a competência observar e dimensão incapacidade no controlo emocional. O modelo revelou-se estatisticamente significativo, explicando aproximadamente 22% da variância da Incapacidade no Controlo Cognitivo.

A competência Observar, revelou estar relacionada de forma positiva à estratégia de reavaliação cognitiva, sugerindo que níveis mais elevados desta competência encontram-se relacionados com um aumento do uso de mecanismos cognitivos adaptativos. No que concerne aos efeitos face à Incapacidade no Controlo Cognitivo, a variável independente e o efeito total revelaram-se estatisticamente significativos, indicando uma relação sólida entre a competência observar e níveis mais baixos de Incapacidade no Controlo Cognitivo.

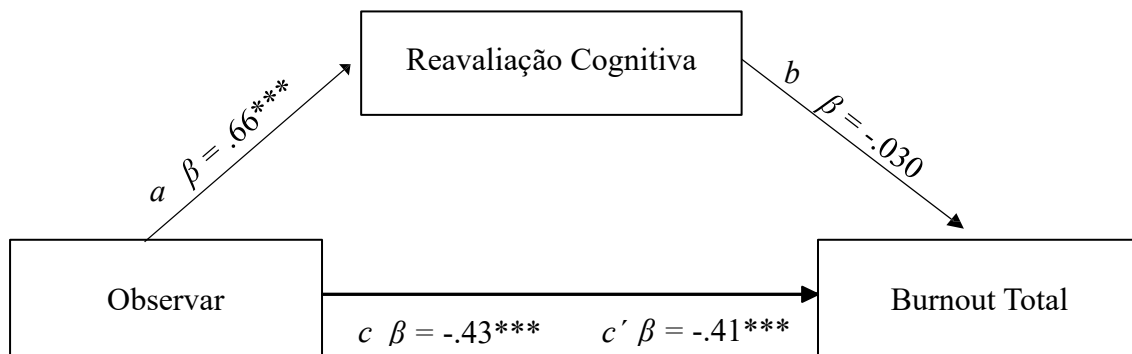
Ainda que o efeito do mediador, Reavaliação Cognitiva, sobre a Incapacidade no Controlo Cognitivo não se tenha apresentado estatisticamente significativo (caminho b), o efeito indireto também não atingiu significância estatística, apresentando um intervalo de confiança de 95% [-0.20; 0.02], o qual inclui zero.

Assim, não se confirma a presença de mediação entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Cognitivo.

Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Observar e o Burnout Total

Figura 2

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência observação e o burnout total



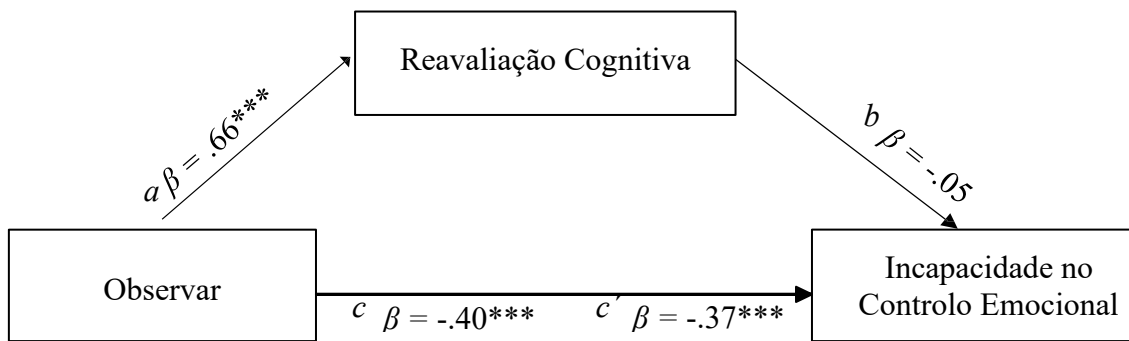
Note. a = Competência Observar e Reavaliação Cognitiva; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e os níveis de Burnout Total; c = Relação total entre a competência Observar e os níveis de Burnout Total; c' = Relação direta entre a competência Observar e os níveis de Burnout Total; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Como representado na Figura 2, este modelo revelou-se estatisticamente significativo, explicando aproximadamente 21% da variância do Burnout Total. Foi possível verificar um efeito significativo da dimensão Observar para com a Reavaliação Cognitiva. No caso da Reavaliação Cognitiva a mesma não demonstrou um efeito significativo sobre os níveis de burnout total. A competência Observar indicou existência de um efeito direto significativo perante o burnout total pós mediação, assim como um efeito total significativo. Os resultados do efeito indireto revelaram um coeficiente de $\beta = -.02$, com um IC95% = [- 0,13; 0,06], que inclui o zero, sugerindo ausência de uma mediação estatisticamente significativa.

Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Observar e a Incapacidade no Controlo Emocional

Figura 3

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência observação e a incapacidade no controlo emocional



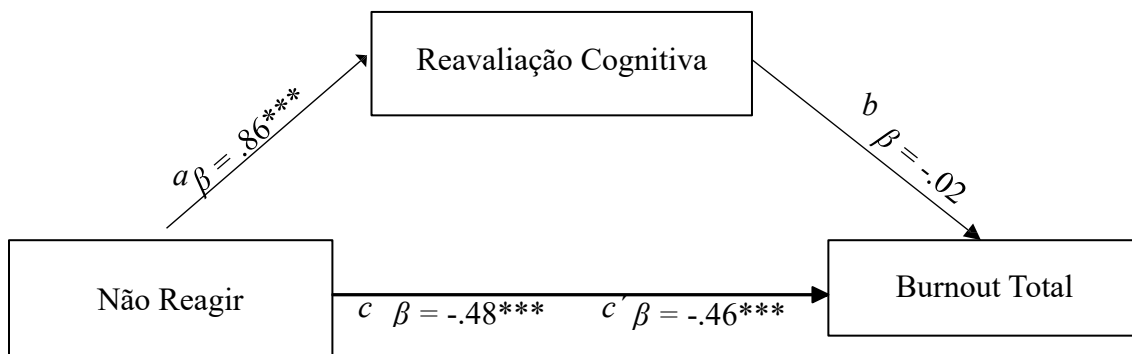
Note. *a* = Competência Observar e Reavaliação Cognitiva; *b* = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Emocional; *c* = Relação total entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Emocional; *c'* = Relação direta entre a competência Observar a Incapacidade no Controlo Emocional; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Como representado na Figura 3, a análise deste modelo indicou que a competência de Observação foi um determinante significativo da reavaliação cognitiva, explicando 21% da variância da Incapacidade no Controlo Emocional. No que concerne à variável dependente, o modelo de regressão entre a variável mediadora e a variável independente revelou-se estatisticamente significativo, explicando 14% da variância da incapacidade do controlo emocional. A competência Observar apresentou um efeito total significativo sobre a Incapacidade no Controlo Emocional e manteve um efeito direto significativo após a introdução da Reavaliação Cognitiva como variável mediadora. No entanto, o efeito indireto não atingiu significância estatística, apresentando um intervalo de confiança de 95% [-0.17; 0.06], o qual inclui o zero, indicando ausência de mediação estatisticamente significativa. Estes resultados indicam que o efeito desta competência de mindfulness na incapacidade no controlo emocional acontece de forma direta e não mediada pela estratégia de regulação emocional em investigação.

Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Não Reagir e os níveis de Burnout Total

Figura 4

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência não reagir e os níveis de burnout total



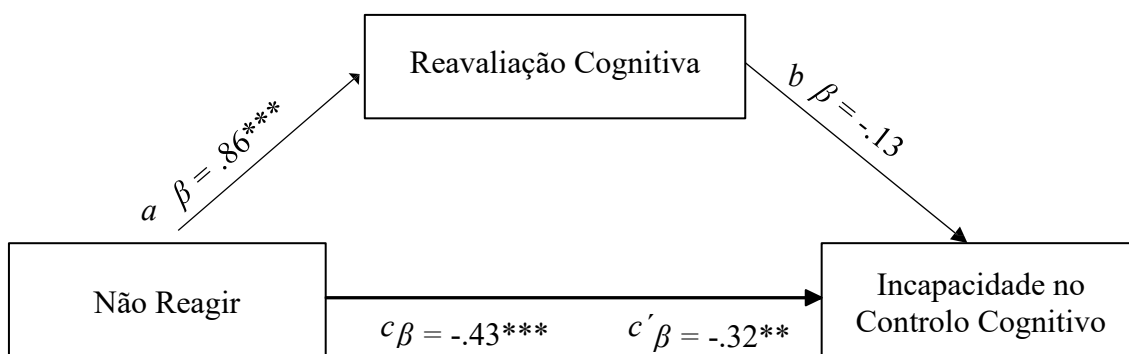
Note. a = Competência Não Reagir e Reavaliação Cognitiva; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e os níveis de Burnout Total; c = Relação total entre a competência Não Reagir e os níveis de Burnout Total; c' = Relação direta entre a competência Não Reagir e os níveis de Burnout Total; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Como representado na Figura 4, a análise do modelo revelou que a competência Não Reagir se constitui como um preditor significativo e positivo da reavaliação cognitiva, explicando cerca de 26% da variância do Burnout Total. No que concerne à variável dependente, o modelo completo revelou-se significativo, explicando cerca de 19% da variância. Estes resultados sugerem que a competência Não Reagir manteve um efeito direto negativo e significativo sobre os níveis de burnout total, enquanto a reavaliação cognitiva não se revelou significativa. O efeito direto, controlando a Reavaliação Cognitiva, manteve-se significativo, no entanto, o efeito indireto, mediado pela Reavaliação Cognitiva, não atingiu significância estatística, apresentando um intervalo de confiança de 95% $[-0.18; 0.10]$, o qual inclui o zero. Conclui-se que a competência Não Reagir tem impacto direto na diminuição dos níveis de burnout total, no entanto, esse impacto não é mediado pela reavaliação cognitiva.

Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Cognitivo

Figura 5

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência não reagir e a incapacidade no controlo cognitivo



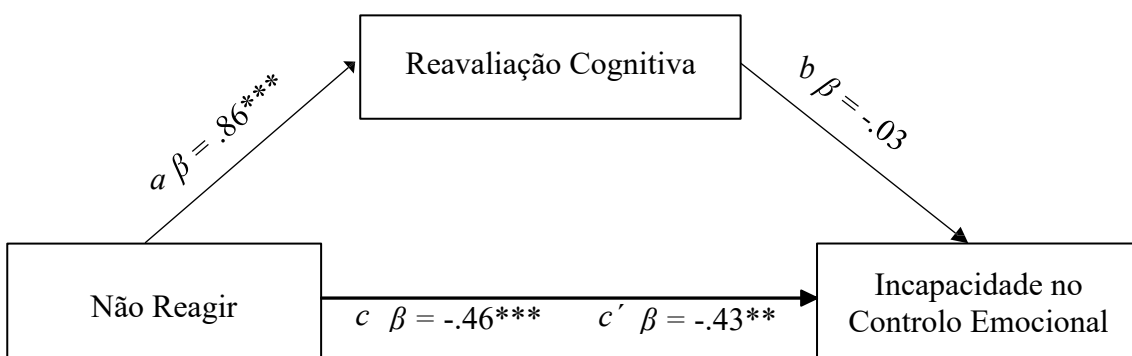
Note. a = Competência Não Reagir e Reavaliação Cognitiva; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; c = Relação total entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; c' = Relação direta entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Como representado na Figura 5, uma vez mais o modelo indicou que a competência Não Reagir determina de forma significativa a reavaliação cognitiva, explicando cerca de 26% da variância da Incapacidade no Controlo Cognitivo. No que diz respeito à variável dependente, o efeito total da competência Não Reagir sobre a Incapacidade no Controlo Cognitivo demonstrou-se estatisticamente significativo assim como o efeito direto, ainda assim, o caminho entre a mediadora e a variável dependente não se revelou estatisticamente significativo, também o efeito indireto, mediado pela Reavaliação Cognitiva, não atingiu significância estatística, apresentando um intervalo de confiança de 95% [-0.31; 0.01], o qual inclui o zero. Os resultados indicam que a competência Não Reagir está relacionada a níveis mais baixos de incapacidade no controlo cognitivo, sendo um efeito que ocorre de forma direta, não mediado pela reavaliação cognitiva.

Reavaliação Cognitiva como mediadora da relação entre a Competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Emocional

Figura 6

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência não reagir e a incapacidade no controlo emocional



Note. a = Competência Não Reagir e Reavaliação Cognitiva; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Emocional; c = Relação total entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Emocional; c' = Relação direta entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Emocional; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Como representado na Figura 6, este modelo revelou, uma vez mais, que a competência Não Reagir determina, de forma positiva, o uso da reavaliação cognitiva, explicando cerca de 26% da variância da Incapacidade no Controle Emocional. No que concerne à variável dependente, o efeito total da competência Não Reagir sobre a incapacidade no controle emocional revelou-se significativo, tal como o efeito direto, controlado pela variável mediadora, contudo, o efeito da mediadora sobre a variável dependente não foi significativo, e o efeito indireto não atingiu significância estatística, apresentando um intervalo de confiança de 95 % [-0.20; 0.10], o qual inclui o zero. Concluindo por isso, a ausência de evidência da mediação por parte da reavaliação cognitiva na relação entre a competência Não Reagir e a incapacidade no controle cognitivo.

Discussão

Perante a alta incidência de burnout, bem como as suas consequências negativas no que concerne ao bem-estar e à saúde dos profissionais de saúde, o presente estudo definiu como finalidade primordial a de explorar a relação entre as competências de mindfulness, a regulação emocional e o burnout, analisando uma possível função mediadora por parte da regulação emocional integrada nessa relação. Considerando que níveis mais elevados de competências de mindfulness estão relacionados a níveis mais reduzidos de cansaço e fadiga emocional, bem como a um maior potencial de regulação emocional (Shapiro et al., 2005; Creswell, 2017), previa-se que estas competências se evidenciassem como determinantes de menores níveis de burnout e que esta associação fosse mediada pelo uso de estratégias de regulação emocional adaptativas, como é o caso da reavaliação cognitiva (Gross, 2014; Hülsheger et al., 2013).

De maneira geral, os resultados desta investigação validaram que determinadas competências de mindfulness, nomeadamente Agir com Consciência, exercem uma função protetora robusta face ao burnout, enquanto que outras competências demonstram resultados mais limitados e menos consistentes. A investigação das estratégias de regulação emocional revelou que a Reavaliação Cognitiva se associa a menores níveis de burnout, todavia, não obstante esta associação, o poder explicativo da mesma demonstrou-se fraco. Este resultado assinala que, ainda que a Reavaliação Cognitiva seja amplamente entendida como sendo um mecanismo adaptativo de regulação emocional, o seu efeito direto na proteção e mitigação dos níveis de burnout em profissionais de saúde poderá ser restrito. A causa poderá explicar-se face à natureza multifatorial e complexa do burnout, natureza essa que contempla tanto fatores individuais como ocupacionais e contextuais. Neste sentido e ainda que benéfica, a Reavaliação Cognitiva, por si só, pode não se constituir suficiente no que concerne à atenuação consistente e robusta do impacto do stress laboral nesta área profissional. Relativamente à Supressão Emocional, a mesma não demonstrou resultados estatisticamente significativos, ainda que a tendência obtida por parte da mesma, proponha um padrão disfuncional e desadaptativo. Por fim, os modelos de mediação não revelaram evidência estatística de mediação da Reavaliação Cognitiva na relação entre as competências de Mindfulness e o Burnout, indicando que os efeitos das competências de Mindfulness sobre o Burnout ocorrem de forma direta.

Relativamente à análise das competências de mindfulness e burnout, os resultados demonstraram que a competência Agir com Consciência foi a competência mais robusta e com maior consistência, relacionando-se, de forma negativa, com várias das dimensões do burnout, sendo elas, distanciamento mental, incapacidade no controlo cognitivo e níveis de burnout total. Este resultado replica fundamentos de diversos estudos de carácter internacional, os quais caracterizam Agir com Consciência como a competência de mindfulness que se associa, de forma consistente, a parâmetros de bem-estar mental positivo (Carpenter et al., 2019). Em realidades ocupacionais, níveis mais elevados desta competência associam-se a uma maior habilidade de reter uma atenção plena durante a execução de tarefas, atenuando a possibilidade de cometer erros, existirem distrações e desenvolver fadiga psicológica (Klockner & Hicks, 2015).

Numa perspetiva teórica, esta competência reflete a capacidade de focar no momento presente e agir intencionalmente, ao invés de agir de forma automática e inconsciente. Tal estratégia tem a capacidade de operar como contentora face processos ruminativos e pensamentos/crenças automáticas, ambos processos caracterizados como fatores potenciadores de sintomatologia associada à fadiga e exaustão (Martínez-Rubio et al., 2021). Os resultados da presente investigação, corroboram tal enquadramento teórico, demonstrando que profissionais detentores de uma maior habilidade de agir de forma consciente, revelam uma tendência menor a desvincularem-se mentalmente das atividades e funções profissionais, bem como uma menor fadiga e desgaste cognitivo.

Por sua vez, constatou-se que a competência Descrever revelou um impacto estatisticamente significativo e negativo face à dimensão Incapacidade no Controlo Emocional. Não obstante a um efeito mais limitado, este resultado propõe que a capacidade de reconhecer e expressar vivências internas poderá potenciar uma regulação mais eficiente no que concerne às respostas emocionais em realidades clínicas altamente exigentes. Este resultado enfatiza a conceção de que as diferentes competências de mindfulness influenciam, de forma distinta, as diferentes dimensões do burnout, ainda que aconteça de forma limitada.

As demais competências, Observar, Não Julgar e Não Reagir, não revelaram associações estatisticamente significativas face ao burnout, sugerindo assim uma reflexão. Investigação prévias constataram que a competência Observar pode estar associada positivamente ao bem-estar em sujeitos experientes em práticas de meditação, contrastando com sujeitos sem experiência em treinos formais (como é o caso da maioria

dos participantes deste estudo), nos quais a competência apresenta tendência a demonstrar efeitos inconsistentes ou até de sentido negativo (Baer et al., 2008). Uma explicação possível prende-se com o facto de que ter a capacidade de observar pensamentos e emoções, sem que, simultaneamente, haja um treino formal de intenção e aceitação conscientes, poderá ampliar a consciência de vivências desconfortáveis e incómodas, sem que existam mecanismos de regulação adequados.

A inexistência de efeitos significativos da competência Não Julgar também deve ser salientada. Ainda que esta competência tenha surgido relacionada, de forma robusta, a parâmetros de saúde mental em meta-análises (Carpenter et al., 2019), na presente investigação não se comprovou a existência de associação direta face o burnout. Este contraste poderá estar relacionado às características naturais da amostra analisada, constituída, na sua maioria, por profissionais em contextos hospitalares, sujeitos a níveis de elevada sobrecarga emocional. Nestas realidades, a habilidade de agir intencionalmente e de forma focada (Agir com Consciência), poderá constituir-se como mais protetora comparativamente a uma postura livre de julgamento.

Estes resultados, no seu todo, enfatizam a conceptualização do mindfulness como um constructo multifacetado, em que cada competência intervém de um modo diferente na saúde psicoemocional. Processos de natureza interventiva que assumam o mindfulness como um construto homogéneo podem omitir determinadas competências com maior função protetora, como acontece com a competência Agir com Consciência.

No que concerne à regulação emocional, a presente investigação validou que determinadas competências de mindfulness estão relacionadas a uma maior utilização de mecanismos adaptativos. Especialmente, as competências Observar e Não Reagir relacionam-se de forma positiva à Reavaliação Cognitiva, já a competência Observar revelou uma associação de sentido negativo com a estratégia Supressão Emocional. Estes resultados corroboram a literatura que fundamenta que o mindfulness promove um aumento da consciência emocional e, conseqüentemente, uma redução das respostas automáticas, fomentando a utilização de mecanismos funcionais (Chambers et al., 2009).

A relação entre a competência Observar e a estratégia Reavaliação Cognitiva, ainda que imprevista em virtude da inexistência de efeitos estatisticamente significativos da mesma face ao burnout, propõe que uma perceção atenta de vivências internas poderá atuar como via de acesso a uma reinterpretação cognitiva face a situações/acontecimentos adversos. Ainda assim, este efeito só demonstrou uma função protetora quando

convertido em ação consciente, podendo justificar o porquê de não se traduzir numa associação direta ao burnout.

Coerente com o modelo processual da regulação emocional (Gross & John, 2003; Gross, 2015), os resultados demonstraram que a estratégia Reavaliação Cognitiva se associa de forma negativa a diversas das dimensões do burnout, incluindo os níveis de burnout total, a incapacidade no controlo cognitivo e incapacidade no controlo emocional. Este mecanismo possibilita a reinterpretação de situações geradoras de stress, atenuando a carga emocional das mesmas, prevenindo a exaustão. Estudos recentes validam a função da reavaliação como recurso protetor em profissionais de saúde sujeitos a elevadas cargas emocionais (Jin et al., 2025).

Em oposição, a estratégia Supressão Emocional não revelou associações estatisticamente significativas na presente investigação. Ainda assim, o padrão observado (correlações positivas não significativas) propõe que elevados níveis de supressão emocional podem relacionar-se com maiores níveis de burnout, em conformidade com a literatura que caracteriza este mecanismo como sendo desadaptativo (Moore et al., 2008; Aldao et al., 2010; Braun et al., 2020). A razão pela qual esta estratégia não obteve significância estatística poderá estar relacionada com características naturais da amostra analisada, especificamente com o nível académico mais elevado, predispondo a utilização de mecanismos mais adaptativos, minimizando a heterogeneidade da supressão emocional.

Os modelos de mediação não revelaram efeitos indiretos estatisticamente significativos, indicando ausência de evidência empírica de mediação por parte da Reavaliação Cognitiva nas relações entre as competências de Mindfulness e as dimensões do Burnout.

Apesar disso, os efeitos diretos das competências de Mindfulness mantiveram-se significativos, sugerindo que estas exercem um impacto protetor predominantemente direto sobre o burnout.

Este padrão de resultados sugere que, embora a regulação emocional constitua um processo psicologicamente relevante, não explicou de forma significativa as associações observadas entre mindfulness e burnout neste estudo.

Estes resultados contrapõem-se, de forma parcial, a investigações anteriores, como as de Ayele e Barchard (2024), que observaram modelos de mediação estatisticamente significativos.

Uma possível justificação para a inexistência de mediação estatisticamente significativa, prende-se com o facto do impacto das competências de mindfulness face ao burnout aconteça de forma predominante por via direta ou que outras variáveis não tenham sido consideradas, tal como o suporte em contexto organizacional, a perceção de autoeficácia, resiliência emocional ou a autocompaixão, variáveis essas que exerçam uma função fundamental (Qi et al., 2024).

Não obstante, numa perspetiva teórica, os resultados da presente investigação complementam com um detalhe relevante, nem todas as competências de mindfulness atuam da mesma forma, e a estratégia de reavaliação cognitiva, apesar de teoricamente plausível, não evidenciou um papel mediador estatisticamente significativo na relação entre mindfulness e burnout.

Numa perspetiva prática, ainda que esta investigação não se tenha destinado a analisar intervenções, os achados podem disponibilizar dados significativos para um possível futuro desenvolvimento. O facto de a competência Agir com Consciência se destacar como uma variável protetora robusta propõe que programas baseados em mindfulness, que priorizem essa competência, poderão evidenciar-se particularmente vantajosos. Complementarmente, a competência Descrever demonstrou efeitos específicos na regulação emocional, indicando que o desenvolvimento do reconhecimento e verbalização de experiências internas podem contribuir para complementar a função protetora do mindfulness. Por fim, a relação entre as competências de mindfulness e o uso de mecanismos adaptativos como a Reavaliação Cognitiva fortalece a conceção de que ações interventivas que impulsionem este mecanismo tenham a capacidade de fomentar maiores níveis de resiliência psicoemocional, bem como menores níveis de vulnerabilidades.

Neste sentido e embora o objetivo desta investigação se prenda com a compreensão da relação entre diferentes variáveis psicoemocionais, os resultados disponibilizam dados pertinentes de forma a orientar futuras intervenções e políticas promotoras de bem-estar em contextos de saúde.

Limitações e Estudos Futuros

Não obstante das contribuições significativas da presente investigação a nível do conhecimento da relação entre as competências de mindfulness, a regulação emocional e o fenómeno de burnout em profissionais de saúde, torna-se relevante identificar determinadas limitações importantes de serem reconhecidas aquando da interpretação dos resultados.

No que concerne à natureza da investigação, transversal, esta inviabiliza a criação de relações causais entre as variáveis em estudo. Ainda que se tenham observado associações significativas entre as competências de mindfulness, a reavaliação cognitiva e o burnout, não é concebível estabelecer a conclusão de que maiores níveis de mindfulness resultam em menores níveis de burnout. Investigações de natureza longitudinal terão a capacidade de esclarecer se um maior desenvolvimento de competências de mindfulness conduz a menores níveis de burnout e se esse processo acontece totalmente ou parcialmente por via da regulação emocional enquanto mediadora.

Relativamente à amostra, ainda que a mesma contemple um tamanho apropriado ($n = 115$), observou-se uma distribuição parcialmente desequilibrada. A maioria dos participantes conta com uma formação académica de nível superior, variante capaz de enviesar os resultados, promovendo a utilização de mecanismos adaptativos de regulação e justificando, parcialmente, as associações significativas e de sentido positivo encontradas entre as competências de mindfulness e a reavaliação cognitiva. O facto da grande maioria dos participantes apresentar um nível elevado de formação académica poderá ter influenciado os resultados, considerando que graus mais elevados de formação podem relacionar-se a um aumento dos níveis da literacia em saúde mental, bem como a uma utilização, de maior predominância, de mecanismos de regulação adaptativos. Tal determinante poderá ter influenciado os resultados e limitado a ampliação dos mesmos a participantes que revelem níveis de formação académica menos elevados. Não obstante, salienta-se que a recolha dos dados desta investigação foi realizada, na sua totalidade, via questionário online e de forma anónima, contribuindo para uma redução de eventuais viés associados a desejabilidade social. A fim de atenuar este tipo de enviesamento, estudos futuros deverão utilizar amostras mais representativas e heterogéneas no que diz respeito ao grau de escolaridade, bem como implementar estratégias adicionais, tal como a utilização de escalas de desejabilidade social, instrumentos que possibilitam gerir as

implicações destes fatores individuais. De modo complementar, a prevalência de profissionais de saúde que exercem em contexto hospitalar e na área de saúde mental restringe também a abrangência de resultados perante outros contextos de prática clínica, tais como, saúde pública ou reabilitação, cenários onde a sobrecarga emocional e laborar pode adquirir diferentes contornos.

A distribuição etária, ainda que vasta, demonstrou baixa densidade de participantes em faixas etárias específicas. Esta dispersão limitou a capacidade de explorar padrões sólidos no decurso do ciclo profissional, complicando o reconhecimento de possíveis tendências associativas entre as competências de mindfulness, a regulação emocional e o burnout, em períodos distintos do caminho profissional. Tal limitação poderá condicionar a ampliação dos resultados, considerando que variáveis como a experiência consolidada e/ou grau hierárquico têm a capacidade de impactar a habilidade de autorregulação emocional e a percepção de fadiga profissional.

Outra limitação a considerar concerne ao instrumento utilizado para medir as competências de mindfulness, o *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ). Ainda que seja uma das escalas utilizada e validada na literatura com maior frequência, a análise fatorial confirmatória executada nesta investigação demonstrou índices de ajustamento razoáveis, embora inferiores aos valores de referência considerados ideais (CFI = .86; TLI = .85). Complementarmente, a competência *Observar* tem vindo a ser relatada, em estudos prévios, como revelando correlações fracas e/ou divergentes em amostras que não apresentam treino formal de mindfulness (Baer et al., 2006; Rudkin et al., 2017), possível fenómeno que não se pode excluir do presente estudo. Neste sentido, ainda que o FFMQ tenha revelado um nível de adequação global e pertinência teórica para a presente investigação, os resultados recolhidos requerem uma análise cautelosa, considerando estas limitações associadas ao FFMQ.

Outra limitação a ter em conta refere-se então à participação prévia num treino de mindfulness. Ainda que a maioria dos participantes (67,8%) nunca tenha participado num treino formal, cerca de um terço (32,2%) relatou possuir prática prévia. Este dado não só enfatiza a validade de explorar as competências de mindfulness como sendo traços disposicionais, como também revela uma limitação, uma vez que não foi explorado se a prática prévia formal teria a capacidade de moderar a associação entre mindfulness, regulação emocional e burnout. Esta delimitação metodológica poderá ter-se constituído um fator limitante, na medida em que impossibilitou determinar se os efeitos observados,

nomeadamente o impacto protetor da competência Agir com Consciência, se manifesta de forma semelhante em sujeitos com e sem experiência prévia em treinos de mindfulness.

Considerando estas limitações, sugerem-se que estudos futuros: 1) Empreguem investigações de natureza longitudinal e/ou experimental; 2) Contemplem amostras heterogêneas no que concerne ao nível de formação académico, área de atuação e à prática prévia de mindfulness; 3) Integrem diferentes faixas etárias de forma mais sistematizada, possibilitando análises de comparação entre diversos níveis de carreira; 4) Explore outras variáveis psicoemocionais e/ou situacionais com funções mediadoras, tais como, suporte social, resiliência e autoeficácia; 5) Explore se as tendências observadas em variáveis disposicionais de mindfulness permanecem em cenários de prática formal, possibilitando a compreensão acerca dos impactos concretos de programas sistematizados e estruturados.

Estas propostas estarão aptas não apenas para expandir e enriquecer os conhecimentos inerentes a possíveis estratégias adaptativas e protetoras face à síndrome do burnout, como também a sustentar a elaboração de programas promotores de bem-estar que se adequem às carências dos profissionais de saúde de diversos contextos.

Não obstante das limitações metodológicas suprarreferidas, a presente investigação reforça a pertinência do mindfulness, especialmente da competência que o mesmo integra, Agir com Consciência, bem como da estratégia adaptativa Reavaliação Cognitiva, como mecanismos de proteção face ao burnout. Neste sentido, disponibiliza um suporte robusto para futuros estudos e conseqüente desenvolvimento de mecanismos interventivos mais fundamentados teoricamente e ainda mais direcionados.

Conclusão

O presente estudo teve por finalidade analisar a relação entre as competências de mindfulness, a regulação emocional e o burnout em profissionais de saúde, explorando a potencial função mediadora da regulação emocional. Perante um contexto de extrema incidência de burnout, bem como dos impactos do mesmo a nível da saúde e bem-estar destes profissionais, os resultados validam o mindfulness como ferramenta psicológica protetora, ainda que nem todas as suas competências exerçam de igual modo. Especialmente, a competência Agir com Consciência que se evidenciou uma competência estruturante e sólida no decréscimo do burnout, fundamentando evidências

contemporâneas que a caracterizam como uma competência primordial no âmbito da prevenção da exaustão ocupacional.

No que concerne à regulação emocional, a Reavaliação Cognitiva evidenciou-se como um mecanismo adaptativo de significativa importância, apresentando associações negativas e estatisticamente significativas com os níveis de burnout total, bem como com as dimensões de Incapacidade no Controlo Cognitivo e Incapacidade no Controlo Emocional. Embora não se tenham verificado efeitos de mediação estatisticamente significativos, os resultados mantêm-se coerentes com o modelo processual da regulação emocional (Gross, 1998), que enfatiza o papel de estratégias reguladoras adaptativas na promoção do bem-estar. Inversamente, não obstante a supressão emocional não ter revelado associações significativas, sustentou uma direção de sentido positivo face ao burnout, em concordância com a literatura que a caracteriza como mecanismo desadaptativo.

Numa perspetiva teórica, esta investigação enfatiza a conceptualização do mindfulness como sendo um constructo multidimensional, complementando com achados empíricos ao modelo de Shapiro et al. (2006), sustentando o impacto do mindfulness no bem-estar, por meio de estratégias reguladoras. Numa perspetiva prática, destaca a importância de políticas promotoras de saúde laboral que privilegiem o desenvolvimento de competências de mindfulness orientadas para o agir com consciência, bem como impulsionem a utilização de mecanismos reguladores adaptativos, como a reavaliação cognitiva. Em suma, este estudo favorece a clarificação das variáveis condicionantes psicoemocionais do burnout, disponibilizando fundamentos teóricos e operacionalizados com foco em intervenções eficientes no incremento da resiliência emocional dos profissionais de saúde.

Referências

- Alarcon, G. M., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress, 23*(3), 244–263.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237.
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., & Milosevic, M. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 89*(7), 1059–1075.
- Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Kozasa, E. H., Soler, J., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: A correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 15*, 303.
- Ayle, F. A., & Barchard, K. A. (2024). Positive reappraisal and catastrophizing mediate the relationship between mindfulness and job burnout. *Discover Psychology, 4*, Article 188.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*(3), 329–342.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309–328.

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job Demands–Resources theory: Taking stock and looking forward. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 421–449.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Berger, R., Tarrasch, R., & Lieblich, M. (2024). Addressing ethical concerns in implementing mindfulness-based interventions in educational settings. *Mindfulness*, 15(8), 2073–2081.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Braun, S. S., De Vries, J. V., & Loch, N. (2020). Effects of teachers' emotion regulation, burnout, and life satisfaction. *Teaching and Teacher Education*, 88, 102973.
- Brewer, E. W., & Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3(2), 102–123.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress & Health*, 33(1), 3–13.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd ed.). Routledge.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., San Luis-Costas, C., Vargas-Pecino, C., Aguayo-Extremera, R., & De la Fuente-Solana, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.

- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(1), 23–33.
- Carpenter, J. K., Conroy, K., Gomez, A. F., Curren, L. C., & Hofmann, S. G. (2019). The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical Psychology Review, 74*, Article 101785.
- Cayoun, B. A., Francis, S. E., & Shires, A. G. (2018). *The clinical handbook of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy: A step-by-step guide for therapists*. Wiley-Blackwell.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*(6), 560–572.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology, 68*, 491–516.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: An overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience, 8*, 175.
- De Beer, L. T., Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Shimazu, A., Glaser, J., Seubert, C., Bosak, J., Sinval, J., & Rudnev, M. (2020). Measurement invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT) across seven cross-national representative samples. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(15), 5604.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies, 70*, 71–88.
- Desbordes, G., Negi, L. T., Pace, T. W. W., Wallace, B. A., Raison, C. L., & Schwartz, E. L. (2012). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on

amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 292.

Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: Common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654–661.

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion, and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 125–133.

Dyrbye, L. D., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., ... & Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*.

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D. V., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18, 57.

Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(2), 93–100.

Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2019). Why beliefs about emotion matter: Belief systems, emotion regulation, and psychological health. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 74–81.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.

Frontiers in Psychology. (2023). Mindfulness and mental health in the time of the COVID19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 14, 1209911.

Gan, R., Chen, S., & Xue, J. (2024). Feasibility and effectiveness of the mindfulness-based stress reduction programs on relieving burnout of healthcare providers during the COVID-19 pandemic: A pilot randomized controlled trial in China. *Human Resources for Health*, 22, 79.

- Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59–67.
- Garland, E. L., Farb, N. A. S., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293–314.
- Garland, E. L., Hanley, A. W., Farb, N. A., & Froeliger, B. (2015). State mindfulness during meditation predicts enhanced cognitive reappraisal. *Mindfulness*, 6(2), 234–242.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2016). *Mindfulness and psychotherapy* (2^a ed.). The Guilford Press.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263–279.
- Grandey, A. A., & Sayre, G. M. (2019). Emotional labor: Regulating emotions for a wage. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 131–137.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psicologica*, 54, 229–249.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and

- wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12.
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, 28(7), 791–802.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3^a ed.). The Guilford Press.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310–325.
- Jin, T., Wang, J., Chen, X., Li, L., & Zhao, Y. (2025). Emotion regulation strategy moderates the impact of surface acting on burnout among psychiatric nurses. *Frontiers in Psychology*, 16, 12211266.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kaul, D., Schwab, S. G., Mechawar, N., & Matosin, N. (2021). How stress physically reshapes the brain: Impact on brain cell shapes, numbers and connections in psychiatric disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 124, 193–215.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Klockner, K. D., & Hicks, R. E. (2015). Cognitive failures at work, mindfulness, and the Big Five. *GSTF Journal of Psychology*, 2(1), 1–7.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4–41.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2001). Burnout and health. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Luken, M., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 7002250020p1–7002250020p10.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2ª ed.). PSE.
- Martínez-Rubio, D., Martínez-Brotóns, C., Monreal-Bartolomé, A., Barceló-Soler, A., Campos, D., Pérez-Aranda, A., Colomer-Carbonell, A., Cervera-Torres, S., Solé, S., & Moreno, Y. (2021). Protective role of mindfulness, self-compassion and psychological flexibility on the burnout subtypes among psychology and nursing undergraduate students. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3398–3411.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7–8), 837–851.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Michalak, J., Crane, C., Germer, C. K., Gold, E., Heidenreich, T., Mander, J., Meibert, P., & Segal, Z. V. (2019). Principles for a responsible integration of mindfulness in individual therapy. *Mindfulness*, 10(5), 799–811.
- Mohr, D. C., Apaydin, E. A., et al. (2025). *Burnout trends among US health care workers*. *JAMA Network Open*. Advance online publication.
- Montgomery, A. J., van der Doef, M., Panagopoulou, E., & Leiter, M. P. (2020). Connecting health care worker well-being, patient safety and organizational change: The triple challenge. In *Connecting healthcare worker well-being, patient safety and organisational change* (pp. 1–7). Springer.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behavior Research and Therapy*, 46(9), 993–1000.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Portelada, A. F. S., & João, A. L. S. (2012). Stress e Burnout a nível laboral em Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 487–496.
- Pujol-de Castro, A., Valerio-Rao, G., Vaquero-Cepeda, P., & Catalá-López, F. (2024). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gaceta Sanitaria*, 38(2), 123–130.
- Purser, R. E., & Loy, D. (2013). *Beyond McMindfulness*. HuffPost.
- Purser, R. E. (2019). *McMindfulness: How mindfulness became the new capitalist spirituality*. Repeater Books.
- Qi, L., Shu, M., Liu, Y., & Yang, L. (2024). Breaking the burnout cycle: Association of dispositional mindfulness with production line workers' job burnout and the mediating role of social support and psychological empowerment. *Heliyon*, 10(6), e29118.

- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410–424.
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150.
- Rudkin, E., Medvedev, O. N., Siegert, R. J., Kersten, P., & Krägeloh, C. U. (2017). The five-facet mindfulness questionnaire: Why the observing subscale does not predict psychological symptoms. *Mindfulness*, 8(5), 1346–1356.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), e0185781.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A “how to” guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132.
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT): Development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495.
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2020). Manual Burnout Assessment Tool (BAT). *Leuven: KU Leuven*.
- Scheibe, S., & Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and wellbeing* (Vol. 11, pp. 135–174). Emerald.
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146.

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E. (2017). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions* (2^a ed.). American Psychological Association.
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., & Marôco, J. (2022). Burnout Assessment Tool (BAT): Exploratory and confirmatory factor analysis across five countries and multiple occupations. *Stress and Health*, 38(1), 125–140.
- Sinval, J., Vazquez, A. C. S., Hutz, C. S., Schaufeli, W. B., & Silva, S. (2022). Burnout Assessment Tool (BAT): Validity evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1344.
- Tawfik, D. S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D. V., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., Tutty, M., West, C. P., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11), 1571–1580.
- Thompson, R. A. (1994). *Emotion regulation: A theme in search of definition*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.
- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: A prospective study of 8,838 employees. *Psychosomatic Medicine*, 74(8), 840–847.
- Tran, U. S., Glück, T. M., & Nader, I. W. (2013). Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a short form and evidence of a two-factor higher order structure of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 951–965.

- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36–61.
- Vaz, F. M. (2009). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho.
- World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases (ICD-11)*.
- Wu, W., Wu, H., Wu, X., Gu, J., & Qi, X. (2024). A meta-analysis of life satisfaction’s association with cognitive reappraisal and expressive suppression: The influences of age, gender, and cultural values. *Journal of Happiness Studies*, 25, Article 41.
- Yang, T., Li, Y., Wang, H., & Zhang, X. (2025). The effectiveness of mindfulness-based interventions in improving the mental health of parents of children with intellectual or developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication.

Anexos

Anexo A

Análise da normalidade dos instrumentos - teste kolmogorov-smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	t	g.l	Sig.
FFMQ			
Observar	.08	115	.06
Descrever	.10	115	.01
Agir com Consciência	.09	115	.02
Não Julgar	.09	115	.02
Não Reagir	.12	115	<.01
BAT			
BAT Total	.09	115	.01
Exaustão	.08	115	.05
Distância Mental	.16	115	<.001
Incapacidade no Controlo Cognitivo	.14	115	<.001
Incapacidade no Controlo Emocional	.13	115	<.001
ERQ			
Reavaliação Cognitiva	.09	115	.02
Supressão Emocional	.10	115	.00

Note. t = Estatística de Teste; g.l = graus de liberdade; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; BAT = Burnout Assessment Tool; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire

Anexo B

Tabela dos pesos fatoriais padronizados dos itens no modelo do FFMQ da AFC

Dimensão	Item	λ	R ²	p
Observar	1	.58	.34	
	6	.65	.43	<.001
	11	.48	.23	<.001
	15	.80	.64	<.001
	20	.77	.59	<.001
	26	.74	.55	<.001
	31	.81	.65	<.001
	36	.76	.58	<.001
Descrever	2	.75	.56	<.001
	7	.71	.51	<.001
	12	.66	.44	<.001
	16	.66	.44	<.001
	22	.63	.40	<.001
	27	.75	.57	<.001
	32	.64	.40	<.001
	37	.78	.61	<.001
Agir com Consciência	5	.70	.49	<.001
	8	.75	.56	<.001
	13	.79	.62	<.001
	18	.77	.59	<.001
	23	.67	.45	<.001
	28	.79	.62	<.001
	34	.83	.69	<.001
	38	.85	.72	<.001
Não Julgar	3	.67	.45	<.001
	10	.72	.52	<.001
	14	.86	.74	<.001
	17	.85	.72	<.001
	25	.86	.74	<.001
	30	.86	.74	<.001

Dimensão	Item	λ	R ²	p
	35	.73	.54	<.001
	39	.79	.62	<.001
Não Reagir	4	.68	.46	<.001
	9	.75	.56	<.001
	19	.62	.38	<.001
	21	.77	.59	<.001
	24	.42	.18	<.001
	29	.58	.34	<.001
	33	.63	.40	<.001

Note. λ = peso fatorial padronizado; R² = fiabilidade; p = p-value; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire

Anexo C

Tabela dos pesos fatoriais padronizados dos itens no modelo do BAT da AFC

Dimensão	Item	λ	R^2	p
Exaustão	1	.84	.70	<.001
	2	.89	.80	<.001
	3	.85	.72	<.001
Distância Mental	4	.84	.71	<.001
	5	.83	.70	<.001
	6	.65	.42	<.001
Incapacidade no Controle Cognitivo	7	.92	.86	<.001
	8	.92	.86	<.001
	9	.67	.45	<.001
Incapacidade no Controle Emocional	10	.84	.71	<.001
	11	.88	.78	<.001
	12	.80	.64	<.001

Note. λ = peso fatorial padronizado; R^2 = fiabilidade; p = p-value; BAT = Burnout Assessment Tool

Anexo D

Tabela dos pesos fatoriais padronizados dos itens no modelo do ERQ da AFC

Dimensão	Item	λ	R ²	p
Reavaliação Cognitiva	1	.68	.46	<.001
	3	.73	.53	<.001
	5	.43	.18	<.001
	7	.89	.79	<.001
	8	.87	.76	<.001
	10	.89	.79	<.001
Supressão Emocional	2	.77	.59	<.001
	4	.66	.44	<.001
	6	.90	.81	.00
	9	.75	.56	<.001

Note. λ = peso fatorial padronizado; R² = fiabilidade; p = p-value; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire

Anexo E

Tabela das relações entre a observação, a reavaliação cognitiva e os níveis de burnout total

Consequente									
Antecedente	Reavaliação Cognitiva (M)				Burnout Total (VD)				
	β	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Competência de Observação (VI)	^a .66	.12	5.49	<.001***	-.43	.07	-5.51		<.001***
Reavaliação Cognitiva (M)	-	-	-	-	^b -.03	.06	-.49	.62	
R ² = .21									
F (2,112) = 15.24; p <.001									

Note. *a* = Relação entre Competência Observar e Reavaliação Cognitiva; *b* = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e Burnout Total; *c* = Relação total entre a competência Observar e o Burnout Total; *c'* = Relação direta entre a competência Observar e o Burnout Total; β = Beta; *Correlação significativa para $p <.05$; **Correlação significativa para $p <.01$; ***Correlação significativa para $p <.001$

Anexo F

Tabela das relações entre a observação, a reavaliação cognitiva e a incapacidade no controlo emocional

Consequente									
Reavaliação Cognitiva (M)					Incapacidade no Controlo Emocional (VD)				
Antecedente	β	DP	t	p	β	DP	t	p	
Competência de Observação (VI)	^a .66	.12	5.49	<.001***	-.40	.10	-4.23	<.001***	_c
Reavaliação Cognitiva (M)	-	-	-	-	_b -.05	.07	-.68	.50	
$R^2 = .14$									
$F(2,112) = 9.16; p = .002$									

Note. *a* = Relação entre Competência Observar e Reavaliação Cognitiva; *b* = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Emocional; *c* = Relação total entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Emocional; *c'* = Relação direta entre a competência Observar e a Incapacidade no Controlo Emocional; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Anexo G

Tabela das relações entre não reagir, a reavaliação cognitiva e os níveis de burnout total

		Consequente							
		Reavaliação Cognitiva (M)				Burnout Total (VD)			
Antecedente		β	DP	t	p	β	DP	t	p
Competência de Não Reagir (VI)	^a	.86	.13	6.36	<.001***	-.47	.09	-5.15	<.001***
						^c			
Reavaliação Cognitiva (M)		-	-	-	-	^b -.02	.06	-.33	.74
		R ² = .19							
		F (1,113) = 26.57; p < .001							

Note. ^a = Relação entre Competência Não Reagir e Reavaliação Cognitiva; ^b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e o Burnout Total; ^c = Relação total entre a competência Não Reagir e o Burnout Total; ^{c'} = Relação direta entre a competência Não Reagir e o Burnout Total; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Anexo H

Tabela das relações entre não reagir, a reavaliação cognitiva e a incapacidade no controlo cognitivo

	Consequente							
	Reavaliação Cognitiva (M)				Incapacidade no Controlo Cognitivo (VD)			
Antecedente	β	DP	t	p	β	DP	t	p
								<.001***
Competência de Não Reagir (VI)	^a .86	.13	6.36	<.001***	-.43	.10	-4.11	
					^c			
Reavaliação Cognitiva (M)	-	-	-	-	^b -.13	.07	-1.78	.076
	R ² = .15							
	F (2,112) = 10.20; p < .001							

Note. *a* = Relação entre Competência Não Reagir e Reavaliação Cognitiva; *b* = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; *c* = Relação total entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; *c'* = Relação direta entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Anexo I

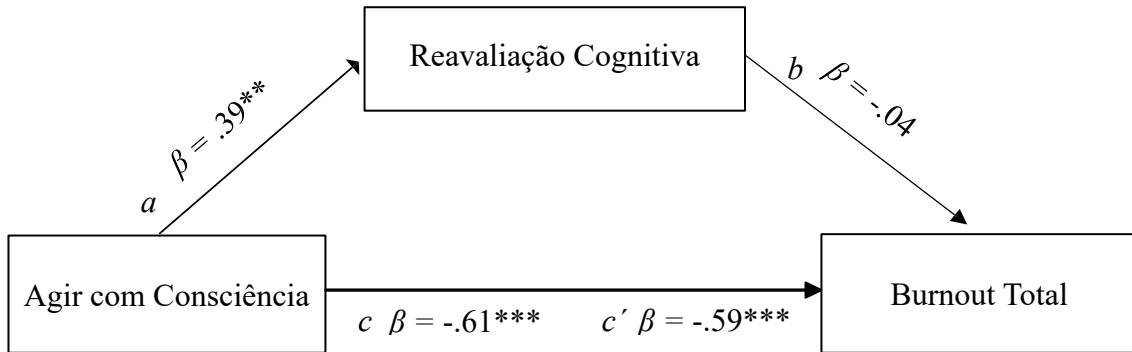
Tabela das relações entre não reagir, a reavaliação cognitiva e incapacidade no controlo emocional

		Consequente							
		Reavaliação Cognitiva (M)				Incapacidade no Controlo Emocional (VD)			
Antecedente		β	DP	t	p	β	DP	t	p
		<.001***							
Competência de Não Reagir (VI)		^a .86	.14	6.36	<.001***	-.47	.11	-4.20	
		<i>c</i>							
Reavaliação Cognitiva (M)		-	-	-	-	<i>b</i> -.04	.08	-.45	.65
		R ² = .14							
		F (2,112) = 8.88; <i>p</i> < .001							

Note. *a* = Relação entre Competência Não Reagir e Reavaliação Cognitiva; *b* = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Emocional; *c* = Relação total entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Emocional; *c'* = Relação direta entre a competência Não Reagir e a Incapacidade no Controlo Emocional; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Anexo J

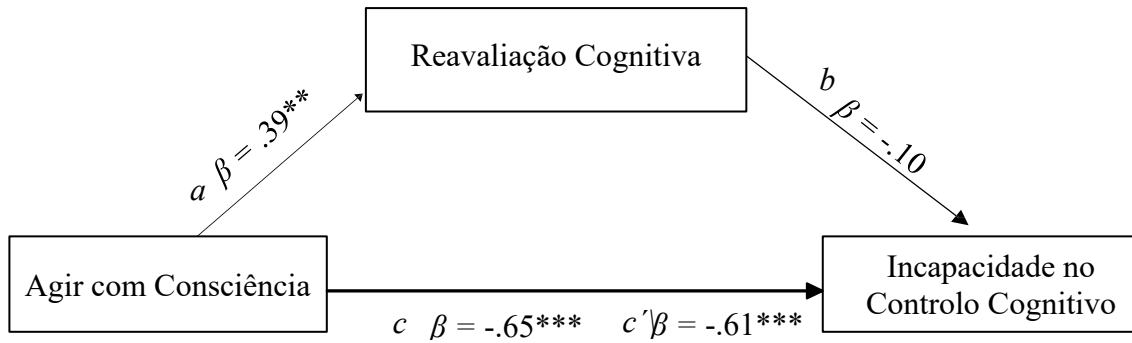
Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência agir com consciência e o burnout total



Note. a = Competência Agir com Consciência; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e o Burnout Total; c = Relação total entre a competência Agir com Consciência e Burnout Total; c' = Relação direta entre a competência Agir com Consciência e o Burnout Total; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Anexo K

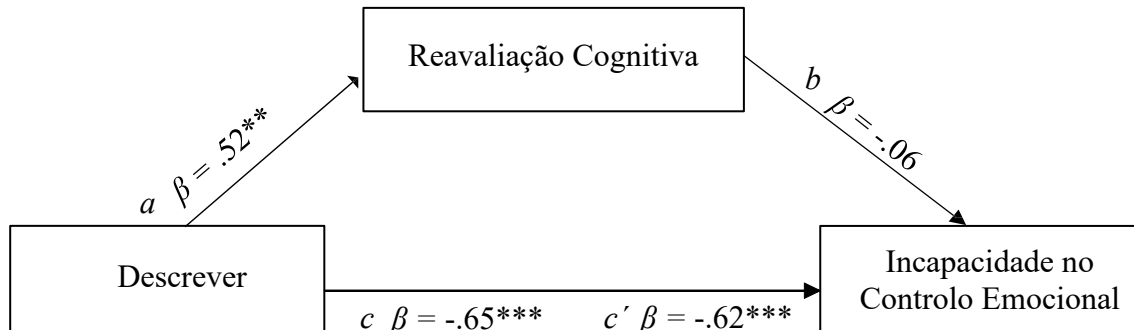
Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência agir com consciência e a incapacidade no controlo cognitivo



Note. a = Competência Agir com Consciência; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Cognitivo; c = Relação total entre a competência Agir com Consciência e Incapacidade no Controlo Cognitivo; c' = Relação direta entre a competência Agir com Consciência e Incapacidade no Controlo Cognitivo; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$

Anexo L

Modelo de mediação da reavaliação cognitiva na relação entre a competência descrever e a incapacidade no controlo emocional



Note. a = Competência Descrever; b = Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Incapacidade no Controlo Emocional; c = Relação total entre a competência Descrever e Incapacidade no Controlo Emocional; c' = Relação direta entre a competência Descrever e Incapacidade no Controlo Emocional; β = Beta; *Correlação significativa para $p < .05$; **Correlação significativa para $p < .01$; ***Correlação significativa para $p < .001$