

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Aceitabilidade e Utilidade de um treino de mente compassiva para enfermeiros perinatais: Um estudo qualitativo

Margarida da Silva Barbosa | 43036

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Ano letivo: 2024/25

Orientação/Supervision: Prof^ª Dr^ª Ana Xavier e Prof^ª Dr^ª Joana Silva

outubro 2025

Margarida Barbosa | Dissertação de Mestrado



Aceitabilidade e Utilidade de um treino de mente compassiva para enfermeiros perinatais: Um estudo qualitativo

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Ana Xavier e coorientação da Professora Doutora Joana Silva.

Departamento de Psicologia e Educação
outubro, 2025

Agradecimentos

Toda e qualquer oportunidade que tiver de agradecer, vou fazê-lo sempre primeiro aos meus pais. Pelo amor incondicional, pelos valores que me passaram ao longo da vida e, principalmente, pelo esforço. Sei o quanto lutaram para que chegasse até aqui, para que tivesse um futuro tão ou mais risonho que o vosso e pudesse ter a oportunidade de ser licenciada e agora mestre. Conseguimos, esta vitória é tanto minha como vossa. Obrigada, por tudo, para sempre.

Aos meus irmãos, que cada um à sua maneira preenchem cada pedaço de mim. Obrigada por me abrirem caminho, por tornarem a vida mais leve e por serem sempre as pessoas que vou observar e tentar fazer igual. Isso, por si só, já diz muito sobre o que sinto por vocês.

Aos meus amigos e família, por de uma maneira ou outra, serem refúgio e escape neste que foi o maior desafio académico da minha vida.

À Caju, que foi a minha fiel companhia nas madrugadas que fiquei a fazer esta dissertação. Mudaste a minha vida, és o nosso sonho tornado realidade e o sinónimo de amor puro!

Às minhas orientadoras, Prof.^a Ana Xavier e Prof.^a Joana Silva, agradeço pelas valiosas sugestões, pelo apoio constante ao longo deste percurso e pelo profissionalismo com que sempre se apresentaram.

E por fim, um agradecimento especial a mim. Só eu sei o quão solitário foi este processo. Pela minha resiliência e coragem para fazer o que tinha de ser feito, pelas minhas mãos e com o meu esforço.

Avó Zé, por ti, conseguimos! E ainda é só o início.

RESUMO

A compaixão é definida como uma motivação que integra a sensibilidade ao sofrimento, próprio e dos outros, e o compromisso de agir para o aliviar. O treino da mente compassiva (TMC) desenvolvido por Paul Gilbert tem sido aplicado a várias populações com evidência de benefícios psicológicos e emocionais. Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, podem confrontar-se com desafios emocionais no acompanhamento de grávidas e beneficiar de formação focada na promoção da compaixão com possíveis efeitos no desenvolvimento pessoal e indiretamente na prática profissional. Este estudo teve como objetivo explorar as perspetivas destes profissionais acerca da importância e relevância da implementação do Treino da Mente Compassiva (TMC), enquanto ferramenta para promover práticas profissionais mais compassivas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados às grávidas no período perinatal. Recorreu-se a um design qualitativo, com entrevistas semiestruturadas realizadas a cinco enfermeiras, selecionadas por conveniência e com pelo menos cinco anos de experiência na área perinatal. Os dados foram analisados segundo a metodologia de análise temática. Emergiram três temas principais: (1) a compaixão como base essencial do cuidado perinatal; (2) recetividade e resistências à formação compassiva; e (3) condições preferenciais para a implementação de formações em compaixão. Os resultados evidenciaram tanto o reconhecimento da relevância da compaixão como das barreiras contextuais e organizacionais à sua implementação. Estas conclusões reforçam a pertinência do TMC como instrumento de desenvolvimento profissional e de promoção de práticas de cuidado humanizadas.

Palavras-chave: compaixão; Treino da Mente Compassiva; enfermagem perinatal; aceitabilidade; análise temática

ABSTRACT

Compassion is defined as a motivation that integrates sensitivity to suffering, both one's own and that of others, together with the commitment to act in order to alleviate it. Compassionate Mind Training (CMT), developed by Paul Gilbert, has been applied across different populations with evidence of psychological and emotional benefits. Healthcare professionals, particularly specialist nurses in Maternal and Obstetric Health, may face emotional challenges when supporting pregnant women and may benefit from training focused on fostering compassion, with potential effects on personal development and, indirectly, on professional practice. This study aims to explore professionals' perspectives on the importance and relevance of implementing CMT as a tool to promote more compassionate professional practices and consequently improve the quality of care provided to women during the perinatal period. A qualitative design was adopted, using semi-structured interviews with five nurses selected for convenience and with at least five years of perinatal experience. Data were analyzed through thematic analysis. Three main themes emerged: (1) compassion as the essential basis of perinatal care, (2) receptivity and resistance to compassion training, and (3) preferred conditions for the implementation of compassion-based training. The results highlighted both the recognition of the importance of compassion and the contextual and organizational barriers to its implementation. These findings reinforce the relevance of CMT as a professional development tool and as a means of promoting more humanized care practices.

Keywords: compassion, Compassionate Mind Training, perinatal nursing, acceptability, thematic analysis

INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
OBJETIVO	8
MÉTODO.....	9
Descrição da amostra	9
Instrumentos de recolha de dados.....	9
Procedimentos	10
Procedimento de recolha de dados.....	10
Procedimento de análise de dados	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO.....	20
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	32
Anexo 1. Guião da Entrevista	32

Lista de abreviaturas e siglas

AT - Análise Temática

EESMO - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

TFC - Terapia Focada na Compaixão

TMC - Treino da Mente Compassiva

Índice de tabelas

Tabela 1 *Subtemas e códigos associados ao tema 1 “Compaixão como base essencial do cuidado perinatal”* 25

Tabela 2 *Subtemas e códigos associados ao tema 2 “Recetividade e resistências à formação com na base na compaixão”* 26

Tabela 3 *Subtemas e códigos associados ao tema 3 “Condições preferenciais para a implementação da intervenção com base na compaixão”* 27

INTRODUÇÃO

A presente dissertação integra o 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Portucalense Infante D. Henrique (UPT), com orientação científica da Professora Doutora Ana Xavier e da Professora Doutora Joana Silva, docentes da mesma instituição. Este estudo insere-se num projeto de investigação mais amplo, designado “*Care4Mommies em Ação: Promover o ajustamento psicológico materno no período perinatal*”, promovido pela UPT, financiado pela FCT (referência: 2023.11605.PEX) e desenvolvido por uma equipa de investigação, liderada pela Prof. Doutora Lara Palmeira e que inclui ambas as docentes que orientam o presente estudo.

Particularmente, o objetivo geral deste estudo consiste em compreender as perspetivas das equipas de enfermagem perinatal sobre a importância, a relevância e as condições de aplicabilidade de uma intervenção centrada na compaixão no contexto dos cuidados às grávidas. De forma mais específica, pretende-se: (1) explorar como os profissionais perspetivam a relevância das intervenções focadas na compaixão no âmbito do cuidado perinatal; (2) identificar perceções de receptividade e resistências relativamente à formação neste âmbito; e (3) caracterizar as condições preferenciais de implementação de uma intervenção focada na compaixão para grávidas.

O interesse na perspetiva das equipas de enfermagem de saúde materna e obstétrica relativamente à relevância e aplicabilidade de uma intervenção centrada na compaixão, diz respeito à necessidade de valorizar a humanização dos cuidados em saúde materna e obstétrica, num contexto em que a vulnerabilidade emocional das grávidas é particularmente acentuada.

A compaixão, na perspetiva de Paul Gilbert (2009, 2014), não se reduz a uma emoção de simpatia ou empatia, mas constitui uma competência motivacional que envolve a sensibilidade ao sofrimento, do próprio e dos outros, e o compromisso de agir para o aliviar. Este autor desenvolveu o modelo da Terapia Focada na Compaixão (TFC) e do Treino da Mente Compassiva (TMC), que partem de uma compreensão evolucionista da mente humana, enfatizando os três sistemas de regulação afetiva: o sistema de ameaça/defesa; o sistema de procura de recursos e incentivos; e o sistema de tranquilização/afiliação. O

TMC procura precisamente reforçar este último sistema, promovendo sentimentos de segurança, conexão e autorregulação emocional.

Diversas investigações têm evidenciado a eficácia do TMC em diferentes populações e contextos, reforçando a sua aplicabilidade transversal. Num ensaio clínico randomizado envolvendo 155 professores do ensino público, Matos et al. (2022) demonstraram que a participação num programa de oito semanas de TMC se traduziu em melhorias significativas na autocompaixão, na compaixão dirigida aos outros, no afeto positivo e na regulação fisiológica (avaliada através da variabilidade da frequência cardíaca). Paralelamente, registou-se uma redução clinicamente significativa de sintomas de ansiedade, depressão, *burnout* e medo da compaixão, efeitos que se mantiveram no seguimento de três meses. Estes resultados assumem particular importância numa população frequentemente exposta a elevados níveis de exigência emocional e desgaste profissional, com impacto direto na sua saúde mental e na qualidade das interações sociais deste contexto. Resultados convergentes foram obtidos em estudos-piloto prévios conduzidos com professores e funcionários de apoio escolar, que evidenciaram uma diminuição do stresse, da ansiedade e do *burnout*, acompanhada de uma maior motivação para adotar atitudes compassivas (Matos, 2019). Em estudantes de pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental, Beaumont (2017) constatou que o TMC potenciou a autocompaixão e reduziu o autojulgamento, sugerindo um papel protetor na prevenção da fadiga por empatia e do *burnout* em profissionais em início de carreira. Em conjunto, estes resultados evidenciam que o TMC é uma intervenção versátil e eficaz, com benefícios comprovados em diferentes grupos populacionais, desde profissionais em exercício até estudantes em formação, sustentando a sua relevância para contextos de elevada exigência emocional. Assim, investigar como as equipas de enfermagem, que mantêm um contacto direto e contínuo com grávidas que experienciam frequentemente níveis elevados de ansiedade, crítica e medo torna-se relevante, tanto pela potencialidade em beneficiar o bem-estar das mesmas como em promover práticas profissionais mais resilientes, humanizadas e compassivas. Metodologicamente, o presente estudo adota um design qualitativo, adequado ao aprofundamento de significados e representações. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a cinco enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), com experiência profissional mínima de cinco

anos em contexto hospitalar, comunitário ou privado. Os dados recolhidos foram submetidos a análise temática, de acordo com os procedimentos de Braun e Clarke (2006), possibilitando a emergência de categorias interpretativas fundamentadas no material empírico.

Esta dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo integra o enquadramento teórico, abordando a literatura sobre a compaixão, as intervenções baseadas na compaixão, particularmente à luz do modelo de Paul Gilbert (2009), e a saúde materna e obstétrica. O segundo capítulo descreve a metodologia, incluindo o desenho do estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos, os procedimentos e a análise de dados. O terceiro capítulo apresenta os resultados organizados nos temas emergentes da análise. O último capítulo integra a discussão, as conclusões, os contributos, as limitações e as propostas para investigação futura.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os EESMO, segundo a Ordem dos Enfermeiros, constituem-se como “membros da equipa multidisciplinar que potenciam a saúde da grávida e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (p. 14, O.E., 2015). O seu campo de atuação abrange desde o contexto hospitalar (maternidades, blocos de partos, unidades de neonatologia) até à comunidade, prestando cuidados em consultas externas, domicílios e centros de saúde (Smith et al., 2020). Estes asseguram a realização dos cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, além de exercerem funções como: apoio no planeamento familiar e preconcecional, vigilância pré-natal, identificação precoce de complicações, promoção do bem-estar materno-fetal, assistência ao trabalho de parto e parto assim como apoio à transição para a parentalidade e para a amamentação. Além disso, desempenham um papel central na identificação e resposta às necessidades emocionais das grávidas, que vivem um dos momentos mais significativos da sua trajetória de vida humana. O período da gravidez não marca apenas a gestação de uma nova vida, mas também representa um processo de mudanças físicas, emocionais e psicológicas (Matthey, 2010). É também aqui que se inicia uma fase na qual muitas mulheres enfrentam desafios psicológicos significativos associados a um nível elevado de sofrimento (Buist et al., 2008). Neste quadro de vulnerabilidade, a forma como os profissionais comunicam adquire particular relevância: estudos indicam que tanto a comunicação verbal clara como sinais não verbais de cuidado, como o contacto visual ou o toque contribuem significativamente para o reforço a perceção de segurança, de respeito e de confiança da mulher na relação com os profissionais de saúde que a acompanham. (Baranowska et al., 2021).

Assim, considera-se a necessidade de intervenções de natureza preventiva e mais humanizadas para promover o bem-estar materno através do envolvimento de estratégias de capacitação e da formação mais aprofundada dos profissionais que exercem a sua função com mulheres grávidas. Particularmente, as ações preventivas orientadas para promover competências emocionais adaptativas nas mulheres para lidar com os stressores associados a acontecimentos de vida significativos, como a maternidade, podem ser um complemento essencial e inovador para promover a saúde mental materna e promover uma experiência

perinatal mais positiva e equilibrada.

Recentemente vários estudos empíricos têm documentado os benefícios de intervenções baseadas na compaixão para a saúde mental, o bem-estar psicossocial e fisiológico em várias populações (e.g., Ash et al., 2021; Gilbert, 2009, 2014; Kirby et al., 2017; Neff & Germer, 2013; Singer & Engert, 2019). Existem várias abordagens focadas na compaixão que procuram treinar as motivações e as ações compassivas nos indivíduos para lidarem com os desafios diários (e.g., Gilbert, 2009, 2014; Neff & Germer, 2013), sendo o Treino da Mente Compassiva (TMC; Gilbert, 2009, 2014) uma dessas intervenções orientadas para promover a compaixão na relação interna e com os outros.

Segundo Gilbert (2009), a compaixão pode ser entendida como uma motivação sensível ao sofrimento do próprio e dos outros, aliada a um forte compromisso em tentar aliviar e prevenir esse sofrimento. Embora a primeira componente da compaixão esteja associada à empatia, há uma diferenciação entre ambos os construtos. Enquanto a empatia se refere à capacidade de nos colocarmos no lugar do outro e sentir o seu sofrimento, a compaixão representa uma resposta emocional qualitativamente diferente. De facto, a capacidade para entender os sentimentos dos outros através da empatia é crucial para interações sociais bem-sucedidas (Bird et al., 2010). No entanto, ao confrontar o sofrimento dos outros, a partilha da dor do outro pode ser a causa principal de sofrimento empático e de diminuição do comportamento de ajuda e de cariz pró-social (Singer et al., 2004). Por sua vez, a compaixão está associada à ativação do sistema de tranquilização/afiliação, que permite reduzir a sensibilidade a situações de ameaça e dor, e que, através de comportamentos de proximidade, promove o estabelecimento de relações seguras e de afiliação (Gilbert, 2009, 2014). Esta distinção é crucial, sobretudo no contexto dos cuidados perinatais, onde é comum o envolvimento emocional profundo e onde as estratégias centradas na compaixão podem favorecer a resiliência dos profissionais e a qualidade da relação terapêutica com as grávidas (Singer et al., 2014).

A compaixão envolve três fluxos: (i) a capacidade de sentir compaixão pelos outros, (ii) a capacidade de receber compaixão dos outros e (iii) a capacidade de ser autocompassivo. Estes três componentes são fundamentais para o desenvolvimento de uma mente compassiva e para o equilíbrio emocional. A Terapia Focada na Compaixão, desenvolvida por Paul Gilbert (2009), é uma abordagem terapêutica baseada na regulação emocional e na promoção da

autocompaixão, com o objetivo de reduzir a autocrítica, a vergonha e os estados emocionais negativos. A TFC parte do pressuposto de que muitos indivíduos, sobretudo aqueles com elevados níveis de vergonha, autocrítica ou trauma, revelam dificuldades em aceder a estados emocionais ligados à segurança, ao afeto e à aceitação (Gilbert, 2010). A compreensão da manutenção dos processos psicológicos (e.g., vergonha, autocrítico) associados à psicopatologia (e.g., ansiedade, depressão) fundamenta-se nos sistemas de regulação emocional descritos por Gilbert (2009): o sistema de ameaça/defesa (associado ao medo e aos comportamentos de luta/fuga, ou seja, de autoproteção); o sistema de procura de recursos e recompensas (associado a emoções de energia e vitalidade com um cariz motivacional); e o sistema de tranquilização e afiliação (que envolve emoções de segurança e compaixão e comportamentos de procura de proximidade e conexão social) (Gilbert et al., 2011).

O treino da mente compassiva insere-se na Terapia Focada na Compaixão e tem como objetivo principal o desenvolvimento de competências emocionais compassivas, tanto a nível intrapessoal (consigo próprio), como interpessoal (com os outros). Este treino baseia-se numa combinação de práticas de *mindfulness*, técnicas de regulação emocional e exercícios específicos para cultivar uma atitude interna de cuidado, compreensão e não julgamento. O TMC procura ativar e fortalecer o sistema de segurança/afiliação, associado a sentimentos de tranquilidade, conexão e afiliação. Este sistema emocional permite regular os sistemas de ameaça/defesa (luta/fuga) e de procura de recursos e recompensas, promovendo um maior equilíbrio emocional e reduzindo reações desadaptativas ao sofrimento (Kolts, 2016).

O TMC é habitualmente estruturado em formato de grupo e decorre ao longo de oito semanas, com sessões semanais de aproximadamente 2 a 2,5 horas de duração. Em contextos hospitalares ou institucionais, pode ser adaptado para workshops de 1 a 3 dias, respondendo a constrangimentos logísticos e de tempo típicos desses ambientes. Cada sessão integra três componentes principais: (1) psicoeducação, baseada na teoria da compaixão, neurociência afetiva e reflexão sobre situações clínicas; (2) experienciais, como meditações guiadas, *imagery*, role-play e trabalho corporal compassivo; e (3) discussão/reflexão, criando um espaço seguro para partilha da experiência individual e aplicação ao contexto pessoal e profissional.

No que diz respeito ao conteúdo, a estrutura típica de um programa TMC de 8 semanas inclui os seguintes temas: **(i)** introdução à compaixão: definição, fundamentos evolutivos e neurobiológicos; compreensão do sofrimento humano; **(ii)** O modelo dos três sistemas de afeto (i.e., sistema de ameaça/defesa, sistema de procura de recursos e recompensas e sistema de tranquilização e afiliação); **(iii)** Cultivo da mente compassiva: práticas de *mindfulness*, atenção plena e respiração compassiva; **(iv)** Compaixão para com os outros: exercícios de empatia, escuta ativa e intenção compassiva; **(v)** Receber compaixão dos outros: trabalhar resistências e abrir-se ao apoio externo; **(vi)** Autocompaixão: estratégias para lidar com autocrítica, vergonha e culpa; **(vii)** Compaixão em situações difíceis: gestão emocional e resposta compassiva ao sofrimento dos outros; **(viii)** Integração e continuidade: desenvolvimento de um plano pessoal de práticas e reflexão sobre aprendizagens (Gilbert, 2006).

Ao longo do programa, os participantes recebem materiais de apoio (áudios de meditação, fichas de trabalho, leituras complementares) e são incentivados a realizar tarefas semanais, promovendo a prática informal no quotidiano e, sempre que possível, no local de trabalho.

Diversos estudos documentaram a eficácia do TMC em populações clínicas e em profissionais de saúde. Um estudo realizado por Beaumont et al. (2016), onde avaliaram uma formação introdutória em Terapia Focada na Compaixão através de um workshop intensivo de três dias dirigido a enfermeiros, parteiras e psicoterapeutas, revelou aumentos significativos nos níveis de autocompaixão e reduções da autocrítica, bem como melhorias na resiliência emocional e na perceção do desempenho profissional. Os participantes relataram melhorias significativas não só na autocompaixão e na diminuição da autocrítica, mas também no envolvimento no trabalho, na resiliência emocional, no bem-estar emocional e na gestão do stresse. Outros trabalhos, como Beaumont et al. (2017) e Zebardast et al. (2025), reforçam estes resultados, demonstrando que formações intensivas nesta temática produzem benefícios consistentes na saúde mental e no desempenho de profissionais de saúde, incluindo estudantes de psicologia e enfermeiros, com impacto positivo na redução do *burnout* e na qualidade da relação terapêutica. Por outro lado, programas online de compaixão têm vindo a ser desenvolvidos e aplicados com resultados promissores, evidenciando a sua relevância em contextos de elevada exigência emocional e com barreiras logísticas à formação presencial. Beaumont, Irons e McAndrew

(2021), num estudo qualitativo sobre a utilização da aplicação *Self-Compassion App*, demonstraram que o formato digital pode promover aumento dos níveis de autocompaixão, reduções da autocritica e melhorias no bem-estar geral, destacando a viabilidade de recursos móveis acessíveis e personalizados. De forma complementar, Almeida et al. (2021), ao implementarem um programa de Terapia Focada na Compaixão num grupo online durante a pandemia de COVID-19, com uma amostra maioritariamente composta por profissionais de saúde, verificaram reduções significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stresse, bem como aumentos na autocompaixão após apenas três sessões. Estes resultados reforçam a pertinência e a versatilidade dos programas digitais de compaixão, mostrando que tanto aplicações individuais como formações grupais online podem constituir ferramentas eficazes para a promoção de bem-estar e regulação emocional.

Neste sentido, o TMC assume-se como uma via particularmente promissora para apoiar os profissionais de saúde no desenvolvimento de práticas mais resilientes e compassivas, potenciando, em última instância, a qualidade e a humanização dos cuidados prestados às grávidas no período perinatal.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo principal compreender as perspetivas das equipas de enfermagem em saúde materna acerca da importância, relevância e condições de aplicabilidade de uma intervenção focada na compaixão, enquanto estratégia para promover cuidados mais humanizados e eficazes às grávidas em período perinatal.

Como objetivos específicos, pretendeu-se com este estudo:

1. Explorar a perceção de enfermeiros/as perinatais sobre a importância das abordagens focadas na compaixão para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e a nível da sua prática profissional junto das grávidas (particularmente a relevância, a utilidade e os potenciais benefícios);
2. Compreender a perspetiva dos enfermeiros sobre a disponibilidade e recetividade para receber uma intervenção baseada na compaixão;

3. Identificar a percepção dos enfermeiros sobre as condições preferenciais para a implementação de uma intervenção baseada na compaixão, considerando: o formato (individual ou em grupo) e a modalidade (presencial ou online).

MÉTODO

Descrição da amostra

A amostra deste estudo foi composta por cinco enfermeiras, com idades compreendidas entre os 32 e os 56 anos ($M = 44.4$, $A = 24$), com especialização em Saúde Materna e Obstétrica e com, pelo menos, 5 anos de experiência profissional. Todas exercem funções em unidades hospitalares e em serviços comunitários, estando diretamente envolvidas no acompanhamento de grávidas ao longo da gestação, parto e pós-parto. Embora o número de participantes possa parecer reduzido, optou-se por uma abordagem qualitativa em profundidade, onde a riqueza e relevância dos dados são mais determinantes do que a dimensão da amostra. Neste sentido, seguiu-se uma perspetiva coerente com a análise temática reflexiva, que não se ancora na ideia de “saturação de dados”, mas na noção de que os significados são construídos na interação entre dados e interpretação do investigador (Braun & Clarke, 2019). Assim, em vez de procurar a saturação, o foco centrou-se na obtenção de material suficientemente rico e diversificado para responder ao objetivo da investigação.

Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados e com base nos objetivos do presente estudo, a equipa de investigação elaborou uma entrevista semiestruturada. A entrevista incluiu uma breve introdução sobre o conceito de compaixão e os objetivos gerais das abordagens focadas na compaixão de forma a contextualizar os participantes sobre a base teórica do estudo. A entrevista foi composta por 5 questões gerais para que os participantes pudessem responder livremente às mesmas. O guião incluiu questões relacionadas com a percepção das profissionais acerca da relevância e aplicabilidade da intervenção, bem como a forma como entendem a sua responsabilidade na aplicação prática do conteúdo aprendido. Também

aborda os efeitos que antecipam da aplicação prática da compaixão nos cuidados prestados, os aspetos que consideram importantes para a organização da formação e, por fim, possíveis sugestões ou comentários que possam ter relativamente à proposta do estudo. As questões serviram como facilitadoras da condução da entrevista, permitindo que o entrevistador recorresse a um conjunto de perguntas adicionais para explorar de forma mais aprofundada algum aspeto, sempre que considerasse oportuno. O guião utilizado na entrevista está descrito no anexo 1 do presente estudo.

Procedimentos

Procedimento de recolha de dados

O estudo adotou um *design* qualitativo, tendo recorrido a uma amostragem por conveniência. Este método de seleção baseou-se na acessibilidade e disponibilidade das participantes, assegurando simultaneamente que cumpriram os critérios de inclusão previamente definidos, de modo a garantir a pertinência das suas perspetivas para os objetivos do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro/a especialista em Saúde Materna e Obstetrícia; ter, pelo menos, cinco anos de experiência profissional na área perinatal; e atuarem num contexto hospitalar ou comunitário no acompanhamento de grávidas.

O critério temporal de cinco anos foi estabelecido para garantir que os participantes tenham experiência profissional sólida, nomeadamente no acompanhamento de grávidas e que possam, assim, fornecer perspetivas mais informadas sobre a integração do TMC nos cuidados maternos.

As participantes foram inicialmente contactadas através do e-mail e/ou contacto telefónico para apresentar os objetivos e a natureza do estudo, bem como o carácter voluntário e confidencial da sua participação. Após obter a concordância por parte das participantes foi enviado por e-mail o consentimento informado, onde foram declarados os objetivos do estudo, a garantia de anonimato e confidencialidade, bem como o direito de desistência a qualquer momento sem consequências. Também foram apresentados neste documento os contactos dos responsáveis pelo estudo, à disposição para qualquer tipo de dúvida. Após a assinatura e a devolução do consentimento informado, os momentos de entrevista individual foram agendados de acordo com a disponibilidade das participantes e da investigadora.

As entrevistas individuais foram realizadas online através da plataforma Zoom. Estimou-se uma duração de 40 a 60 minutos por participante. De modo a garantir a privacidade do mesmo, ficou explícito que: qualquer elemento suscetível de ser identificativo seria eliminado ou substituído por código, de modo a manter o anonimato da informação, e que a gravação em áudio seria utilizada apenas para fins de transcrição e análise de conteúdo. Após a transcrição, todas as gravações foram permanentemente eliminadas. Além disso, a informação anonimizada recolhida foi apenas partilhada com a equipa de investigação para efeitos de análise de dados.

Procedimento de análise de dados

A análise de dados foi realizada através da análise temática (AT), conforme proposta por Braun e Clarke (2006). A AT trata-se de uma metodologia flexível, independente de um referencial teórico fixo e amplamente aplicável, sendo utilizada em diversas abordagens qualitativas. No presente estudo, a AT permitiu explorar e interpretar as perspetivas dos enfermeiros acerca da importância, relevância e condições de aplicabilidade de uma intervenção focada na compaixão fornecendo uma visão rica e detalhada dos padrões de respostas emergentes. A análise seguiu as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006). A primeira fase consistiu na familiarização com os dados, através da leitura e releitura das transcrições das entrevistas. Em seguida, procedeu-se à formação de códigos iniciais, em que se identificaram elementos relevantes nos dados. Posteriormente, na terceira fase, realizou-se a procura por temas, organizando os códigos em padrões mais amplos. A quarta fase envolveu a revisão dos temas, garantindo que os mesmos fossem coerentes e representativos dos dados. A quinta fase, de definição e nomeação dos temas, aprofundou a interpretação de cada categoria identificada. Por fim, na sexta fase, elaborou-se o relatório final, no qual os temas foram apresentados e ilustrados com pequenas partes das entrevistas, proporcionando uma análise clara e fundamentada.

Dada a natureza do presente estudo, foi privilegiada uma abordagem predominantemente indutiva, permitindo que as perceções das enfermeiras sobre o treino da mente compassiva surjam de forma espontânea e livre de categorização prévia. Na fase de codificação e de identificação dos temas, a

equipa de investigação reuniu-se semanalmente para discutir quaisquer divergências sobre a codificação, que foram resolvidas por consenso.

RESULTADOS

A análise temática permitiu identificar três temas que estruturam as perspetivas das equipas de enfermagem perinatal acerca da importância e relevância da aplicação de uma intervenção focada na compaixão: **(1)** a compaixão como base essencial do cuidado perinatal, **(2)** a receptividade e resistências à intervenção e **(3)** as condições preferenciais para a implementação da intervenção de TMC. Todos os temas estão subdivididos em subtemas, descritos na tabela 1, 2 e 3. As transcrições são apresentadas ao longo do texto e foram selecionadas com base no modo como capturam as respostas mais representativas das entrevistas.

Tabela 1

Subtemas e códigos associados ao tema 1 “Compaixão como base essencial do cuidado perinatal”

Tema	Descrição	Subtema	Descrição	Códigos
1. A compaixão como base essencial do cuidado perinatal	Este tema aborda as perspectivas dos enfermeiros sobre os desafios emocionais vividos pelas grávidas e a forma como a compaixão é integrada (ou limitada) no exercício ético e relacional dos cuidados prestados em contexto perinatal.	1.1 Desafios da gestação e benefícios percebidos da compaixão para a grávida	Refere-se às percepções dos profissionais sobre as experiências e desafios emocionais das grávidas durante a gestação e sobre o papel da compaixão como resposta a esses desafios	Vulnerabilidade emocional, medos, compaixão como ferramenta útil
		1.2 Práticas dos profissionais e relevância da compaixão	Diz respeito ao modo como os profissionais se posicionam perante os cuidados prestados, ao reconhecimento das limitações das suas práticas e à relevância da compaixão como forma de quebrar o padrão e o protocolo pré-estruturado.	Persuasão, influência dos profissionais na escolha das grávidas, seguir protocolos e padrões em lugar do cuidado intencional

Tabela 2

Subtemas e códigos associados ao tema 2 “Recetividade e resistências à formação com base na compaixão”

Tema	Descrição	Subtema	Descrição	Códigos
Recetividade e resistências à formação com base na compaixão	Refere-se às percepções dos profissionais sobre a sua motivação para aderir a uma formação compassiva, bem como às barreiras práticas e culturais que condicionam essa adesão.	2.1 Motivação e expectativas dos profissionais	Abrange a disponibilidade, interesse e abertura dos enfermeiros para participar em intervenções baseadas na compaixão e o valor atribuído a esse tipo de formação.	Interesse em aprender, abertura positiva dos profissionais, reconhecimento da relevância da intervenção
		2.2 Barreiras práticas e resistências institucionais	Refere-se aos obstáculos institucionais, práticos e culturais que interferem na adesão ou aplicação da intervenção no contexto dos cuidados perinatais	Falta de tempo, pressão no trabalho, ter de ser algo sustentado no tempo por conta da rotatividade das equipas, resistência dos profissionais com práticas mais tradicionais

Tabela 3

Subtemas e códigos associados ao tema 3 “Condições preferenciais para a implementação da intervenção com base na compaixão”

Tema	Descrição	Subtema	Descrição	Códigos
Condições preferenciais para a implementação da intervenção com base na compaixão	Foca-se nas sugestões dos profissionais quanto ao formato e organização da formação e nos conteúdos e abordagens que consideram mais eficazes e adequadas ao contexto.	3.1 Formato, modalidade e duração	Inclui as preferências dos profissionais quanto aos aspetos técnicos da intervenção: formato, duração, número de sessões e modalidade.	Formato em grupo, presença de toda a equipa, benefícios das diferentes modalidades (online e presencial), curta duração.
		3.2 Conteúdo e abordagem	Diz respeito às estratégias pedagógicas e sugestões quanto aos conteúdos desejáveis da intervenção, à composição das equipas formadoras	Estratégias de fácil aplicabilidade no contexto

A compaixão como base essencial do cuidado perinatal

Os discursos das cinco participantes convergiram na ideia de que a gravidez, ainda que frequentemente associada a um momento desejado e positivo, é simultaneamente uma fase marcada por elevada vulnerabilidade emocional. Três das enfermeiras enfatizaram que as grávidas se encontram mais frágeis, sensíveis e permeáveis a medos e inseguranças, o que reforça a percepção da necessidade de uma postura compassiva no cuidado: *“A gravidez, embora seja uma fase assim desejada por muitas mulheres (...) é também uma fase de enorme vulnerabilidade emocional, não é?”* (M.); *“O facto de estar grávida (...) está muito mais sensível, está muito mais fragilizada pela sua gravidez”* (A.); *“Muitas vezes vêm com medos, com inseguranças”* (M.). Neste enquadramento, a maioria das participantes referiram que a compaixão funciona como uma ferramenta essencial para apoiar estas mulheres, ajudando-as a normalizar emoções, reduzir o peso do julgamento e a sentirem-se cuidadas de forma individualizada: *“A compaixão parece-me essencial para ajudar estas mulheres a normalizarem aquilo que sentem”* (M.); *“Se nós cuidarmos de uma grávida sem a julgar, sem que ela se sinta incapaz ou menos do que nós e se for, acima de tudo, de uma forma personalizada, ela também vai refletir esse cuidado”* (A.). Apesar deste reconhecimento, as cinco participantes identificaram diversas limitações estruturais e culturais da prática clínica, que muitas vezes inibem a expressão plena da compaixão. Foi salientado que a pressão institucional e a necessidade de seguir protocolos rígidos conduzem a uma postura em que a decisão recai predominantemente no profissional, reduzindo o espaço para a autonomia da grávida: *“Partimos do princípio que é uma intervenção segura, que previne alguma coisa e obrigamos a grávida a aceitar, ou persuadimos a grávida a aceitar. Portanto, o profissional é que decide o que é melhor (...)”* (S.). Neste sentido, duas enfermeiras destacaram também o receio do julgamento entre pares, que leva muitos profissionais a escudarem-se nos protocolos como forma de proteção: *“Muitas das decisões obstétricas e muita da pressão dos profissionais sobre as grávidas ou sobre a pessoa grávida, está por trás o medo do julgamento dos pares (...) então é muito mais fácil estar escudado por trás de protocolos e, ok, protocolo foi cumprido. Correu bem, correu mal, mas o protocolo foi cumprido”* (S.). Esta visão traduz uma tensão entre a prática clínica protocolada e a necessidade de humanização do cuidado, onde a compaixão surge como contraponto ético e

relacional à mecanização dos procedimentos: *“Ser profissional de saúde e não ter compaixão é ser uma máquina”* (A.). Assim, para além de uma competência desejável, a compaixão é concebida como parte integrante da essência do cuidado perinatal, permitindo mitigar fragilidades emocionais, promover relações de confiança e assegurar uma abordagem verdadeiramente centrada na grávida.

Recetividade e resistências à formação compassiva

Todas as participantes revelaram uma postura de abertura e motivação relativamente à implementação de uma intervenção compassiva, especialmente entre os enfermeiros obstetras, reconhecidos como profissionais mais recetivos à aprendizagem contínua. As cinco enfermeiras destacam entusiasmo e concordância com a pertinência da formação: *“Concordo a duzentos por cento...”* (L.); *“Eu acho que a recetividade seria boa, principalmente enfermeiros obstetras, ou seja, se falarmos de médicos obstetras, relativizam se calhar mais o assunto (...) agora, nos enfermeiros obstetras, é uma classe que está sempre pronta a aprender”* (S.). Também foi sublinhado que um cuidado compassivo traria benefícios diretos para as grávidas, promovendo maior adesão aos tratamentos, menor ansiedade e uma participação mais ativa no processo de saúde, como sintetizado por uma das participantes: *“Uma grávida que sente que tem cuidado compassivo, que tem um cuidado personalizado e que tem um cuidado tendo em vista o ponto da sua situação clínica, ela vai aderir muito melhor ao tratamento, ela vai sentir-se menos ansiosa, acima de tudo, não é? Porque, acima de tudo, ela vai sentir que faz parte do próprio tratamento dela”* (A.). Para além disso, emergiu numa das participantes a perceção de que a equipa de enfermagem, especialmente os membros mais jovens, poderiam mostrar grande interesse e envolvimento nesta proposta: *“Tudo o que seja para o bem da nossa população e para ajudar as senhoras eu acho que a recetividade seria muito boa. Em nossa equipa, até mais na equipa jovem, que agora temos um misto, eu acho que era muito interessante”* (C.). Apesar desta abertura, todas as participantes identificaram barreiras práticas e institucionais que dificultam a concretização de uma formação compassiva. A falta de tempo foi apontada como a principal limitação para a participação, salientada por duas das cinco participantes *“A maior dificuldade é a falta de tempo”* (M.). Acrescem obstáculos identificados por uma

das participantes, relacionados à rotatividade das equipas, que ameaça a continuidade das práticas, exigindo que as intervenções tenham sustentabilidade ao longo do tempo: *“Depois veio a rotatividade (...) se entram pessoas novas, numa equipa que já trabalha de uma determinada forma, é possível que ainda se consiga manter alguma qualidade, porque as pessoas são integradas em algo que já é feito, pronto. Mas não garante per si, não é? E ao fim de algum tempo, se já quase todas as pessoas foram substituídas, começa a haver novamente deterioração, pronto”* (S.).

Outro desafio mencionado por outra das participantes foi as resistências culturais e institucionais, que se manifestam em alguns profissionais que encaram formações de natureza emocional como pouco relevantes ou “menos sérias” no contexto médico: *“Claro que depois existe também alguma resistência, sei lá, cultural não é, há quem veja estas formações mais emocionais como ‘coisa de psicólogos’ e não as considere...”* (M.). Duas das participantes sublinharam, por isso, a importância de envolver toda a equipa, incluindo as chefias, para garantir que a mudança se enraíza de forma coletiva e consistente: *“A mudar mentalidade, a mudar práticas e a mudar o foco de intervenção, tem de estar envolvida toda a equipa, não é? Claro. Desde a chefia aos enfermeiros”* (A.). Ainda assim, uma das participantes reconheceu que a mudança é frequentemente difícil de manter, mesmo quando existe contacto com novas abordagens: *“Eu já me cruzei com muitos dos meus colegas de vários serviços e instituições (...) em que isto está implícito (...) a questão do respeito pela pessoa, esses colegas retornam aos serviços e, na realidade, passam anos e continuam sempre da mesma maneira”* (S.).

Assim, os resultados apontam para uma dualidade: por um lado, forte receptividade e interesse, com reconhecimento do impacto positivo da compaixão tanto para os profissionais como para as grávidas; por outro, barreiras estruturais, culturais e organizacionais que limitam a possibilidade de concretização plena desta intervenção, reforçando a necessidade de estratégias que ultrapassem resistências e garantam continuidade ao longo do tempo.

Condições preferenciais para a implementação da intervenção compassiva

Quando questionados acerca das condições preferenciais para a implementação de uma intervenção baseada na compaixão, as participantes foram unânimes em destacar a importância de uma formação adaptada ao quotidiano profissional e às necessidades concretas das equipas. Emergiu, de forma clara por todas as participantes, a preferência por um formato em grupo e presencial, considerado mais enriquecedor pela oportunidade de partilha, pela normalização e aceitabilidade das emoções e pelo fortalecimento do sentimento de pertença, como referido por duas das profissionais: *“A intervenção em grupo parece-me melhor que a individual”* (S.) e *“A modalidade em grupo tem imensas vantagens, promove partilha, normaliza emoções e cria um sentido de pertença”* (M.). A presença física foi igualmente valorizada por todas, pela possibilidade de interação mais autêntica e pela criação de um espaço coletivo de reflexão e aprendizagem: *“Presencial, sempre. Melhor acho que é sempre presencial e em grupo (...) porque depois as pessoas também opinam, ou há até alguém que queira dar uma opinião de uma perspetiva”* (L.); *“Eu acho que presencialmente é sempre muito mais agradável. Online é sempre esta barreira do ecrã”* (C.). Outro aspeto salientado prende-se com a duração da formação, que deve ser curta, objetiva e facilmente conciliável com a realidade exigente do trabalho nos contextos de saúde. Nesse sentido, foram feitas algumas sugestões: intervenções compostas por poucas sessões, de curta duração, evitando sobrecargas adicionais: *“10 sessões, entre 5 a 10 sessões, muito mais que isso também, não. Pois, nós não temos disponibilidade, mas acho que é mais lucrativo poucas horas, em pequenas quantidades”* (C.).

No que diz respeito aos conteúdos e estratégias pedagógicas, alguns dos discursos, apontam para a necessidade de abordagens essencialmente práticas, de preferência com aplicabilidade imediata, sobretudo para profissionais mais experientes: *“Eu acho que para enfermeiros mais experientes, com mais tempo, eu acho que as coisas devem ser feitas de uma maneira mais prática e que não tenhamos assim muita parte da teoria muito dispersa”* (C.). A dimensão experiencial foi amplamente valorizada por uma das participantes onde se sugerem dinâmicas que promovam reflexão pessoal e consciencialização do papel do profissional, associadas a orientações concretas para a prática clínica: *“Se calhar, ser aquelas coisas mesmo da dinâmica (...) porque existe uma consciencialização do eu (...) da pessoa em*

si, do profissional, chamá-lo quase que, obrigá-lo quase que, faça uma introspeção, não é? E depois sim, abordar as questões da atuação, de como atuar, de posturas” (L.).

De forma geral, os enfermeiros delinearam um conjunto de condições consideradas fundamentais para o sucesso de uma intervenção focada na compaixão: uma formação curta, prática, presencial e em grupo, estruturada de modo dinâmico e reflexivo. Estas características foram entendidas como centrais para assegurar a adesão das equipas, a aplicabilidade no contexto clínico e o impacto positivo nos cuidados prestados às grávidas em período perinatal.

DISCUSSÃO

Apesar da compaixão ser reconhecida como uma dimensão central e desejável no cuidado em saúde, a investigação empírica nesta área permanece limitada. Revisões de literatura evidenciam que a maioria dos estudos realizados revelam ausência de ensaios clínicos e de programas de intervenção avaliados de forma sistemática, quer em termos de eficácia, quer de sustentabilidade no tempo (Kirby et al., 2017). Esta escassez de evidência traduz-se numa lacuna significativa no conhecimento científico: embora se reconheça a importância ética e relacional da compaixão, continua a existir pouco suporte empírico que fundamente a sua integração estruturada e consistente nos contextos clínicos, em especial no domínio da saúde materna e obstétrica. Assim, embora exista evidência sobre os benefícios de intervenções focadas na compaixão em diferentes populações (Matos et al., 2022; Beaumont, 2017; Sinclair et al., 2017), são ainda escassos os estudos que investigam especificamente a perceção dos profissionais de saúde perinatal relativamente à integração destas intervenções na prática profissional.

Esta lacuna é particularmente relevante, uma vez que a gravidez e o nascimento de um filho representam fases de profundas transformações fisiológicas, psicológicas e sociais. Embora frequentemente vividas como momentos de grande expectativa, para muitas mulheres estes períodos podem implicar sofrimento emocional significativo (Staneva et al., 2015). Ao mesmo

tempo, este sofrimento exige das equipas de enfermagem um acompanhamento dedicado ao apoio destes desafios em condições difíceis na assistência às mesmas. Os objetivos da presente dissertação são explorar a perceção de enfermeiros/as perinatais sobre a importância das abordagens focadas na compaixão para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e a nível da sua prática profissional junto das grávidas (particularmente a relevância, a utilidade e os potenciais benefícios), compreender a perspetiva dos enfermeiros sobre a disponibilidade e recetividade para receber uma intervenção baseada na compaixão e, por fim, identificar a perceção dos enfermeiros sobre as condições preferenciais para a implementação de uma intervenção baseada na compaixão. Os resultados obtidos organizam-se em três eixos temáticos: (1) compaixão como base essencial do cuidado perinatal, (2) recetividade e resistências à formação compassiva e (3) condições preferenciais para a implementação que serão discutidos à luz do enquadramento teórico e da literatura existente.

No que diz respeito ao primeiro tema, intitulado “compaixão como base essencial do cuidado perinatal”, os resultados obtidos evidenciam um consenso entre as participantes sobre a importância da compaixão no acompanhamento de grávidas em período perinatal, destacando o seu papel na resposta às vulnerabilidades emocionais da grávida. Este resultado confirma o que a literatura tem vindo a documentar: a compaixão é uma dimensão além simpatia ou empatia, esta representa uma competência motivacional orientada para o alívio do sofrimento (Gilbert, 2009, 2014; Sinclair et al., 2017). No contexto perinatal, marcado por níveis elevados de ansiedade, medo e autocrítica (Gavin et al., 2005; Buist et al., 2008), a presença dos profissionais com estratégias de cuidado com base na compaixão pode funcionar como regulador emocional, atenuando a ativação do sistema de ameaça e promovendo a segurança relacional (Gilbert et al., 2011).

Do ponto de vista experiencial, as enfermeiras salientaram que atitudes simples como escuta ativa, validação emocional ou gestos de proximidade, são valorizadas pelas grávidas, pois transmitem cuidado, reconhecimento da sua individualidade e segurança. Estas conclusões convergem com os resultados do estudo de Baranowska et al. (2021), que identificaram a comunicação verbal clara e o cuidado não verbal (manter contacto visual, toque) como dimensões

essenciais para aumentar a segurança, o controlo e a perceção de respeito durante o parto e o pós-parto. Tal reforça a importância de integrar a compaixão em microcomportamentos quotidianos que conferem às mulheres maior confiança e bem-estar no processo de parto.

Para além disso, estudos experimentais mostram que práticas compassivas melhoram a precisão empática e a regulação emocional dos profissionais, contribuindo para relações terapêuticas de maior qualidade (Mascaro et al., 2015).

Contudo, emergiu também a tensão entre este ideal compassivo e a realidade de contextos assistenciais fortemente protocolados. As participantes reconheceram que a rigidez institucional, a pressão assistencial e o medo do erro podem levar à mecanização das práticas, dificultando a expressão espontânea da compaixão. Esta dificuldade ecoa os alertas de Alderdice et al. (2013) e Byatt et al. (2012), que descrevem como a “blindagem em protocolos” pode proteger os profissionais do risco de erro, mas em simultâneo, contribuir para a despersonalização dos cuidados. Neste sentido, os resultados deste estudo sublinham a necessidade de que a dimensão compassiva não seja vista como adorno relacional, mas como complemento ético e clínico aos protocolos técnicos (Singer & Klimecki, 2014).

Outro tema subjacente aos relatos diz respeito à “recetividade e resistências quanto à formação focada na compaixão”. Particularmente, destaca-se a recetividade positiva das enfermeiras à possibilidade de uma formação com base na compaixão. As participantes reconheceram o potencial do TMC para melhorar a qualidade da relação terapêutica e reduzir a ansiedade das grávidas, bem como para reforçar a sua própria resiliência profissional. Esta perceção está em sintonia com a meta-análise de Kirby et al. (2017), que demonstra efeitos positivos das intervenções baseadas na compaixão ao nível da autorregulação, do bem-estar e da qualidade relacional.

Contudo, as participantes identificaram resistências significativas à implementação destas formações: a escassez de tempo, a rotatividade das equipas e, sobretudo, barreiras culturais e institucionais. Do ponto de vista teórico, estas resistências podem ser compreendidas através do modelo de Gilbert (2009, 2014): em contextos profissionais dominados pelo sistema de ameaça, marcado pela pressão por resultados, pelo medo do erro e pelo julgamento entre pares, a ativação consciente do sistema de afiliação, pode ser percecionada como desconfortável ou

até como incompatível com as exigências do serviço.

A literatura confirma esta tensão. Por exemplo, King e Taylor (2019) identificaram fatores organizacionais e culturais que dificultam a aplicação de programas com base na compaixão, nomeadamente a sobrecarga de trabalho e a ausência de apoio institucional. De igual modo, Ruiz-Fernández et al. (2020) mostraram que a pressão laboral e a falta de tempo reduzem a adesão e a eficácia destas formações. Estes resultados são consistentes com a experiência relatada pelas participantes, que sublinharam a dificuldade em conciliar a carga assistencial com a disponibilidade para práticas reflexivas.

Neste ponto, os resultados do presente estudo acrescentam evidência qualitativa relevante: a resistência não decorre de desvalorização da compaixão, mas antes das condições organizacionais em que os profissionais estão inseridos. Este dado reforça os argumentos de Taylor e Bradbury-Jones (2020), segundo o qual a eficácia de programas com base na compaixão depende não apenas da motivação individual, mas sobretudo do suporte organizacional (tempo protegido, liderança sensível, supervisão). Assim, os resultados parecem sugerir que qualquer implementação do TMC no contexto perinatal deve ser perspectivada como parte de uma estratégia de mudança institucional, e não apenas como uma formação isolada.

Por fim, o último tema sobre as condições preferenciais para a implementação, as participantes descreveram como condições específicas consideradas ideais para a implementação de formações com base na compaixão a natureza breve, a modalidade em grupo e presenciais, com enfoque prático-experiencial. Estas preferências estão em estreita sintonia com os princípios e a estrutura do TMC, que equilibra a psicoeducação sobre os processos psicológicos que mantêm o sofrimento com o treino de práticas experienciais de promoção da tranquilização e compaixão, num total de 8 sessões (Gilbert, 2009). Exercícios como técnicas de respiração, práticas de validação emocional ou micropáticas de autorregulação, valorizados pelas participantes, correspondem precisamente às competências nucleares promovidas pelo TMC, desenhadas para serem aplicáveis ao quotidiano clínico.

A valorização de formatos breves e práticos reflete igualmente o realismo organizacional: programas demasiado extensos podem não ser viáveis em contextos de elevada pressão assistencial. Estudos como o de Wasson et al. (2020) demonstram que programas de curta duração podem ser eficazes em aumentar a autocompaixão e reduzir a autocrítica em profissionais de saúde, confirmando a pertinência das preferências relatadas pelas participantes.

A importância atribuída ao trabalho em grupo reforça também a literatura que aponta para a necessidade de criar uma cultura comum de cuidado compassivo (Academic Medicine, 2020; Smith et al., 2020). O grupo funciona como contexto de afiliação que potencia a aprendizagem emocional e promove a transferência das competências para a prática clínica (Gilbert, 2014). Ainda que a preferência recaia significativamente sobre formatos presenciais, a integração do formato online neste contexto pode ser eficaz tendo em conta as limitações logísticas apresentadas. Esta visão converge com estudos como Beaumont et al., 2022 e Almeida et al., 2021 que evidenciam a eficácia de programas online com base na compaixão na promoção da autocompaixão, redução do stresse e melhoria do bem-estar em profissionais de saúde. Assim, os resultados sugerem que tanto abordagens presenciais como online, poderão ser uma solução sustentável para este contexto específico.

No seu conjunto, os resultados obtidos confirmam a centralidade da compaixão como dimensão essencial do cuidado perinatal, identificam barreiras estruturais e culturais que condicionam a implementação de formações nesta área e apontam para condições preferenciais que estão em consonância com os princípios fundamentais do TMC e com evidência empírica já disponível.

O principal contributo deste estudo reside essencialmente em dar a conhecer a perspetiva destes profissionais de saúde, revelando não apenas a sua recetividade à integração da compaixão na prática clínica, mas também os obstáculos e requisitos que condicionam essa integração. Além disso, este estudo reforça, de acordo com a perspetiva das enfermeiras especialistas, a aceitabilidade, pertinência e utilidade do TMC como instrumento de desenvolvimento profissional e de promoção de cuidados humanizados e sustentáveis em saúde perinatal. No entanto, os resultados do presente estudo devem ser considerados com algumas limitações. Entre elas, salientam-se a dimensão reduzida da amostra, composta por apenas cinco participantes, e a homogeneidade do perfil profissional, o que restringe a diversidade de perspetivas e limita a generalização dos resultados. Acresce ainda a natureza qualitativa do estudo, embora adequada ao aprofundamento do fenómeno, não permite a generalização da informação para a restante população. Com base nestas limitações, abrem-se várias propostas para investigações futuras. Sugere-se alargar a amostra a diferentes contextos institucionais e a outros profissionais da área da saúde, de modo a enriquecer a compreensão deste fenómeno. A realização de estudos de estudos mistos que combinem a avaliação de resultado dos programas

de intervenção com a avaliação da perspectiva da população-alvo, complementando assim os dados quantitativos com a profundidade da análise qualitativa como forma de se aprofundar o conhecimento acerca da aceitabilidade e fidelidade das intervenções. Adicionalmente, torna-se relevante investigar a influência de fatores organizacionais, como o apoio institucional e estilos de liderança, na fidelidade e eficácia da implementação do TMC às diversas populações profissionais.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu aprofundar a compreensão das perspectivas de enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia relativamente à relevância e utilidade de um Treino da Mente Compassiva (TMC) para estes profissionais no contexto perinatal. Os resultados evidenciaram que a compaixão é entendida como uma dimensão estruturante do cuidado, não apenas como valor humano, mas também como competência profissional fundamental para responder às necessidades emocionais das grávidas em situações de elevada vulnerabilidade.

Verificou-se igualmente que o TMC é percebido pelos profissionais como um recurso útil para o desenvolvimento pessoal e profissional, com potencial para fortalecer a regulação emocional, aumentar a resiliência e contribuir para práticas clínicas mais humanizadas e sustentáveis. No entanto, a sua implementação não é isenta de desafios, tendo sido identificadas barreiras como a escassez de tempo, a pressão assistencial, a rotatividade das equipas e resistências de natureza cultural ou institucional. Estes constrangimentos reforçam que a adoção de formações compassivas não pode depender apenas da motivação individual, exigindo também o apoio organizacional e condições institucionais adequadas.

Os participantes salientaram ainda um conjunto de condições preferenciais para a realização de formações compassivas, privilegiando formatos breves, presenciais, experienciados, interdisciplinares e com forte componente prática. Estas preferências encontram-se alinhadas com os princípios fundamentais do TMC, reforçando a pertinência da sua integração em programas de formação contínua ajustados à realidade profissional.

Em síntese, este estudo contribui para a valorização da compaixão como dimensão essencial dos cuidados perinatais e acrescenta evidência qualitativa sobre a aceitabilidade e utilidade do TMC no contexto da enfermagem em saúde materna. Para além do seu contributo teórico, oferece pistas concretas para o desenvolvimento de formações sistemáticas de desenvolvimento pessoal e profissional, sublinhando que investir na compaixão é investir simultaneamente no bem-estar dos profissionais e na qualidade dos cuidados prestados às grávidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. C., Matos, M., Duarte, C., & Gilbert, P. (2021). Effectiveness of an online group Compassion- Focused Therapy intervention for health professionals during the COVID-19 pandemic: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 12, 772437. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.772437>
- Ash, M., Harrison, R., & Narayanasamy, M. J. (2021). Compassion in healthcare: An updated scoping review. *BMC Palliative Care*, 20, 88. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00777-2>
- Baranowska, B., Kubicka-Kraszyńska, U., Kiersnowska, I., Kajdy, A., Sys, D., & Bilski, P. (2021). Disrespect and Abuse during Labor and Childbirth in Poland: A Nationwide Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4292. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084292>.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1), 4-10. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000023>
- Beaumont, E., Irons, C., & McAndrew, S. (2022). A qualitative study exploring the impact the Self- Compassion App has on levels of compassion, self-criticism, and wellbeing. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 7(3), Article 045. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2203045>

- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2017). Measuring relationships: The self-other four-immeasurables (SOFI) scale. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 108-124. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1322024>
- Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S., & Fairhurst H. (2021). The impact of Compassionate Mind Training on qualified health professionals undertaking a Compassion Focused Therapy module. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 300-308. <https://doi.org/10.1002/capr.12396>
- Bird, G., Silani, G., Brindley, R., White, S., Frith, U., & Singer, T. (2010). Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain*, 133(5), 1515- 1525. <https://doi.org/10.1093/brain/awq060>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2008). Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.022>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable & Robinson.

Gilbert, P. (2010). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 17-25.
<https://doi.org/10.1348/014466509X441233>

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255.
<https://doi.org/10.1348/147608310X526511>

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778- 792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Kolts, R. (2016). *CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy*. New Harbinger.

Matos, M., Albuquerque, I., Galhardo, A., Cunha, M., Pedroso Lima, M., Palmeira, L., Petrocchi, N., McEwan, K., Maratos, F. A., & Gilbert, P. (2022). Nurturing compassion in schools: A randomized controlled trial of the effectiveness of a

Compassionate Mind Training program for teachers. PLOS ONE, 17(3), e0263480. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263480>

Matthey, S. (2010). Are we overpathologising motherhood? A commentary on the prevalence of postnatal depression. Archives of Women's Mental Health, 13(6), 369- 372. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0153-6>

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Journal of Clinical Psychology, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. Science, 303(5661), 1157- 1162. <https://doi.org/10.1126/science.1093535>.

Singer, T., & Engert, V. (2019). It matters what you practice: Differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. Current Opinion in Psychology, 28, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.005>

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. Current Biology, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

Smith, J., Lavender, T., & Homer, C. (2020). Improving maternity care: The role of midwifery leadership. Midwifery, 88, 102760. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102760>

Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., and Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women Birth*, 28, 179-193. doi: 10.1016/j.wombi.2015.02.003

Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2015). Compassion fatigue in nurses: A real threat to compassionate care? *Nurse Education in Practice*, 15(5), 295-297. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.012>

Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2020). How can the effectiveness of compassion training in healthcare be enhanced? A realist review. *BMC Medical Education*, 20, 186. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02092-5>

Zebardast, A., Nateghian, N., & Shakerinia, I. (2025). The Effect of Mindfulness-based Self-compassion Training on Nurses' Anger Management, Spiritual Well-being, and Job Involvement. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 11(3), 237-248. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.11.3.649.1>

ANEXOS

Anexo 1. Guião da Entrevista

Estamos a desenvolver um estudo para explorar a perceção dos enfermeiros/as perinatais sobre a importância, utilidade e aplicabilidade de uma intervenção focada na compaixão no contexto dos cuidados prestados a grávidas. Este estudo visa entender de que forma a compaixão pode ser integrada na prática clínica perinatal, com vista à promoção do bem-estar emocional das mulheres durante a gravidez e ao apoio na transição para a maternidade.

Nesta entrevista, gostaríamos de explorar a sua perspetiva enquanto enfermeiro especialista na área perinatal sobre a importância e utilidade de uma possível intervenção formativa focada na compaixão, aplicada a profissionais que trabalham com grávidas.

Num primeiro momento desta entrevista iremos falar-lhe, de modo geral, sobre a compaixão e o que é que habitualmente uma intervenção focada na compaixão. Apesar de utilizarmos ou ouvirmos o termo compaixão como sinónimo de “sentir pena” ou “dó” por alguém, na verdade a compaixão, em termos científicos, é definida como a motivação para reconhecer o sofrimento no próprio e nos outros, bem como a capacidade para agir no sentido de aliviá-lo. Esta motivação envolve, por isso, dois componentes: a sensibilidade para identificar o sofrimento e a ação compassiva, que são respostas práticas para lidar com o sofrimento. Importa também distinguir compaixão de empatia, uma vez que são conceitos frequentemente confundidos. A empatia refere-se à capacidade de compreender e sentir o que o outro sente, “colocar-se no lugar do outro”. Já a compaixão vai além da empatia: implica não só sentir *com* o outro, mas também agir para o ajudar.

Assim, uma intervenção perinatal baseada na compaixão procuraria promover e treinar competências de não-julgamento, aceitação, compreensão, gentileza, e cuidado com o objetivo de ajudar estas mulheres a lidar com as emoções desafiantes, que podem surgir nesta fase, de forma mais adaptativa.

Deste modo e com base nesta informação gostaríamos de saber a sua perspetiva sobre a potencial relevância desta abordagem para os profissionais de

saúde nesta área, de que forma este tipo de intervenção poderia ser implementado, e quais os desafios que antecipa na sua implementação.

1. **Com base na explicação anterior, qual a sua opinião sobre a implementação do treino da mente compassiva dirigida aos profissionais de saúde que acompanham grávidas?**

Esta pergunta visa explorar a perceção global do enfermeiro/a sobre a relevância e aplicabilidade da intervenção assim como identificar vantagens, desvantagens e benefícios percebidos ao nível do bem-estar da grávida, do bebé e da relação mãe- bebé.

2. **Como vê o seu papel e/ou o das equipas de enfermagem na aplicação prática dos conhecimentos adquiridos após esta formação?**

Com esta questão procura-se compreender como os enfermeiros percecionam a sua responsabilidade na aplicação prática do conhecimento adquirido e até que ponto antecipam recetividade e disponibilidade por parte das equipas para participar numa intervenção desta natureza. Esta questão também permite identificar obstáculos ou resistências à sua implementação.

3. **Na sua experiência, que mudanças poderiam ocorrer nas grávidas como resultado de serem acompanhadas por profissionais que receberam de forma sistemática/consistente formação sobre abordagens da compaixão?**

Esta pergunta explora os efeitos esperados da aplicação prática da compaixão nos cuidados prestados, nomeadamente em termos de maior aceitação, adesão aos cuidados, tranquilidade emocional e fortalecimento do vínculo com o bebé.

4. **Quais considera serem os aspetos importantes a ter em conta na organização desta formação?**

Esta questão visa recolher sugestões práticas quanto ao formato da intervenção (individual ou em grupo), modalidade (presencial ou online), duração e integração com outras formações já existentes.

- 5. Tem algum comentário adicional que considere importante sobre a viabilidade, impacto ou limitações desta proposta no contexto da prática perinatal?**

Esta questão permite captar sugestões, perceções ou recomendações adicionais que não tenham sido abordadas nas perguntas anteriores.



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

upt.pt



DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome: Margarida da Silva Barbosa Estudante(s) nº 43036 do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde declaro que a Dissertação apresentada para avaliação na(s) Unidade(s) curricular(es) é da minha e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data: 06/10/2025

Assinatura(s).....



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

Declaração sobre o uso de IA Generativa para a realização de trabalhos académicos

Curso/UC: Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde / Dissertação de
Mestrado

Ano letivo: 2024 / 2025

Trabalho: Dissertação de Mestrado

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

Margarida da Silva Barbosa (43036)

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Neste trabalho foram usados sistemas de Inteligência Artificial (IA) Generativa para melhorar a linguagem/estrutura do texto.

O(s) sistema(s) de IA Generativa utilizado(s) neste trabalho foi(foram) o(s) seguinte(s):
ChatGPT

ÂMBITO DE UTILIZAÇÃO

A plataforma Chatgpt foi usada com o intuito de harmonizar, organizar e tornar mais fluida a linguagem do texto.

PROMPTS UTILIZADOS

“Harmoniza o seguinte excerto”

“Organiza a seguinte informação”

outubro, 2025

Assinaturas da estudante

Margarida Barbosa