



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva em adultos

Cátia Alexandra Cordeiro Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Maria da Graça Proença Esgalhado

Covilhã, outubro de 2019

Dedicatória

Aos meus pais, por me terem apoiado em todo o curso, mas principalmente em toda a vida. Sem as suas orientações poderia não estar aqui, nesta fase da vida e com este projeto a terminar.

A ti, avó, pelos valores que me transmitiste, que orientam o meu percurso e que me fazem tentar ser sempre melhor. A ti, minha querida avó, que deixas o meu peito cheio de saudades e uma vontade de brilhar cá em baixo, para que daí me consigas ver. Espero que estejas orgulhosa de mim, porque muito do que faço é por ti... por nós.

Agradecimentos

Este trabalho constitui uma etapa de um ciclo de estudos de extrema importância, para a minha vida profissional e pessoal. Desta forma, e sabendo que os objetivos são pessoais, mas o apoio para os concretizar vêm de várias direções, gostaria de agradecer a todas as pessoas que estiveram sempre a meu lado nesta luta:

Aos meus pais e irmãos por estarem sempre cá para mim;

Às minhas sobrinhas por, simplesmente, existirem.

À minha avó por ter existido na minha vida e por ter sido, mesmo já não estando cá, uma pessoa a quem sempre quis encher de orgulho. Sei que estará muito feliz por saber que estou a formar-me para ajudar os outros.

Ao Nuno, por ser tudo o que é para mim e pelos planos que criou para nós, incluindo nestes planos tudo o que eu amo. Obrigada pela força e por estares sempre a colocar-me para cima. Agora vejo tudo o que queremos a ficar mais próximo.

Aos meus amigos em geral, e em particular à Joana Cunha, à Joana Sousa, ao Tiago Pedrosa, à Petra Freitas e à Beatriz Ambrósio por acreditarem que um dia eu chegaria aqui. À Edna pelo grande apoio e motivação dada. Ao José por ter sido um apoio durante estes anos todos de Licenciatura e mestrado, acreditando mais em mim do que eu mesma. Vocês farão parte de mim, até ao fim.

À minha supervisora de estágio Doutora Isabel Varela, que esteve sempre a apoiar-me nos momentos mais custosos. Foi um anjo que caiu na minha vida. A todos os colegas da ARRISCA, por colocarem as coisas mais leves na minha vida ao longo deste ano letivo. Pelo apoio, força, aprendizagens, pelas brincadeiras e momentos sérios. Um obrigado do tamanho do mundo.

Aos meus professores:

De licenciatura que muito me ensinaram ao longo de três anos, que fizeram-me crescer como pessoa e deram-me uma grande bagagem para ser uma boa futura profissional. Ao apoio que me deram sempre, mesmo já pertencendo a outra universidade. Um bem-haja à Universidade dos Açores, que viu nascer aquilo que sou hoje.

Aos professores da Universidade da Beira Interior, pelos conhecimentos transmitidos, por me terem acolhido numa altura difícil, por estar longe de casa.

Um bem-haja a todos!

Resumo

Introdução: A autocompaixão, considerada uma estratégia de regulação emocional, tem sido associada ao bem-estar (Neff, 2003a), tendo um efeito amortecedor no progresso da psicopatologia (Castilho & Gouveia, 2011). O bem estar subjetivo é a forma como as pessoas avaliam as suas vidas, que abarca a componente afetiva expressa na forma de afeto positivo e negativo (Diener, 1996; Nogueira, 2015). A sintomatologia depressiva, quando diagnosticada, é uma perturbação afetiva/ emocional que envolve alterações a nível cognitivo, emocional, comportamental e fisiológico (Borralha, 2011).

Objetivos: Avaliar a relação entre autocompaixão, sintomatologia depressiva e afeto positivo e afeto negativo, e a variância destas dimensões psicológicas em função do género e grupos de idades.

Participantes: Nesta investigação participaram 520 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=33.8$), dos quais 260 são do sexo feminino 260 do sexo masculino. A maioria está num namoro/compromisso 33.7% ($n=175$), 27.5% ($n=143$) estão solteiros e 20.6% ($n=107$) encontram-se numa união de facto. Em termos de escolaridade 56.1% ($n=292$) têm formação universitária e 175 com 4 anos de escolaridade (33.8%).

Instrumentos: Escala da Autocompaixão (*Self-Compassion Scale - SCS*), adaptada para português, por Castilho e Pinto-Gouveia (2006); Escala do Afeto Positivo e Afeto Negativo – PANAS de Watson, Clark e Tellegen (1988) e Questionário de Saúde Mental - Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) - de Degoratis (2000), adaptado por Canavarro (1999).

Resultados/conclusão: Os resultados obtidos mostram valores elevados de autocompaixão, maiores valores no afeto negativo do que no positivo e níveis elevados de sintomatologia depressiva. Os resultados indicam associação muito fraca entre as variáveis em estudo. Na relação entre as variáveis, a autocompaixão mostra ter uma correlação positiva para com o afeto positivo, negativa com o afeto negativo e sintomatologia depressiva, estando estas duas últimas relacionadas de forma positiva. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias nas variáveis estudadas em função do género e dos grupos de idades.

Palavras-chave

Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo, sintomatologia depressiva.

Abstract

Introduction: *Self*-compassion, considered a strategy of emotional regulation, has been associated with well-being (Neff, 2003a), and has a damping effect on the progress of psychopathology (Castilho & Gouveia, 2011). Subjective well-being is the way people evaluate their lives, which encompasses the affective component expressed in the form of positive and negative affect (Diener, 1996; Nogueira, 2015). Depressive symptomatology, when diagnosed, is an affective / emotional disorder involving cognitive, emotional, behavioral and physiological changes (Borralha, 2011).

Objectives: To evaluate the relationship between *self*-compassion, depressive symptomatology and positive and negative affect, and the variance of these psychological dimensions according to gender and age groups.

Participants: this sample comprised 520 people, aged between 18 and 65 years ($M=33.8$), of which 260 are female and 260 male. Most are in a dating relationship 33.7% ($n = 175$), 27.5% ($n = 143$) are single and 20.6% ($n = 107$) cohabiting. In terms of education 56.1% ($n = 292$) have university education and 175 with 4 years of schooling (33.8%).

Instruments: *Self*-Compassion Scale (SCS), with its original version developed by Neff (2003b), adapted to Portuguese, by Castilho e Pinto-Gouveia (2006); Positive Affect Scale and Negative Affect - PANTS by Watson, Clark and Tellegen (1988); Mental Health Questionnaire - Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) - Degoratis (2000), adapted by canavarro.

Results/Conclusion: The results showed high values of *self*-compassion, higher values in negative affect than in positive affect and high levels of depressive symptomatology. The results indicate a very weak association between the variables under study. In the relationship between the variables, *self*-compassion shows to have a positive correlation with positive affects and negative with negative affects and depressive symptomatology, the latter two being positively related. No statistically significant differences were found between the mean scores in the variables studied according to gender and age groups.

Keywords

Self Compassion, positive affect, negative affect, Depressive symptomatology, anxiety.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Capítulo 1- Introdução	1
Capítulo 2- Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva em adultos.....	3
Autocompaixão	3
Afeto positivo e afeto negativo	5
Sintomatologia Depressiva	6
Método	7
Participantes.....	7
Procedimentos	8
Instrumentos	9
Análise estatística dos dados	11
Resultados	13
Discussão	19
Conclusão	27
Capítulo 3- Considerações finais	29
Bibliografia	31
ANEXO TEÓRICO	39
Fundamentação Teórica.....	41
Autocompaixão	41
Afeto positivo e afeto negativo	62
Sintomatologia Depressiva	72
Bibliografia	81
Instrumentos utilizados na pesquisa	91

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	8
Tabela 2 – Média e Desvio Padrão de variáveis em estudo	14
Tabela 3 – Comparação dos valores médios na autocompaixão em função do género e grupos de idades	15
Tabela 4 – Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann Whitney	16-17
Tabela 5 – Correlações entre as variáveis em estudo	18
Tabela 6 – Estudos sobre a autocompaixão	47-53
Tabela 7 – Estudos sobre o Afeto Positivo e o Afeto Negativo	68-69
Tabela 8 – Estudos sobre o Sintomatologia Depressiva	75-76

Lista de Acrónimos

AC	Autocompaixão
AN	Afeto negativo
AP	Afeto positivo
BES	Bem-estar subjetivo
BSI	Questionário de Saúde Mental - <i>Brief Symptom Inventory 18</i>
SD	Sintomatologia depressiva
M	Média
PANAS	Escala do Afeto Positivo e Afeto Negativo
Rs	Representação coeficiente <i>Spearman</i>
IGG	Índice de Gravidade Global

Capítulo 1- Introdução

A Presente dissertação enquadra-se no projeto “Investigação em Saúde Mental, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico ao longo do Ciclo-Vital”, e intitula-se “Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva em adultos”. O formato da mesma está em artigo científico, com o intuito de poder ser submetida a uma revista com revisão por pares. Assim, este trabalho, encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte, refere-se ao presente capítulo, que faz uma breve introdução ao trabalho; a segunda parte diz respeito ao capítulo 2, que apresenta a investigação em formato de artigo científico, englobando uma breve introdução teórica sobre as variáveis em estudo – autocompaixão, afeto positivo e afeto negativo e sintomatologia depressiva –, o método inclui os participantes, procedimentos, instrumentos e resultados e por último apresenta as conclusões e bibliografia. No terceiro capítulo, encontram-se as considerações finais acerca do trabalho realizado. Por fim tem-se uma quarta parte denominada de anexo teórico, onde se aprofunda a revisão bibliográfica acerca das temáticas estudadas e, anteriormente mencionadas

Com o presente trabalho pretende-se evidenciar a aquisição de competências de investigação requeridas para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, de acordo com o regulamento da formação em psicologia da Universidade da Beira Interior, quer com o que é preconizado em contexto europeu. O Processo de Bolonha de 1999, apareceu na sequência de um compromisso realizado entre vários estados membros da União Europeia (EU), com o intuito de todos os países da EU – a nível do ensino superior – uniformizarem os ciclos de estudos conducentes aos diversos graus académicos, bem como a resultante qualificação profissional. Para a concretização deste objetivo reuniram-se algumas linhas de ação, que atribuem diferentes graus, sendo estas: a adoção de um sistema de ensino superior baseado em dois ciclos, estabelecimento de um sistema de créditos, promoção da mobilidade e da cooperação europeia no domínio da avaliação da qualidade e por fim, promover a dimensão europeia no Ensino Superior. Mais tarde, o Comunicado de Praga acrescenta a promoção da aprendizagem ao longo da vida, tal como um maior envolvimento dos estudantes na gestão das instituições de Ensino Superior, e a promoção de um ensino mais atrativo no Espaço Europeu do Ensino Superior. Com estes acordos, é possível aos estudantes de qualquer estabelecimento de ensino superior, iniciarem

e concluírem a sua formação superior e obter um diploma europeu reconhecido em qualquer estado aderente. Deste modo, criam-se condições para uniformizar a prática profissional, possibilitando a circulação de serviços e pessoas dentro do espaço europeu. Para isso acontecer, o Conselho Europeu e o Parlamento Europeu sugeriram uma melhoria do sistema de reconhecimento e qualificação profissional (*EUROPSY*). Neste sentido, de acordo com estas

entidades, os psicólogos devem ter a oportunidade de se formar ou exercer a prática em qualquer parte da União Europeia, acabando por serem referenciados como psicólogos europeus – “*Registered EuroPsy Psychologist*”. Os psicólogos para obterem a designação de psicólogo europeu registado terão de ter os seguintes requisitos: i) ter completado com sucesso um plano de estudos numa universidade ou instituição equivalente – abrangido por uma lei que garanta o título nacional ou qualificação de psicólogo – com duração de cinco anos no mínimo ou 300 ECTS, com prática supervisionada num total de 360 ECTS; ii) terá de mostrar evidências de competências em pelo menos um ano de prática supervisionada com o parecer positivo do supervisor e de acordo com o Código Ético e Deontológico. Os clientes, cidadãos ou instituições, têm também direito de usufruir de serviços de psicologia aptos e acreditados para a sua área de atuação, dentro do espaço europeu, de acordo com os seus interesses e carências. Foram criados, então, quadros de referências comuns, que comparam e instituem as equivalências das qualificações académicas e profissionais, e que garantem os níveis de qualidade na EU. Uma das suas bases assenta no conceito de competência, que poderá ser observada e avaliada em diferentes contextos, tanto na prática dependente quanto na independente. Em geral, existem grandes dois grupos de competências que o psicólogo tem que demonstrar ter adquirido: a) as competências relacionadas com a prática profissional especializada (competências primárias), que são as atividades e aptidões profissionais prestadas pelos serviços de psicologia num determinado contexto, o estabelecimento de objetivos, a avaliação, intervenção e comunicação, que devem ser reflexo de conhecimentos, compreensão e competências de atuação guiadas de forma ética; b) as competências transversais, comuns a diferentes profissões, que garantem a eficiência e qualidade do serviço prestado. As competências transversais passam pela prática de investigação, a aposta na formação contínua, a capacidade de desenvolver relações interpessoais e a otimização de parcerias e de competências de autorreflexão e de autocritica.

Em suma, a par do desenvolvimento das competências de investigação requeridas para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, o presente estudo visa contribuir para o estudo científico das variáveis em análise.

Capítulo 2- Autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva em adultos

Introdução

Autocompaixão

Apesar da autocompaixão no pensamento filosófico oriental ter sido muito discutida (Neff, 2003a), foi um conceito ignorado na psicologia ocidental (Goleman, 2005), só mais recentemente se lhe tem vindo a dar atenção. A troca de ideias cada vez mais regular entre estes dois pensamentos, tem colaborado com o surgimento de um novo modo de entender e lidar com a saúde mental e com o bem-estar (Gallagher & Shear, 1999; Epstein, 1995; Rubin, 1996). Segundo Neff (2003a) a autocompaixão é uma atitude de calor e de aceitação do sujeito para com o próprio, em acontecimentos negativos ou positivos da sua vida. A autora refere que a autocompaixão é composta por três elementos: i) calor/compreensão – capacidade de ser amável e compreensivo com o *self*; ii) condição humana – o sujeito sabe que é humano e que como humano comete erros/falhas e; iii) *mindfulness* – consciência estável e a aceitação dos próprios sentimentos dolorosos ou não, sem que haja uma sobre-identificação com os mesmos. Estes componentes apesar de diferentes a nível concetual e fenomenológico, interagem entre si e são interdependentes Neff (2003a). Folkman e Moskowitz (2000) afirmam que a autocompaixão poderá ser vista como uma estratégia de regulação emocional útil, onde os pensamentos negativos não são eliminados ou evitados, mas sim encarados de forma consciente, cuidada e compreensiva. Com a autocompaixão, o sujeito acaba por ser menos egocentrista relativamente aos seus problemas e experiências internas, permitindo-lhe lidar melhor com o seu sofrimento (Neff, 2003a; Solovey & Mayer, 1990).

Por seu turno Gilbert (2005), define autocompaixão com base na teoria da vinculação e na teoria das mentalidades sociais, pertencentes à psicologia evolucionária. Gilbert e Procter (2006) afirmam que a autocompaixão advém do sistema fisiológico dos mamíferos, no que concerne à vinculação e ao comportamento de prestação de cuidados. Ou seja, os mamíferos têm sensibilidade aos sinais de cuidado, afeto e sofrimento emitidos pelos outros, o que lhes faz criar e desenvolver mecanismos particulares de vinculação aos outros. Neste sentido o sujeito – que cria na mente um estado de segurança, calor e validação e que se sente amado e desejado – acaba por passar esta forma de ser aos outros em seu redor (Gilbert, 2005). Assim conclui-se que as estratégias da autocompaixão relacionam-se com o sistema de vinculação e segurança, levando o sujeito a um estado de calma interna, aceitação e a comportamentos de exploração e criatividade para com o eu. Estas mesmas estratégias ao estarem interligadas com a mentalidade social de prestação de cuidados levam o sujeito a ter simpatia, empatia e afeto

por si próprio. Neste sentido, uma experiência de vida precoce com estas características acaba por criar e desenvolver um sistema de afeto positivo de calor e compaixão (Kunce & Shaver, 1994 citado por Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken, & Mikulincer, 2005; Gilbert, 2005). Na indisponibilidade das figuras de vinculação há um impedimento do desenvolver de um sistema de segurança, surgindo outras estratégias de regulação do afeto como: evitamento, vergonha, autocrítico, ansiedade (Gilbert, 2005a). Deste modo, o desenvolvimento de um sistema de afeto positivo, é substituído por um sistema de defesa-ameaça que ativa o afeto negativo (Gilbert, 1989).

Diversos estudos realizados têm demonstrado que a autocompaixão é um forte preditor de saúde mental e do bem-estar. No estudo de Neff e McGehee (2010) os resultados corroboram com o anteriormente mencionado, pois mostram uma associação forte entre a autocompaixão e o bem-estar subjetivo. Neff, Kirkpatrick e Rude (2007), Costa (2015) e Phillips e Ferguson (2012), apuraram que a autocompaixão está associada de forma negativa com o autocrítico, com a depressão, ansiedade, ruminação e com a afetividade negativa. Também verificaram que a mesma está positivamente associada com a satisfação com a vida, felicidade, inteligência emocional, iniciativa pessoal, otimismo, conectividade social, curiosidade, exploração, agradabilidade, extroversão, conscienciosidade e com a afetividade positiva no geral. Também Gaspar (2014) corroborou a associação da autocompaixão e os níveis de saúde mental e bem estar, evidenciando que existe uma correlação significativa negativa e alta entre depressão e autocompaixão. Castilho e Pinto-Gouveia (2011) afirmam que a autocompaixão modela os efeitos sobre a depressão. No estudo de Neff (2003), refere-se que a autocompaixão tem uma associação muito forte com a saúde mental. Para Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), a satisfação com a vida está moderadamente correlacionada, de forma positiva e estatisticamente significativa, com a autocompaixão. Ainda no estudo de Phillips e Ferguson (2012) é nos indicado que a autocompaixão está associada ao bem-estar psicológico. Assim, a autocompaixão mostra-se ser uma capacidade humana muito relevante devido à sua importância na saúde mental (Hazan & Shaver, 1987). Relativamente à autocompaixão em função do género e da idade, os estudos de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018) e de Phillips e Ferguson (2012) revelam que a autocompaixão não apresenta diferenças estatisticamente significativas em função do género e da idade. Em relação ao género, Neff e Pommier (2012) obtiveram os mesmos resultados. Já na pesquisa de Souza e Hutz (2016), afirma-se que são as mulheres, com idades superiores aos 30 anos, que sentem maiores níveis de autocompaixão. Estes resultados não são corroborados nos estudos de Costa (2015), Cunha, Xavier e Vitória (2013), Neff (2003) e de Garcia (2014) que afirmam que o sexo masculino é quem apresenta uma autocompaixão superior. Em relação à idade, e apesar de nos estudos de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), Phillips e Ferguson (2012) e Fontinha (2009) ter sido averiguado que não estava associada à autocompaixão, Neff e Pommier (2012), afirmam que a mesma é preditora da autocompaixão. Os autores acrescentam que a autocompaixão é superior em pessoas mais velhas, com uma média de idades de 40 anos, do que em pessoas mais novas

(M=20). Neff e McGehee (2010) comparam jovens adultos e adolescentes em termos de autocompaixão, e não encontraram diferenças estatisticamente significativas. Ainda no estudo de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018) é descrito que os idosos não institucionalizados têm valores mais elevados de autocompaixão, quando comparados com aqueles que frequentam os centros de dia.

Afeto positivo e afeto negativo

Uma das componentes do bem estar subjetivo é a componente afetiva, que compõe duas respostas afetivas das pessoas, expressas em forma de afetos positivos e negativos (Andrews & Withey, 1976). O afeto positivo está ligado aos sentimentos de entusiasmo, estados de alerta e ativação do sujeito. O afeto negativo, pelo contrário, está relacionado com a angústia e insatisfação, que abarca uma diversidade de estados de humor aversivos como a raiva, culpa, desgosto e medo (Andrews & Withey, 1976; Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Muitos estudos encontrados investigam mais o bem-estar, e apenas referem de forma breve os afetos. Neves (2011) mostrou que indivíduos que praticam meditação e que têm elevado traço de *mindfulness* evidenciam valores mais elevados de afeto negativo do que indivíduos com baixo traço de *mindfulness*. No mesmo estudo, e relativamente a não praticantes de meditação, os indivíduos com elevado traço de *mindfulness* distinguem-se significativamente dos com baixo traço de *mindfulness* quanto ao afeto positivo e negativo. Indivíduos praticantes de meditação com níveis elevados na escala total de *mindfulness* e na dimensão de não julgar apresentam níveis baixos de afeto negativo. Indivíduos com os níveis mais elevados de *mindfulness* e nas dimensões “observar” e “descrever” exibem uma correlação positiva baixa moderada e significativa com o afeto positivo. O estudo de Batista (2010) revela que os afetos no trabalho mediarão de forma substancial a relação entre a inteligência emocional e a satisfação no trabalho. O mesmo estudo refere que o afeto positivo tem uma associação alta, negativa e significativa com o afeto negativo. É de referir que autores como Snyder e Lopez (2009), afirmam que normalmente não é possível senti-los em simultâneo, pois encontram-se inversamente correlacionados, e são independentes entre si. Porém, os mesmos autores acrescentam que há indícios de que o stresse do dia-a-dia pode alterar este estado, podendo levar o indivíduo a experimentar alegria e raiva ao mesmo tempo e que a vivência de afeto positivo é um constituinte significativo ao desenvolvimento da resiliência. Noronha e Mansão (2012) observaram que os afetos negativos se correlacionam mais fortemente com ciências exatas e atividades burocráticas (gerenciar serviços, participar de processos de seleção, admissão e demissão, entre outros). Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), afirmam que a satisfação com a vida apresenta uma associação moderada negativa com os afetos negativos e uma correlação baixa positiva com os afetos positivos. Neste estudo a idade evidenciou não estar associada com o afeto negativo e a escolaridade revelou ter apenas uma associação positiva baixa com o afeto positivo. No mesmo estudo, e relativamente ao afeto positivo, apurou-se que os indivíduos não institucionalizados apresentam valores elevados relativamente aos indivíduos que frequentam centros de dia. Quanto ao afeto negativo não foram encontradas

diferenças estatisticamente significativas. Silva (2009), nos seus resultados mostra que a reavaliação cognitiva, busca de gratificação, (subdimensões do coping de aproximação e evitamento) têm correlação positiva significativa com a vivência de afetos positivos. Ao contrário da dimensão evitamento cognitivo e da subdimensão do coping aproximação – habilidade de análise lógica – que tem uma relação negativa com os afetos positivos.

Sintomatologia Depressiva

A depressão é considerada uma perturbação emocional que envolve alterações na cognição, emoção, comportamentos e fisiologia; caracteriza-se por um humor depressivo elevado, perda de interesse e prazer, alteração no apetite e consequentemente no peso, cansaço, sono, sentimentos de culpa e desvalorização, com diminuição das capacidades relacionadas com o pensamento, concentração e tomada de decisão. Esta patologia, dependendo da sintomatologia apresentada, pode ter consequências no funcionamento individual e social do sujeito a ponto do mesmo ficar com limitações em diferentes áreas/situações (Borralha, 2011).

Neves (2011) num estudo com 121 indivíduos, evidenciou que em ambas as amostras – de praticantes (n=53) e não praticantes (n=68) de meditação/Yoga – os indivíduos com elevado nível de *mindfulness* apresentam níveis mais baixos de depressão. Na amostra de não praticantes de meditação o total do nível de *mindfulness* apresenta uma correlação negativa com a psicopatologia, nas subescalas de ansiedade, depressão e stresse. No estudo de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), verifica-se uma diferença estatisticamente significativa quanto à perceção da saúde mental, e são os idosos não institucionalizados que apresentam valores mais elevados em relação aos que se encontram no centro de dia. O mesmo estudo aponta para uma associação negativa fraca entre a idade e o afeto positivo, e uma correlação negativa bastante fraca entre a idade e a perceção de saúde mental. Ainda quanto à saúde mental, a escolaridade evidenciou ter uma correlação muito baixa com a perceção de saúde, porém significativa. Ainda sobre a saúde mental, no estudo de Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian e Brahler (2010), realizado só com homens, é afirmado que o aumento da importância da saúde se verifica em pessoas de meia-idade (51-60 anos), e que a depressão não sofreu mudanças em função da idade. O mesmo estudo acrescenta que a satisfação com a vida está ligada à ausência de depressão, o mesmo é concluído no estudo de Borralha (2011). Para esta autora os indivíduos que têm mais sintomatologia depressiva têm menos pensamentos automáticos positivos e a sintomatologia depressiva é independente dos acontecimentos de vida. No estudo de Lim, Lim, Gwee, Nyunt, Kumar e Ng (2015), realizado com pessoas com idades superiores a 55 anos verifica-se que há existência de níveis baixos de depressão. Já no estudo de Bernardino (2013), são os idosos com má perceção da sua saúde que sentem maiores níveis de depressão. No mesmo estudo os resultados apontam para maiores níveis de depressão em idosos institucionalizados e com uma situação económica baixa. Por fim, e em relação à relação da depressão com o exercício físico, verifica-se uma correlação negativa.

Método

O presente estudo tem um caráter observacional-descritivo, inferencial e correlacional. Os dados foram recolhidos num único momento temporal, assumindo assim um design transversal (Ribeiro, 2010). A metodologia utilizada foi de caráter quantitativo, que pretende através da recolha de dados, análise, descrição e interpretação criar teorias (Bogdan & Biklen, 1994). As variáveis principais foram a autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo e sintomatologia depressiva.

A presente investigação que tem como objetivos: i) avaliar os níveis de autocompaixão e suas dimensões, de afeto positivo e negativo, de sintomatologia depressiva e o Índice de Gravidade Global (IGG); ii) verificar se existem diferenças estatisticamente significativas das variáveis em estudo – autocompaixão e suas dimensões, afeto positivo e negativo, sintomatologia depressiva e IGG – em função do género e grupos de idades; iii) Analisar a relação entre as variáveis – autocompaixão, afeto positivo e negativo, sintomatologia depressiva e IGG – e os grupos de idade.

Participantes

A amostra é constituída por 520 sujeitos, 260 eram do género masculino e 260 do género feminino. Foi recolhida via *online*, e decorreu do mês de outubro a dezembro de 2018. A amostra foi obtida por conveniência, sendo os critérios de inclusão para participar: ter uma idade superior a 18 anos e falar e escrever em português.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes deste estudo. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 20 e os 65 anos. É de salientar que se recodificou a variável idade em dois grupos de idades: o primeiro contém os indivíduos com idades compreendidas entres os 20 e os 40 anos, o segundo comporta os indivíduos com idades entre os 41 e os 65. A média de idade é de 33.8 anos (DP= 11.57). No que respeita ao estado civil, constata-se que a maioria dos participantes está num namoro/compromisso 33.7% (n=175), sendo que 27.5% (n=143) estão solteiros, 20.6% (n=107) estão em união de facto, casados 11.5% (n=60), divorciados/separados 35 (6.7%), totalizando as 520 pessoas. Em relação à escolaridade, a maioria dos sujeitos apresentam habilitações literárias elevadas, como formação universitária (de licenciatura a doutoramento) correspondendo a 56.1% (n=292), com 4 anos de escolaridade 175 sujeitos (33.8%), com 12 anos de escolaridade 8.1% (n=42) e com 9 anos 1.9% (n=10). Por fim, a nível de local de residência, a maioria dos sujeitos 447.3% (n=246) vivem em cidades pequenas, 22.9% (n=119) vivem em grandes cidades, 105 pessoas (20.2%) vivem num pequeno meio rural e 50 sujeitos (9.6%) vivem num grande meio rural.

Tabela 1.

Caraterização sociodemográfica da amostra

	N	n	%
Estado Civil	520		
Namoro/compromisso		175	33.7
União de facto		107	20.6
Divorciado		35	6.7
Solteiros		143	27.5
Casados		60	11.5
Escolaridade	520		
Formação Universitária		292	56.1
4 anos de escolaridade		178	33.8
12 anos de escolaridade		42	8.1
9 anos de escolaridade		10	1.9
Local de residência	520		
Cidades pequenas		246	47.3
Cidades grandes		119	22.9
Pequeno meio rural		105	20.2
Grande meio rural		50	9.6

Procedimentos

Para a recolha de informação criou-se uma página *online* para disseminação dos instrumentos. A divulgação foi realizada através de redes sociais, tais como o Facebook, contas de e-mails, Instagram, entre outras. Respeitaram-se os princípios éticos da investigação, nomeadamente o consentimento informado – que esclarecia o carácter voluntário do preenchimento do protocolo – e a garantia de confidencialidade. Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo e foi fornecido o contato para eventuais esclarecimentos.

A escolha do tipo de recolha deveu-se a vários motivos, entre eles o facto de as sondagens na Internet serem cada vez mais populares na pesquisa de mercados pelas vantagens inquestionáveis de baixo custo, rapidez de recolha e processamento dos dados e potencialidades na construção dos questionários (Vicente & Reis, 2008). Em concordância estão vários autores, no que concerne às vantagens fundamentais da utilização do método de coleta de dados via Internet, sendo estas: o baixo custo (Couper, 2000; Couper & Miller, 2008; Fleming & Bowden, 2009), a velocidade da realização da pesquisa, ou seja, os questionários podem ser avaliados em menor tempo e entregues com um “clique” (Thach, 1995; Bethlehem, 2010; McDonald & Adam, 2003), o valor monetário baixo, economizando com os entrevistadores, digitalização e a impressão de questionários (tinteiros e folhas), os dados podem ser organizados

de forma mais célere (Calliyeris & Casas, 2012). Outras vantagens deste método de recolha de dados, segundo Thach (1995), são a conveniência do entrevistado, a ausência da interferência dos entrevistadores, as respostas acabam por ser mais honestas e transparentes do que com a utilização de outros métodos, principalmente no que diz respeito a questões de foro mais privado ou questões mais sensíveis. Quanto aos temas “sensíveis”, e através do método em questão, deixa os respondentes mais à vontade para expressarem-se relativamente a temas mais polémicos a nível social, pois mantem uma distância social (Tourangeau & Smith, 1996). É de salientar que, como todos os métodos, a recolha de dados via internet também tem desvantagens, tais como o erro de cobertura, que acontece quando não existe sincronismo entre a população alvo e a população selecionada para representá-la (Couper, 2000). Outra desvantagem, é o facto de os respondentes necessitarem de um meio tecnológico que lhes permita responder ao questionário *online* (Sax, Gilmartin & Bryant, 2003), e a ausência de qualquer controlo por parte do investigador relativamente às respostas e aos participantes.

Instrumentos

Para avaliar as variáveis em estudo, a autocompaixão, a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo e a sintomatologia depressiva selecionaram-se os seguintes instrumentos tendo em consideração as suas propriedades psicométricas.

Foi contruído um questionário sociodemográfico com vista à recolha de dados que caracterizam a amostra. Visa recolher informações, tais como, a idade, o sexo, o meio de residência, os anos de escolaridade, estado civil, entre outras informações acerca dos participantes.

Escala da Autocompaixão - *Self-Compassion Scale* - SCS de Neff (2003b) na versão adaptada para português por Castilho e Pinto-Gouveia (2006)

Foi utilizada a Escala da Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* - SCS), versão original desenvolvida por Neff (2003b), adaptada para português, por Castilho e Pinto-Gouveia (2006). Tem 26 itens e 6 subescalas: i) Calor/compreensão (itens 5, 12, 19, 23, 26); ii) Autocrítica (itens 1, 8, 11, 16, 21); iii) Humanidade comum (itens 3, 7, 10, 15); iv) Isolamento (itens 4, 13, 18, 25) ; v) *Mindfulness* (itens 9, 14, 17, 22) e; vi) Sobre-identificação (itens 2, 6, 20, 24). As respostas têm um formato tipo Likert de 5 pontos, que vão desde o 1 (quase nunca) ao 5 (quase sempre). Quanto maior for a pontuação maior será o nível de autocompaixão do sujeito. Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total da escala. Esta escala, na versão de Castilho e Pinto-Gouveia (2006), mostrou ter uma boa consistência interna com um valor do alfa de Cronbach de 0.89, e estabilidade temporal. Na presente investigação, utilizar-se-á apenas a pontuação total deste instrumento, que revela ter uma boa consistência interna (α de Cronbach de 0.80).

Escala do Afeto Positivo e Afeto Negativo – PANAS de Galinha, Pereira e Esteves (2014)

Watson, Clark e Tellegen em 1988 construíram duas escalas, compostas por 10 itens cada uma. O intuito destas escalas é o de avaliar o afeto positivo e negativo de forma a permitir descrever a experiência afetiva dos sujeitos de modo geral e, também, o bem-estar subjetivo (Costa, 2013). Foi adaptada para a população portuguesa por Galinha, Pereira e Esteves (2014), a Escala do Afeto Positivo e Afeto Negativo – PANAS. Quanto ao instrumento em si, esse contém 10 itens, representativos de todas as categorias de emoções do afeto negativo (5 itens) e do afeto positivo (5 itens) da versão de Watson, Clark e Tellegen (1988). Estes dois construtos são habitualmente considerados como independentes e ortogonais (Galinha & Ribeiro, 2005), pelo que os dois fatores coexistem ao mesmo tempo no comportamento de um indivíduo. O sujeito deverá indicar, através de uma escala tipo Likert, para cada emoção, geralmente em que medida sente cada uma daquelas emoções, através das seguintes opções: “nada ou muito ligeiramente”; “um pouco”; “moderadamente”; “bastante” e; “extremamente”. A cotação da escala permite obter a afetividade positiva através da soma dos itens: 1, 3, 5, 6 e 9, e a afetividade negativa através do somatório dos itens: 2, 4, 7, 8 e 10. As respostas válidas podem variar entre 5 a 25 pontos, relativamente para cada subescala. É de referir que esta versão do PANAS, apresentou uma boa consistência interna, para o afeto positivo de 0.86 e no afeto negativo foi $\alpha = .89$ (Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Questionário de Saúde Mental - Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) de Degoratis (2000)

O Questionário de Saúde Mental - *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18) - de Degoratis (2000), foi desenvolvido e adaptado das versões BSI (Brief Symptom Inventory) e SCL-90 (Symptom Checklist-90). Este instrumento de rastreio do mal-estar, de autorresposta, avalia 3 dimensões: ansiedade, sintomatologia depressiva e somatização, e serve como despiste das perturbações psiquiátricas mais comuns. Pode ser administrado a qualquer pessoa da população. O BSI-18 é composto por 18 itens, com resposta tipo likert de 4 pontos (de 0 = Nada a 4 = Extremamente). A escala é composta por 3 fatores, cada um constituído por 6 itens: ansiedade (3, 6, 9, 12, 15, 18), depressão (2, 5, 8, 11, 14, 17) e somatização (1, 4, 7, 10, 13, 16) (Canavarro, 2007). A somatização avalia o mal-estar que está associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente como, por exemplo, o sistema gastrointestinal. A depressão avalia os sintomas centrais das perturbações depressivas, como é o caso do humor disfórico, anedonia, desesperança, ideação suicida. A Ansiedade inclui indicativos como o nervosismo, tensão, agitação motora e apreensão. O índice geral de sintomas (IGS) corresponde ao somatório das três dimensões. Indicando, pontuações superiores, maior sintomatologia patológica (Degoratis, 2001). Para obter-se as pontuações de cada dimensão, deve-se somar os valores dos itens que correspondem a cada dimensão e, de seguida, dividir a soma pelo número de itens de cada dimensão. Quanto ao cálculo do índice global efetua-se da seguinte forma: Índice de Gravidade Global (IGG) - soma de todos os itens e depois dividir pelo número total de respostas válidas

(maior do que 0); e Índice de Sintomas Positivos (ISP) - divisão da soma de todos os itens pelo valor do índice anterior (Canavarro, 2007). Os indivíduos que se encontram perturbados emocionalmente apresentam valores mais elevados nas dimensões e nos índices globais, deste modo, o grau de psicopatologia é maior quanto maior for a pontuação. É de salientar que o alfa de *Cronbach* deste instrumento foi considerado muito bom, com um valor de 0.89 (Canavarro, 2007)

Análise estatística dos dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. Inicialmente, procedeu-se à criação da base de dados, através da passagem dos dados do Excel para o SPSS, depois foram eliminados todos os sujeitos que deixaram respostas em brancos.

Em primeiro lugar, foram criados grupos para comparação em função da idade, de acordo com as etapas de desenvolvimento de Papalia, Feldman e Olds (2006), onde a divisão foi feita em dois grupos de idades, o primeiro dos 20 aos 40 anos – vida adulta intermédia – e o segundo dos 41 aos 65 anos – vida adulta tardia. Posteriormente, recorreu-se à estatística descritiva para caracterizar os participantes da amostra, de acordo com os aspetos sociodemográficos. As variáveis foram analisadas através da média (medida de tendência central) e do desvio padrão (medida de dispersão), recorrendo, também, a frequências absolutas.

Para analisar a precisão dos dados recorreu-se à consistência interna, mais propriamente ao cálculo do Alfa de *Cronbach* (Marroco & Garcia-Marques 2006), que é considerado como a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). Segundo DeVellis (1991), o alfa não é aceitável quando é inferior a 0.50, considera-se mau entre 0.50 e 0.60, aceitável entre 0.60 e 0.70, bom entre 0.70 e 0.80, muito bom entre 0.80 e 0.90 e, por fim, quando superior a 0.90 considera-se excelente.

Recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov, segundo o qual, de acordo com os resultados alcançados ($p > 0.05$) a variável em estudo segue uma distribuição normal, quando ($p < 0.05$) a variável em estudo não segue uma distribuição normal. Tendo em conta os resultados da normalidade, a escala autocompaixão com as variáveis grupos de idade e género seguem uma distribuição normal pelo que se utilizaram testes paramétricos, as restantes escalas/dimensões (afeto positivo, afeto negativo, sintomatologia depressiva e dimensões da autocompaixão) não seguem uma distribuição normal pelo que se recorreu a testes não paramétricos. Utilizei o *Teste-t* para amostras independentes e a sua alternativa não-paramétrica Mann Whitney, para comparar médias em dois grupos distintos.

Com a finalidade de verificar a associação entre variáveis foi utilizado o coeficiente de *Spearman*, uma vez que a idade em associação com as escalas referidas anteriormente não segue uma distribuição normal. Este coeficiente permite avaliar a direção, positiva ou negativa,

da correlação (Martins, 2011) e a intensidade da associação, sendo definido que valores que se encontram abaixo de 0.19 indicam uma correlação muito baixa, entre 0.20 e 0.30 uma correlação baixa, entre 0.40 e 0.69 uma correlação moderada, e se os valores forem entre 0.70 e 0.89 pode assumir-se que é uma correlação elevada, enquanto valores acima de 0.89 mostram uma correlação muito elevada (Poeschl, 2006).

Resultados

Em primeiro lugar, são apresentadas as análises da consistência interna para as escalas/instrumentos e respectivas dimensões. Posteriormente apresentar-se-á uma descrição dos resultados relativos à autocompaixão e suas dimensões, afetos positivos e negativos, sintomatologia depressiva e índice geral de sintomas. Em seguida, expõem-se comparações de médias em dois grupos diferentes na autocompaixão, dimensões da autocompaixão, afetos positivos e negativos, IGG e sintomatologia depressiva em função da idade e do género. Posteriormente, analisa-se a associação entre as variáveis referidas anteriormente. Por fim, analisa-se a relação das variáveis entre si. Os resultados serão apresentados consoante os objetivos.

Como referido, o primeiro passo foi o de analisar a consistência interna, através do alfa de *Cronbach*, para cada escala e itens, tendo em conta os critérios de DeVellis (1991). No presente estudo os valores de alfa de *Cronbach* demonstram uma boa consistência interna. No concerne ao alfa de *Cronbach* para a autocompaixão, foi de 0.846, valor este que é considerado como muito bom; para o afeto positivo 0.808, considerado um valor muito bom; 0.731 para o afeto negativo considerado bom; 0.598 para a sintomatologia depressiva que é considerado aceitável e; por último o BSI com 0.676 considerado como aceitável.

i) Avaliar os níveis de autocompaixão suas dimensões de afeto positivo e negativo e da sintomatologia depressiva e IGG na amostra

Na Tabela 2 podem-se observar as médias e o nível do desvio padrão relativamente à autocompaixão e suas dimensões, afetos positivos e negativos, sintomatologia depressiva e IGG na amostra deste estudo. A média para autocompaixão foi de 72.75 ($DP= 3.66$), no artigo de validação a média encontra-se nos 84.04, ou seja, a amostra do presente estudo parece sentir menos autocompaixão relativamente à do artigo de validação. Uma média de 13.58 ($DP= 4.83$) para os afetos positivos e de 19.67 ($DP= 3.94$) para os afetos negativos. Uma média de 19.57 ($DP= 3.49$) para a sintomatologia depressiva e para o IGG uma média de 60.76 ($DP= 6.56$). No artigo de validação das variáveis anteriormente mencionadas as médias foram inferiores, o que parece significar um menor IGG e sintomatologia depressiva, comparativamente ao presente estudo. Em relação às dimensões da autocompaixão, para a humanidade obteve-se uma média de 11.60 ($DP= 3.98$), de 12.35 ($DP= 3.82$) para o *mindfulness*, de 14.15 ($DP= 4.60$) para o calor/compreensão, de 14.46 ($DP= 3.93$) para a autocrítica, de 12.72 ($DP= 3.45$) para o isolamento e de 11.00 ($DP= 3.47$) para a sobre-identificação. Como é possível averiguar, através da Tabela 2, relativamente às dimensões da autocompaixão, todas encontram-se com médias superiores às do artigo de validação, exceto a humanidade e sobre-identificação que se encontram com valores inferiores. O que parece indicar que a presente amostra sente menos humanidade e sobre-identificação do que a amostra do artigo de validação, no entanto e

relativamente às outras dimensões da autocompaixão a amostra do presente estudo parece sentir mais.

Em suma, no que respeita à presente investigação a amostra apresenta valores elevados de autocompaixão, valores mais elevados de afetos negativos quando comparados com os afetos positivos, relativamente à sintomatologia depressiva a amostra apresenta níveis elevados e quanto ao IGG a amostra parece apresentar um mal estar psicológico. Em relação às dimensões da autocompaixão, e como se pode verificar, as que se encontram com valores abaixo da média são a sobre-identificação, humanidade comum e *mindfulness*. Por outro lado as dimensões com os valores mais elevados são a autocrítica, calor/compreensão e isolamento, sucessivamente.

Tabela 2.
Média e Desvio Padrão das variáveis em estudo

	<i>Amostra</i>		<i>Artigo de validação</i>	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
SD	19.57	3.49	4.04	4.52
IGG	60.7673	6.56	12.59	11.20
AC	72.75	9,58	84.04	13.25
Humanidade	11.60	3.98	12.45	3.92
<i>Mindfulness</i>	12.35	3.82	12.12	3.65
Calor/compreensão	14.15	4.60	14.75	468
Autocrítica	14.46	3.93	17.51	4.99
Isolamento	12.72	3.45	13.63	3.93
Sobre-identificação	11.00	3.47	13.58	3.92
Afetos positivos	13.58	4.83		
Afetos negativos	19.67	3.94		

- ii) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, das variáveis em estudo – autocompaixão e suas dimensões, afeto positivo e negativo, sintomatologia depressiva e índice geral de sintomas – em função do género e grupos de idades

Na Tabela 3 são apresentados os resultados na escala total da autocompaixão, ao nível do género e grupos de idades na amostra. A análise das diferenças na autocompaixão em relação ao género e aos grupos de idades revelou que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos valores obtidos nas variáveis em análise ($p > 0.05$).

Tabela 3.
Comparação dos valores médios na autocompaixão em função do género e grupos de idades

				<i>t</i>	DF	<i>P</i>
		M	DP			
AC	H	72.84	8.68	0.22	518	0.83
	M	72.66	10.43			
		M	DP			
AC	+ velhos	72.86	9.62	0.493	517	0.97
	+ novos	72.41	9.41			

Relativamente à análise das diferenças entre os valores médios nas dimensões da autocompaixão, afetos negativos, afetos positivos, IGG e sintomatologia depressiva em função do género e dos grupos de idades, que estão apresentados na Tabela 4, foi utilizado o teste Mann Whitney. Foi observado, através dos resultados, que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$). Ou seja, tendo em conta a análise das diferenças estatisticamente significativas na autocompaixão, afeto positivo, afeto negativo, IGG e sintomatologia depressiva em função do género e grupos de idades, averiguou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. Em suma, estas variáveis não se mostraram relacionadas com o género e grupos de idades.

Tabela 4.
Apresentação dos resultados relativos ao teste Mann Whitney

		<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>Sig</i>
Género					
Calor/Compreensão	Homens	259.04	33421.50	-.221	.825
	Mulheres	261.96			
Género					
Humanidade	Homens	256.24	32566.50	-.722	.470
	Mulheres	255.76			
Género					
Mindfulness	Homens	264.54	32749.00	-.616	.538
	Mulheres	256.46			
Género					
Autocrítica	Homens	257.24	32951.50	-.497	.619
	Mulheres	263.76			
Género					
Isolamento	Homens	261.29	33594.50	-1.20	.904
	Mulheres	259.71			
Género					
Sobre-identificação	Homens	254.24	32328.50	-.863	.388
	Mulheres	266.16			
Grupos de Idades					
Calor/Compreensão	20-40 anos	262.40	27011.00	-.568	.570
	41-64 anos	254.20			
Grupos de Idades					
Humanidade	20-40 anos	265.20	25983.00	-1.232	.218
	41-64 anos	247.44			
Grupos de Idades					
Mindfulness	20-40 anos	265.74	25786.00	-1.360	.174
	41-64 anos	246.14			
Grupos de idades					
Autocrítica	20-40 anos	255.22	26139.00	-1.131	.258
	41-64 anos	271.53			
Grupos de Idades					
Isolamento	20-40 anos	260.40	27746.50	-.094	.925
	41-64 anos	259.04			
Grupos de Idades					
AC Sobre-identificação	20-40 anos	260.43	32328.50	-.103	.918
	41-64 anos	258.95			

Tabela 4. (continuação)

		<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>Sig</i>
Género					
<i>IGG</i>	Homens	270.33	31244.00	-1.494	.135
	Mulheres	250.67			
Género					
<i>SD</i>	Homens	256.83	33299.00	-.294	.768
	Mulheres	267.65			
Género					
<i>AN</i>	Homens	252.11	32773.00	-.604	.546
	Mulheres	279.05			
Género					
<i>AP</i>	Homens	264.45	33424.00	-.220	.826
	Mulheres	256.55			
Grupos de idades					
<i>IGG</i>	20-40 anos	256.62	26729.00	-.749	.454
	41-64 anos	267.65			
Grupos de idades					
<i>SD</i>	20-40 anos	255.62	26283.00	-1.042	.297
	41-64 anos	270.59			
Grupos de idades					
<i>AN</i>	20-40 anos	252.11	24996.50	-1.877	.061
	41-64 anos	279.05			
Grupos de idades					
<i>AP</i>	20-40 anos	267.37	25186.00	-1.747	0,081
	41-64 anos	242.20			

iii) Analisar a associação entre autocompaixão, afeto positivo e negativo, sintomatologia depressiva e IGG

Através da análise da associação das variáveis, pode-se constatar que a autocompaixão está correlacionada de forma negativa com os afetos negativos e de forma positiva com os afetos positivos. Ou seja, quando a autocompaixão aumenta os afetos negativos diminuem (vice-versa) e os afetos positivos aumentam (vice-versa). Os resultados revelaram que não há correlação entre a autocompaixão e a sintomatologia depressiva. Por outro lado, a autocompaixão tem uma correlação negativa com o índice geral de sintomas, ou seja, quando a autocompaixão aumenta o IGG diminui (vice-versa). Quanto aos afetos negativos esses correlacionam-se de forma positiva tanto com a sintomatologia depressiva quanto com o IGG, ou seja, ao aumentarem os afetos negativos o IGG e a sintomatologia depressiva também aumenta e vice-versa. No que concerne aos afetos positivos, estes estão correlacionados de forma negativa tanto com a sintomatologia depressiva quanto com o IGG, ou seja, quando os afetos positivos diminuem o IGG e a sintomatologia depressiva aumentam, e o contrário também acontece.

Tabela 5.
Correlações entre as variáveis em estudo

Correlações	Afetos neg	Afetos pos	Autocritica	Isolam.	Sobre_ident	Calor/comp	Humanid.	Mindful.	Total_AC	Sint. Dep	IGS
Afetos Pos	1,000										
Afetos Pos	-,136	1,000									
Autocritica	-,101*	,014	1,000								
Isolam.	-,066	,072	,490**	1,000							
Sobre_ident	-,103*	,076	,507**	,520**	1,000						
Calor/comp	-,074	,166**	-,269**	-,209**	-,235**	1,000					
Humanid.	,003	,016	-,387**	-,368**	-,348**	,352**	1,000				
Mindful.	-,060	,074	-,317**	-,306**	-,326**	,509**	,486**	1,000			
Total_AC	-,113**	,105*	,390**	,410**	,398**	,501**	,236**	,422**	1,000		
Sint. Dep.	,128**	-,265**	-,061	-,048	-,047	-,065	,011	-,033	-,082	1,000	
IGG	,225**	-,215**	-,123**	-,121**	-,077	-,098*	,033	-,020	-,138**	,723**	1,000

Discussão

i) Avaliar os níveis de autocompaixão, de afeto positivo e negativo e de sintomatologia depressiva na amostra

Os resultados, para a autocompaixão, mostraram-se elevados. No estudo de Freitas (2011) realizado a 1444 sujeitos, com uma média de idades de 24.50, com 343 sujeitos do sexo masculino e 1101 do sexo feminino, verificou-se que a amostra tende a ter atitudes pouco autocompassivas. É de salientar que existem variáveis distintas em ambos os estudos como a idade, gênero e número da amostra que podem ter influência sobre os resultados. Relativamente aos afetos positivos os participantes evidenciaram valores inferiores aos afetos negativos, o que não se verificou nos estudos de Costa (2015), Noronha e Mansão (2012), Laginha (2015) e Silva (2009). Nestas pesquisas os afetos positivos prevalecem sobre os afetos negativos. Assim pode-se depreender, relativamente à amostra do presente estudo, que os sujeitos possuem mais afetos associados a momentos não prazerosos. Efetivamente, Watson e cols. (1988) afirmam que o afeto negativo é indicador de uma dimensão geral de angústia e insatisfação, o que parece estar de acordo com os valores obtidos na sintomatologia depressiva, pois a amostra apresentou ter níveis elevados da mesma. No estudo de Lim, Lim, Gwee, Nyunt, Kumar e Ng (2015), realizado a pessoas com mais de 55 anos, a população estudada também evidenciou a existência de sintomatologia depressiva, porém, em níveis baixos. Também no estudo de Smith e Hollinger-Smith (2014) os participantes mostraram níveis baixos de sintomatologia depressiva. No que concerne ao IGG, os resultados parecem mostrar que a amostra sente um mal estar psicológico. Este resultado acaba por seguir a tendência dos resultados anteriores, onde apresenta-se um prevalência de afetos negativos e pelo elevado nível de sintomatologia depressiva. Os valores nas dimensões da autocompaixão mais elevados foram na autocrítica, isolamento e calor/compreensão. Enquanto os valores mais baixos foram obtidos nas dimensões sobre-identificação, humanidade comum e *mindfulness*. O que parece indicar que os participantes utilizam mais a autocrítica e o isolamento, recorrendo pouco à experiência de *mindfulness* e humanidade comum, pode afirmar-se que há uma correlação negativa entre estas dimensões da autocompaixão (*mindfulness* e humanidade comum) e a sintomatologia depressiva, o que poderá levar a esses valores mais elevados de sintomatologia depressiva, IGG e afetos negativos. Na verdade, Diener (1995) refere que um sujeito que sente afetos negativos, sente emoções como depressão e sintomas psicológicos desagradáveis. No estudo de Freitas (2011) a amostra tende a experienciar mais o isolamento, indo ao encontro do que são os resultados do presente estudo.

Os resultados mostraram que os participante têm valores elevados de autocompaixão, porém os afetos negativos são superiores aos positivos, a sintomatologia depressiva encontra-se num nível elevado e a amostra parece apresentar um mal estar psicológico. No entanto, o presente

estudo e a maioria dos estudos consultados, têm mostrado que, a nível relacional, a autocompaixão está relacionada de forma positiva com os afetos positivos e de forma negativa tanto com os afetos negativos como com a sintomatologia depressiva, tendo estes últimos uma relação positiva. Ou seja, para os participantes do presente estudo estes resultados poderão significar que, em geral, estejam numa fase inicial de obtenção desta capacidade autocompassiva. Ou seja, a autocompaixão tem como intuito ser um instrumento para a regulação emocional, que leva a encarar de uma forma diferente os sentimentos negativos para que estes se tornem em positivos (Castilho, 2011), porém este processo não ocorre de um momento para o outro. Pois a autocompaixão ou é adquirida precocemente através de relações de vinculação seguras, com sujeitos autocompassivos, em relações que os sujeitos se sintam amados e onde o ambiente seja tranquilo (Gilbert, 2005; Bowlby, 1969/1982), ou então é treinada e adquirida mais tarde (Scheff, 1981; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Se existe, na amostra em geral, mais afetos negativos, em relação a situações do quotidiano ou outras situações, do que afetos positivos, estas pessoas poderão estar a adquirir uma maneira mais compassiva de pensar sobre estes acontecimentos, porém os afetos negativos podem estar ainda muito presentes no pensamento das mesmas, apesar de poder estar a ocorrer um esforço para observá-los de outra forma. O que no preenchimento dos questionários de autocompaixão e dos PANAS poderá ter entrado em conflito o misto de sentimentos entre o querer pensar de forma positiva e a forma como a pessoa se identificou com certas problemáticas referidas nas escalas.

Relativamente ao facto de a sintomatologia depressiva ter uma correlação negativa fraca com a autocompaixão, e apesar dos valores mostrarem altos níveis de autocompaixão os valores da sintomatologia depressiva apresentarem-se elevados, pode-se tentar explicar este facto na linha do que foi anteriormente mencionado. Sabe-se que pessoas com maiores níveis de autocompaixão têm menos sintomas depressivos, e que o que facilita o desenvolvimento de competências autocompassivas é o não estar deprimido (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Dado que não se encontrou uma correlação entre as duas variáveis nesta amostra, os resultados obtidos corroboram com outros estudos. Na verdade, e com base nas pontuações obtidas dos participantes deste estudo, parece que um treino de autocompaixão não teria implicação na diminuição da sintomatologia depressiva. De facto, os resultados obtidos através da análise das relações entre estas variáveis evidenciam que, nesta amostra, não se encontram relações entre autocompaixão, afetos positivos e negativos e sintomatologia depressiva. No entanto, estes resultados poderão estar relacionados com variáveis não controláveis.

ii) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, das variáveis em estudo – autocompaixão e suas dimensões, afeto positivo e negativo, sintomatologia depressiva e IGG – em função do género e grupos de idades

No que concerne à autocompaixão, não foram encontradas diferenças no que diz respeito ao género. Estes resultados obtidos, vão ao encontro dos estudos de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), Neff e Pommier (2012), Fontinha (2009) e de Phillips e Ferguson (2012), que

afirmam que o género não tem uma associação com a autocompaixão. No estudo de Gaspar (2014) é referido que o sexo prediz de forma significativa a autocompaixão. O estudo de Souza e Hutz (2016) afirma que as mulheres sentem mais autocompaixão que os homens. No entanto, outros estudos apontam para uma maior autocompaixão no sexo masculino (Costa, 2015; Cunha, Xavier & Vitória, 2013; Castilho & Pinto Gouveia (2011)); Neff, 2003; Garcia, 2014 e Hammer & Neal, 2008). Em suma, relativamente às diferenças na autocompaixão em função do género não são consensuais em relação a diferentes pesquisas.

Ainda sobre o género e em relação ao afeto positivo e ao afeto negativo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018). Porém, muitos autores referem que o sexo masculino é quem mais sente afetos positivos e os afetos negativos serem mais sentidos pelo sexo oposto (Segabinazi, Zortea, Zanon, Bandeira Giacomoni & Hutz, 2012; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Zanon & Hutz, 2010; Costa, 2015; Vieira, 2012). As diferenças culturais e especificidades das amostras poderão contribuir para explicar a diversidade de resultados.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao género. Porém, Nolen-Hoeksema (2000) no seu estudo afirma que a sintomatologia depressiva e o género estão correlacionados. Outros autores, apontam para o facto de a sintomatologia depressiva ser mais evidenciada no sexo feminino em relação ao sexo masculino (Costa, 2015; Cunha, Xavier & Vitória, 2013; Neff, 2003; Garcia, 2014; Hammer & Neal, 2008 e Drago & Martins, 2012). Por seu turno no estudo de Vieira (2012) afirma-se que são os homens quem reportam mais sintomatologia depressiva. Como se pode constatar a maioria dos estudos analisados afirma que são as mulheres que têm mais sintomatologia depressiva. Apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias na sintomatologia depressiva entre homens e mulheres, são os homens que apresentam valores mais elevados.

Em relação ao IGG também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao género o que é corroborado por Neff, Kirkpatrick e Rude (2007).

Por fim, as dimensões da autocompaixão – calor/compreensão, humanidade comum, *mindfulness*, autocrítica, isolamento e sobre-identificação – não mostraram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias entre homens e mulheres. Vários estudos mostram diferenças entre as dimensões da autocompaixão e em função do género, como é o caso do estudo de Teixeira (2015) que afirma que os homens sentem mais a dimensão isolamento o que difere dos resultados obtidos no estudo de Castilho e Pinto-Gouveia (2011) e Neff (2003). Estes dois autores acrescentam que as mulheres também sentem mais autocrítica e sobre-identificação, porém Vieira (2012) afirma que são os homens quem sentem mais sobre-identificação. No entanto os três últimos estudos concordam que são os homens quem sentem

mais *mindfulness*. No que diz respeito à condição humana Teixeira (2015), Neff (2003) e Fontinha (2009) mostram que são as mulheres que mais sentem esta dimensão. Por fim, o calor/compreensão é mais sentida pelo sexo masculino (Neff, 2003). As diferentes conclusões obtidas em diversas pesquisas sugerem a necessidade de continuação da investigação neste domínio.

Em relação aos grupos etários, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na autocompaixão. Corroborando os resultados dos estudos de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018) e de Phillips e Ferguson (2012), que afirmam que a idade não se associa à autocompaixão. Porém no estudo de McGehee e Neff (2010) e Costa (2015) a autocompaixão é mais sentida nos jovens ou adolescentes mais velhos, podendo acontecer porque ainda não estão totalmente maduros, e reagem às situações de uma forma diferente dos adultos (Arnett, 2000). No entanto, os estudos acima referidos estudam apenas populações idosas (pessoas com mais de 65 anos) e o presente estudo abrange pessoas desde os 20 aos 65, com uma média de idades de 33.8 anos. O estudo de Fontinha, com uma população estudada dos 18-40 encontrou resultados idênticos aos da presente pesquisa. Este a par do presente estudo, mostra mais diversidade a nível de idades. Já no estudo de Souza e Hutz (2016), com uma população com idades compreendidas entre os 18-71 anos, pessoas com idades superiores a 30 anos apresentaram um maior nível de autocompaixão. No estudo de Teixeira (2015) pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos sentem mais autocompaixão. Neff e Pommier (2012), afirmam que a idade é uma variável preditora da autocompaixão. Esse estudo afirma que os adolescentes mais velhos, sentem mais autocompaixão do que os mais novos. Gaspar (2014) concluiu que a idade está correlacionada de forma baixa e com sentido negativo com a autocompaixão. Na tentativa de se encontrar uma explicação acerca da relação entre os grupos de idades e a autocompaixão, foi encontrado na bibliografia idades, na sua maioria, distintas do presente estudo, o que poderá ser a causa de diferentes resultados. Se as investigações estudam, na sua maioria, só uma faixa etária (e.g. idosos ou adolescentes), não é possível a comparação entre as várias faixas etárias, ou seja, não se consegue concluir se os jovens sentem mais autocompaixão do que as pessoas idosas. No entanto, encontra-se uma possível explicação para os resultados do presente estudo, pois segundo a literatura, a autocompaixão pode surgir através das relações precoces com a família (Schore, 1994), mas se o indivíduo não adquirir esta capacidade durante a infância, consegue adquiri-la em qualquer altura da vida, pois a mesma é treinável (Gilbert & Procter, 2006). Em suma, a autocompaixão pode não ter associação com uma classe etária específica, porque é uma capacidade que se pode adquirir em qualquer momento de vida.

Quanto aos afetos positivos e negativos não há diferenças estatisticamente significativas o que vai ao encontro do estudo de Scorsolini-Comina e Santos (2012). Já o estudo Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), mostra apenas uma não associação dos afetos negativos com a idade. No estudo de Smith e Hollinger-Smith (2014) os adultos mais velhos – numa amostra que abrange pessoas até aos 55 e com mais de 88 anos para cima – mostra que são os adultos mais

velhos que têm maior experiências afetivas positivas. Ao contrário o estudo de Ben-Zur (2003) afirma que sujeitos com idades superiores a 50 anos sentem mais afetos negativos do que os mais jovens. Os resultados do estudo de Costa (2015) revelam que os adolescentes com idades entre os 17 e os 19 anos sentem tanto afeto positivo quanto negativo mais do que adolescentes com idades dos 15 aos 16 anos. Os vários resultados dos estudos mencionados anteriormente não tornam fácil uma comparação entre os mesmos e os resultados do presente estudo, pelo já exposto anteriormente, no que concerne à diferença de idades estudadas.

No que concerne à sintomatologia depressiva também não apresentou diferenças estatisticamente significativas em função da classe etária. Porém, os estudos de Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian e Brähler (2010) e Drago e Martins (2012) mostraram que a depressão está associada com idade.

Quanto ao índice global de gravidade não apontou para diferenças estatisticamente significativas em função da idade, diferente do estudo de Neff, Kirkpatrick e Rude (2007) onde a idade se associa com a percepção de saúde mental. O estudo de Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian e Brähler (2010) mostra que a satisfação com a saúde diminui na meia-idade, e que a sua importância aumenta neste momento.

As dimensões da autocompaixão não se encontram associadas à idade. Porém no estudo de Teixeira (2015), pessoas com idades entre os 30 e os 54 anos sentem mais isolamento, *mindfulness* e sobre-identificação. No mesmo estudo ao comparar jovens e adultos, foi mostrado que os adultos sentem maiores níveis nas dimensões calor/compreensão, sobre-identificação e isolamento e que os mais novos sentem mais *mindfulness*.

iii) Analisar a relação entre a autocompaixão, afetos positivos e afetos negativos e sintomatologia depressiva

Na tentativa de analisar a relação entre as variáveis em estudo, averiguou-se que existe uma relação positiva e muito fraca entre a autocompaixão e os afetos positivos e que há uma correlação negativa e muito fraca entre a autocompaixão e o afeto negativo, o que vai ao encontro do que nos é dito por Neff, Kirkpatrick e Rude (2007, Costa (2015) e Phillips e Ferguson (2012). Maior autocompaixão está associada a maiores níveis de afeto positivo e a menores de afeto negativo.

A autocompaixão também apresentou uma relação negativa muito fraca com a sintomatologia depressiva, o que foi corroborado pelos estudos de Gaspar (2014), Neff, Kirkpatrick e Rude (2007) e Leary, Tate, Adams, Allen e Hancock (2007). Leary, Tate, Adams, Allen e Hancock (2007). Estes investigadores afirmam que a autocompaixão é um moderador das reações a acontecimentos negativos para o indivíduo. Neff, Kirkpatrick e Rude (2007) revelaram que há hipótese de a autocompaixão em situações de ameaça (ansiedade avaliativa) exercer um efeito protetor. Os mesmos autores afirmam que a autocompaixão apresenta-se como sendo um

robusto preditor negativo dos sintomas depressivos, quando há controlo no efeito do afeto negativo. Castilho e Pinto-Gouveia (2011) afirmam que o que facilita o desenvolvimento de competências autocompassivas é o não estar deprimido. A autocompaixão acaba por ser vista como uma estratégia de regulação emocional adaptativa que pretende diminuir estados emocionais negativos (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Cunha, Xavier & Vitoria, 2013; Gilbert & Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick & Rude; Neff, 2003a).

No que diz respeito à correlação entre a autocompaixão e o IGG, a correlação é muito fraca e negativa. Ou seja, quando o IGG aumenta a autocompaixão diminui. Corroborando os resultados do presente estudo, Freitas (2011) diz que os sujeitos com psicopatologia sentem menos autocompaixão. Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), afirmam que a perceção de saúde tem uma correlação moderada e positiva com a autocompaixão o que poderá indicar que as pessoas com mais psicopatologias são menos autocompassivas para consigo próprias e que quando têm uma melhor perceção da saúde são mais autocompassivas com elas próprias. Neff (2003), refere que a autocompaixão prediz a saúde mental.

Tanto a sintomatologia depressiva como o IGG mostraram estar correlacionados de forma muito fraca e negativa com todas as dimensões da autocompaixão, à exceção da dimensão humanidade que mantém uma correlação positiva, mas muito fraca. No estudo de Vieira (2012) a depressão está associada de forma negativa com as dimensões positivas e de forma positiva com as dimensões negativas.

Como observado, através dos resultados do presente estudo, a sintomatologia depressiva e o IGG mostraram uma relação negativa com a autocompaixão e valores baixos com todas as dimensões tanto positivas quanto negativas. O que parece sugerir que pessoas que se encontram doentes parecem ter menos autocompaixão, mas que no entanto as suas experiências negativas não são aumentadas e mantidas pelas suas análises autocriticas (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Zuroff, Igreja, & Mongrain, 1990), e experienciam a dimensão humanidade comum aquando da experiência de um nível superior de IGG e sintomatologia depressiva.

Os afeto positivo mostrou ter uma correlação muito fraca e negativa com o afeto positivo, ou seja, quando os afetos positivos aumentam os afetos negativos diminuem e vice-versa. Estudos como o de Scorsolini-Comina e Santos (2012), Seligman (2004) e Batista (2010) corroboram com os resultados do atual estudo. Seligman (2004) explica que se esta relação negativa entre variáveis é fraca deve-se ao facto de se uma pessoa estar a ter muitas emoções negativas na vida não significa que não terá alegrias também. Assim sendo, o autor considera que muita emoção positiva não passa de uma proteção moderada contra a tristeza. Diener (1984), considera que os afetos não são opostos um do outro, mas aponta para o facto de que uma pessoa ser feliz é fundamental que os afetos positivos se sobreponham aos negativos. A mesma

autora afirma que ambos os afetos ao longo da vida serão sentidos. No estudo de Laginha (2015) os resultados mostram que ambas as variáveis não se correlacionam.

O presente estudo mostrou haver uma correlação positiva muito fraca entre a sintomatologia depressiva e os afetos negativos e uma correlação muito fraca e negativa com os afetos positivos. O que significa que um indivíduo que sente maior sintomatologia depressiva sente mais afetos negativos e menos positivos. Pinto (2016) e Noronha, Campos, Dametto e Murgo (2015) afirmam o mesmo, ou seja, que a depressão e os afetos negativos estão relacionados de forma positiva. O que acaba também por ir ao encontro do que foi dito por Diener (1995), quando a autora afirma que o afeto negativo tem a ver com um envolvimento não prazeroso, e inclui emoções desagradáveis como é o caso da depressão. Lazarus (1991) acrescenta que as emoções mais sentidas, aquando do afeto negativo, são a raiva, ansiedade, tristeza, culpa, vergonha e desgosto. Ou seja, estas emoções são sentidas por uma pessoa com depressão, como indicam Beck e Alford (2011). Pires (2003), Bylsma, Morris e Rottenberg (2008) afirmam que na depressão estão presentes as seguintes emoções: tristeza profunda e afetividade pela tristeza, verbalização, pensamentos e sentimentos negativos e sentimentos de culpa. Deste modo, as emoções sentidas nos afetos negativos são, em geral, as mesmas. Em relação aos afetos positivos e à sintomatologia depressiva, Borralha (2011) afirma que pessoas que se encontram deprimidas têm menos pensamentos positivos, daí a relação entre ambas ser negativa.

Os afetos negativos mostraram correlações negativas muito fracas com todas as dimensões da autocompaixão à exceção da dimensão humanidade comum, que apresenta uma correlação muito fraca, mas positiva. O afeto positivo mantém uma correlação muito fraca e positiva com todas as dimensões da autocompaixão.

Ainda sobre o IGG, o mesmo mantém uma correlação fraca negativa com os afetos positivos e fraca positiva com os afetos negativos. Ou seja, quando o IGG aumenta, os afetos negativos também aumentam e os afetos positivos diminuem e vice-versa. No estudo de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018) a perceção de saúde mental correlaciona-se de forma negativa com os afetos negativos, e de forma positiva com os afetos positivos. O que parece mostrar que quanto mais IGG maiores são os afetos negativos sentidos pelo sujeito e menores os positivos, e quanto melhor perceção o sujeito tem sobre a sua saúde maiores são os afetos positivos e menores serão os negativos. Em suma, uma pessoa com menos sintomatologia psicopatológica e melhor perceção da sua saúde vivencia mais afetos positivos. Para corroborar o que foi anteriormente mencionado, Diener (1995) afirma que uma pessoa que sente afeto negativo sente emoções como ansiedade, depressão, e outros sintomas psicológicos penosos. Ou seja, ao experienciar sintomas psicológicos desagradáveis serão os afetos negativos os mais sentidos.

Conclusão

O presente estudo veio confirmar, em grande parte, resultados já obtidos em outros estudos, principalmente no que se refere à relação entre a autocompaixão, afeto positivo e afeto negativo e depressão. No sentido em que mostrou as relações negativas entre autocompaixão, afeto negativo e sintomatologia depressiva e as relações positivas entre a autocompaixão e o afeto positivo e entre a sintomatologia depressiva e os afetos negativos, apesar da força da relação ser fraca.

Porém existiram resultados que mostraram uma certa contradição, como foi o caso de a população ter níveis elevados de autocompaixão e, no entanto, ter níveis maiores de afetos negativos do que positivos, e níveis elevados de sintomatologia depressiva. O que torna muito importante o reforço dos estudos nesta área, pois são escassas as investigações encontradas sobre esta temática. Pela falta de resultados que pudessem ser comparáveis foram levantadas algumas questões pertinentes que deverão ser alvo de investigações futuras. O facto de os resultados do afeto negativo terem sido superiores aos do afeto positivo, fazem supor que a amostra do presente estudo não tem uma boa perceção do seu bem-estar subjetivo, pois o bem-estar compreende o predomínio dos afetos positivos sobre os negativos (Bradburn, 1969). O facto desta relação negativa ser fraca entre os afetos positivos e negativos, poderá indicar que uma pessoa que esteja a experienciar muitos afetos negativos não significa que não sente alegrias também (Seligman, 2004). O mesmo autor considera que o sentir muitas emoções positiva não deixa de ser uma proteção moderada contra a tristeza. Os afetos não são opostos um ao outro, mas para que uma pessoa seja feliz os afetos positivos têm de predominar sobre os afetos negativos (Diener, 1984).

Estes resultados reforçaram também a relevância tanto do estudo destas variáveis como a importância do treino de competências autocompassivas, que se reveste de importância para o bom funcionamento psicológico dos indivíduos (Gilbert & Procter, 2006). É de salientar que ao melhorar a autocompaixão dos indivíduos, aumentam-se os níveis de afetos positivos e diminuem-se a sintomatologia depressiva e os afetos negativos, como a maioria dos estudos indicam (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Costa, 2015; Phillips & Ferguson, 2012). Gilbert e Procter (2006) revelam a importância do treino de competências autocompassivas, pois potencializam os sentimentos de segurança e regulam as emoções de ameaça, contribuindo para que o indivíduo tenha insight acerca da sua tristeza, de modo aceitá-la sem auto julgar-se perante acontecimentos negativos (Neff, 2003a), aliviando a dor sentida (Gilbert, 2005). No entanto, Castilho e Pinto-Gouveia (2011) afirmam que o que facilita o desenvolvimento destas competências autocompassivas é o facto de não se estar deprimido. A autocompaixão também tem uma relação significativa com a depressão, pois modela os seus efeitos (Gaspar, 2014; Castilho e Pinto-Gouveia, 2011). E acaba, a autocompaixão, por ser tida como uma estratégia de regulação emocional adaptativa que tem como intuito a diminuição de estados emocionais

negativos (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Cunha, Xavier & Vitoria, 2013; Gilbert & Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick & Rude; Neff, 2003^a).

Em suma, o aumento dos níveis da autocompaixão, mostram-se importantes para a melhoria da saúde mental das pessoas (Neff, 2003; Hazan & Shaver, 1987), pelo que poderá ser uma competência a desenvolver em diferentes idades e contextos.

No presente estudo foi confirmado que na autocompaixão e suas dimensões, afetos negativos e positivos, a IGG e sintomatologia depressiva não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função da faixa etária. O género, também, não teve diferenças estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis. Como se pode averiguar, não existem muitos estudos que analisem diferenças no género e na idade nas variáveis estudadas, acabando por dificultar o estabelecer de comparações e o tirar conclusões mais precisas. Nas investigações de Neff (2003) – uma das autoras que mais investiga a relação entre autocompaixão, a psicopatologia e a saúde mental – é revelado que a autocompaixão está fortemente ligada à saúde mental (mais concretamente com satisfação com a vida, a interação social e a inteligência emocional), tornando-se uma estratégia de autorregulação emocional com efeito protetor no desenvolvimento e manutenção de psicopatologias. Sabe-se, também, segundo Segabinazi, Zortea, Zanon, Bandeira Giacomoni e Hutz (2012) e Zanon e Hutz (2010), que elevados níveis de afetos negativos podem potencializar sintomas depressivos e desenvolver psicopatologias.

Perante a pouca diversidade de resultados, na bibliografia encontrada, é de extrema importância, como já referido, aumentar o conhecimento nesta área, para que todas as questões sejam respondidas de forma mais consistente e fiável. É de salientar que os resultados do presente estudo poderão estar inerentes à não controlabilidade da amostra via *online*, o que poderá representar um entrave à representatividade da amostra em estudo para a população em geral.

Capítulo 3- Considerações finais

A presente dissertação foi elaborada em formato de artigo, de modo a ter possibilidade de ser publicada em uma revista com revisão de pares. A mesma concerne todos os aspetos fundamentais de uma prova desta categoria com o intuito à admissão de provas públicas e obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Esta dissertação contempla vários capítulos. Iniciando-se com o capítulo 1 – introdução – que apresenta o trabalho a ser realizado e todas as suas partes constituintes. No capítulo 2, referente ao que é o artigo, tem-se uma revisão bibliográfica acerca das variáveis em estudo – autocompaixão, afeto positivo e negativo e sintomatologia depressiva. O mesmo capítulo contém aspetos essenciais a um artigo, como o método onde constam os participantes, procedimentos, instrumentos, análise dos dados, resultados, discussão e conclusão. Este capítulo, não querendo suprimir a importância dos outros, é fundamental numa dissertação de mestrado, pois ele expõe a investigação propriamente dita. Foi neste capítulo onde debrucei maior atenção pela sua complexidade e relevância, não só por ser uma prova requerida para a obtenção de grau de mestre, mas também por ser uma informação que se juntará ao relatório de investigação nesta temática. Sendo este facto de grande responsabilidade no mundo da psicologia que se baseia, em grande parte, em conhecimentos adquiridos através de pesquisas. Foi um trabalho complexo, onde adquiri muitos conhecimentos e apercebi-me um pouco do que era a autocompaixão, os afetos e a sintomatologia depressiva na nossa realidade. Porém, o que mais destaque é a diversidade de resultados existentes no que respeita às investigações consultadas. Ou seja, a realização desta dissertação não tornou claro tudo o que queria saber. Pelo contrário, abriu uma porta para a necessidade de se investigar mais acerca destas variáveis. É pertinente, como já referi anteriormente, que se “esmiúce” mais este tema, que se fale mais sobre autocompaixão e os afetos na tentativa de se perceber se os mesmos afetam de forma negativa, positiva ou se não se mostram relevantes para uma melhor saúde mental. Creio que é para a melhoria da saúde mental que os psicólogos trabalham, das mais diversas formas, e sabendo se algo é benéfico para a saúde mental interessa trabalhar mais esses aspetos na sociedade. Pelos resultados do presente estudo e dos consultados, surge a ideia de que os afetos positivos e a autocompaixão têm uma associação negativa com os afetos negativos e com a sintomatologia depressiva. Assim sendo, conclui de forma geral que poderá haver, com o treino da autocompaixão, uma diminuição nos afetos negativos e na sintomatologia depressiva. Deste modo, parece-me fulcral o trabalho nesta área.

É certo que a temática, pessoalmente, não fazia parte do meu interesse, porém o estudo da mesma não deixou de proporcionar conhecimento e, o que considero mais importante, a vontade de poder tirar conclusões e saber mais. Como último capítulo tem-se o terceiro – o presente – que faz refletir em poucas palavras sobre um processo que decorreu durante um

ano. Processo esse que conseguiu desequilibrar um sistema nervoso por completo, onde muitas vezes a autocompaixão, se me permitem, tornou-se o meu único abrigo de força e vontade de prosseguir. Outras partes essenciais de uma dissertação também estão contempladas, tais como a bibliografia e uma fundamentação teórica mais robusta. Como já referido, esta dissertação foi realizada em formato de artigo, e a primeira fundamentação não inseria tudo o que se podia falar sobre a temática. Deste modo, houve a necessidade de colocar na dissertação um anexo teórico mais extenso e respetiva bibliografia. Outro fator que em reflexão vejo que foi complexo, foi realizar duas fundamentações teóricas acerca do mesmo tema. Por fim, incluíram-se os instrumentos utilizados no protocolo de investigação.

Em suma, a elaboração desta investigação foi exigente, desde a sua formação como artigo científico a todo o processo de pesquisa e tratamento de dados. É certo que aprendi não só a elaborar uma dissertação com um formato diferente, do que estava habituada a ler, mas também aprendi muito sobre a temática em estudo. Foi uma experiência enriquecedora em termos de conhecimento e que me deixará a aguardar por mais estudos na área para que possa compreender melhor os resultados do presente estudo e de toda a bibliografia estudada.

Bibliografia

- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting *self-compassionate* attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1120-1144.
- Andrews, F. M., & Whitey, S. B. (1976). *Social indicators of wellbeing: America's perception of quality of life*. New York, NY: Plenum Press.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55* (5), 469-480.
- Bahls, S.-C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação Em Psicologia, 6*(1). doi:10.5380/psi.v6i1.3193
- Baker, R., Blumberg, S. J., Brick, J. M., Couper, M. P., Courtright, M., Dennis, J. M., Dillman, D., Frankel, M. R., Garland, P., Groves, R. M., Kennedy, C., Krosnick, J., Lavrakas, P. J. (2010). Research Synthesis: AAPOR Report on *Online Panels*. *Public Opinion Quarterly, 74*(4), 711-781.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e Saúde Mental*. Porto: FMP.
- Batista, R. L. (2010). *Percepção de suporte organizacional, afeto positivo, afeto negativo e resiliência: antecedentes da confiança do empregado na organização*. Universidade Federal De Uberlândia Instituto De Psicologia, Uberlândia.
- Bernardino, A. R. (2013). *Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados valorizar o envelhecimento* (Unpublished master's thesis). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Bethlehem, J. (2010) Selection Bias in Web Surveys. *International Statistical Review, 78*(2), 161-188.
- Blazer, G. B. (2000). Mood disorders: epidemiology. Em J. B. Sadock & V. A. Sadock, *Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., pp. 1298-1308). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bogdan, & R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borralha, S. J. (2011). *Processos cognitivos em adultos com depressão major*(Unpublished master's thesis). Unidade Lusófona de Ciências e Tecnologia , Lisboa.

- Calliyeris, V. E., & Casas, A. L. (2010). A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. *Interações*, 13(1), 11-12.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO-APPORIT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.
- Costa, A. B. (2013). *Bem-estar subjetivo: validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Costa, H. M. (2015). *os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário*(Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Couper, M. P. & Miller, P. V. (2008). Web survey Methods: Introduction. *Public Opinion Quarterly*, 72(5), 831-835.
- Couper, M. P. (2000). Web Surveys a review of issues and approaches. *Public Opinion Quarterly*, 64, 464-494.
- Derogatis, L. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Re-search.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications* (Applied Social Research Methods Series, Vol. 26). Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (63-73) New York, NY: Oxford University Press.
- Dillman, D. A. (1999). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. Nova York: John Wiley and Sons.
- Epstein, M. D. (1995). *Thoughts without a thinker*. New York: Basic Books.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fleming C. M. & Bowden M. (2009). Web-based surveys as an alternative to traditional mail methods. *Journal of Environmental Management*, 90, 284-292.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118.
- Fontinha, J. M. (2009). *"Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros": estilo de vinculação como determinante da compaixão e auto-compaixão* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (FPCE), Lisboa.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28(1), 53-65.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2 (23), pp 209-218.
- Gallagher, S., & Shear, J. (1999). *Models of the Self* (2nd ed.). East Devon: Imprint Academic.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2005a). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Introduction and outline. Em P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 1-6). East Sussex: Routledge.
- 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 and Psychotherapy*, 13, 353 - 379. doi: 10.1002/cpp.507.

- Gillath, O., Bunge, S., Shaver, P., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachmentstyle differences in the ability to suppress negative thoughts: Exploring the neural correlates. *Neuroimage*, 28(4), 835-847. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.06.048
- Goleman, D. (2005). *Emoções destrutivas e como dominá-las: Um diálogo científico com o Dalai Lama* (J. Cotter, Trad.). Lisboa: Temas e Debates.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(3), 262-267.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). *Introduction to Research Methods in Psychology* (4a ed.). London: Pearson.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lim, M. L., Lim, D., Nyunt, X., Kumar, M. S., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older chinese adults. *Aging Ment Health*, 19(1), 1005-1014.
- Lima, M., Silva, R., & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mcdonald, H. & Adam, S. A. (2003). Comparison of online and postal data collection methods in marketing research. *Emerald Marketing Intelligence & Planning*, 21(2), 85-95.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2015). *Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI18)*. Manuscrito submetido para publicação
- Neal, M. B., & Hammer, L. B. (2008). Working Couples Caring for Children and Aging Parents. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 93-112. doi:10.4324/9781315083865-5

- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure *Self-Compassion*. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. (2007). *Self-compassion and adaptive psychological functioning*. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154 doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2012). The relationship between *self-compassion* and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Psychology Press*, 12(2), 1-17.
- Neves, C. S. (2011). *A relação entre mindfulness, auto-compassão, vergonha e psicopatologia em praticantes e não praticantes de meditação/yoga*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511. doi: 101037/10021-843X.109.3.504
- Noronha, A. P., & Mansão, C. S. (2012). Interesses profissionais e afetos positivos e negativos: estudo exploratório com estudantes de ensino médio. *Psico-USF*, 17(2), 323-331.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2a ed.). USA: McGraw Hill.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Human development* (8th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Companies.
- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13.
- Phillips, W., & Ferguson, S. (2012). *Self-compassion: a resource for positive aging*. *Journal of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 65(4), 529-539. doi: 10.1093/geronh/gbs091.
- Pinto, M. (2016). *Trajetórias para a depressão na fibromialgia: o papel do pensamento repetitivo negativo e do afeto negativo* (dissertação não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Poeschl, Gabrielle. (2006). *Análise de dados na investigação em Psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2a ed.). Lisboa: Placebo, Editora.
- Rubin, J. B. (1996). *Psychotherapy and Buddhism: Toward an integration*. New York: Plenum Press.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition & Personality*, 9, 185-211.
- Sax, L. J.; Gilmartin, S. K.; Bryant A. N. (2003). Assessing Response Rates and NonResponse Bias in Web and Paper Surveys. *Research in Higher Education*, 44(4), 409-432.
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., Hutz, C. S. (2012). Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes: Adaptação, Normatização e Evidências de Validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12.
- Silva, E. N. (2009). *Coping e dimensões afetivas do bem-estar subjetivo: Um estudo com trabalhadores de Educação*. Universidade Católica de Góias, Brasil.
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging Ment Health*, 19(3), 192-200.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas* (R.C. Costa, Trad.). São Paulo, SP: Artmed.
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos*. *Psico*, 47(2), 89-98.
- Teixeira, I. C. (2015). *Papel do autocríticismo e da autocompaixão na ocorrência de insónia em estudantes universitários* (Unpublished doctoral dissertation). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Thach, L. (1995). Using Electronic Mail to Conduct Survey Research. *Educational Technology*, 35(2), 27-31.
- Thantrey, H. H. (2016). *a relação entre mindfulness, pensamentos automáticos e autocompaixão em população adulta* (Unpublished master's thesis). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Tourangeau, R. & Smith, T. (1996). Asking Sensitive Questions: The Impact of Data Collection Mode, Question Format, and Question Context. *Public Opinion Quarterly*, 60, 275-304.

- Vicente, P., & Reis, E. (2008). Sondagens na internet: como seleccionar os respondentes. *Revista Portuguesa de Marketing*, 22, 59-60.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1067.
- Zanon, Bastianello, Pacico, & Hutz. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-202.
- Zanon, C. & Hutz, C. S. (2010). Relações entre bemestar subjetivo, neuroticismo, ruminação, reflexão e sexo. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 118-127.

ANEXO TEÓRICO

Fundamentação Teórica

Autocompaixão

Autocompaixão não é um conceito recente no pensamento filosófico Oriental. No entanto, este conceito só se vê alvo de interesse da psicologia Ocidental mais recentemente. O que culmina, atualmente, em um progressivo crescimento no diálogo entre estes dois pensamentos: filósofo Oriental (Budismo) e da psicologia Ocidental, levando a uma nova forma de entender e lidar com a saúde mental (Neff, 2003). O pensamento Budista caracteriza a autocompaixão como o entendimento da natureza do eu (Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken, & Mikulincer, 2005). Na perspectiva de Neff (2011), ligada à psicologia Ocidental, a autocompaixão é uma estratégia de regulação emocional, que compreende uma atitude de calor e compreensão do sujeito para com o próprio, em momentos mais difíceis da sua existência. Ou seja, o sujeito sente necessidade de cuidar do seu bem-estar (Neff, 2003a). Por outro lado, e ainda no que concerne à psicologia ocidental, Gilbert (2005a) define a autocompaixão tendo por base a psicologia evolucionária, mais especificamente a teoria da vinculação e das mentalidades sociais. Gilbert (2005) crê que a autocompaixão provém da evolução do sistema fisiológico dos mamíferos, relativamente ao que se trata da vinculação e do comportamento de prestação de cuidados, no sentido em que os mamíferos são sensíveis aos sinais de cuidado, de afeto e sofrimento dos outros. O que culminou no desenvolvimento de mecanismos de ligação aos outros (Gilbert & Procter, 2006). Esta teoria de Gilbert (2005) acaba por ser coincidente com a perspectiva de Leahy (2005), onde considera que o ser humano sendo social e sentido calor e validação por parte dos outros, suscitará em si um sentimento de ser estimado e desejado, fazendo com que queira retribuir estes sentimentos aos outros. O que acaba por expressar-se numa maior proximidade, interesse e maior preocupação com os outros (Gilbert, 2005). Estes sentimentos são intercedidos por sistemas cerebrais e fisiológicos, que conferem bem-estar ao próprio. Assim sendo, e estando este sistema ligado à emissão de sinais de cuidado, pela partilha de afeto positivo, faz o sujeito gostar, trazendo-lhe sentimentos de que somos merecedores de amor (Gilbert, 2005). É de salientar que, segundo o Budismo, a autocompaixão é desenvolvida muito antes da compaixão, ou seja, para ser-se compassivo com os outros, o indivíduo terá de criar esta compaixão por si próprio, só depois consegue-se abranger esta atitude aos outros (Dalai Lama & Cutler, 1998). E é relevante fazer referência a esse aspeto, visto que a compaixão tem tido mais ênfase nos estudos do que a autocompaixão. Assim sendo, o eu e o outro são interdependentes, não tem lógica ter compaixão pelos outros sem a sentir pelo próprio (Dalai Lama & Cutler, 1998).

Para Neff (2003a) A autocompaixão abarca uma consciência equilibrada das próprias emoções, tendo a aptidão de defrontar pensamentos e sentimentos que são dolorosos, sem que haja uma dramatização ou um sentimento de pena do próprio pelo próprio. Assim sendo, a autocompaixão implica estar aberto ao próprio sofrimento, ter experiências que envolvam sentimentos de

calor, de autocuidado, de compreensão para com o *self*, ter uma atitude de observação curiosa, onde não há espaço para julgamento em relação aos seus próprios erros e desajustes. A pessoa com compaixão por si aceita as suas limitações, imperfeições e as complicações que surgem na sua vida, reconhecendo que isso faz parte do ser-se humano, ou seja, é geral e comum à experiência humana, levando o sujeito a sentir que os outros também passam pelo mesmo (Neff, 2003a). Segundo Gaspar (2014), a autocompaixão implica também o desenvolver de uma motivação de preocupação e cuidado com o bem-estar pessoal, onde a pessoa adota uma postura de tolerância e de sensibilidade. Neste processo, a pessoa mostra uma postura de condescendência para consigo. Envolve também a criação de oportunidades de crescimento, a mudança e a adoção de comportamentos ativos de exploração e criatividade.

É importante acentuar que a autocompaixão distingue-se de autopena e/ou de comiseração pelo eu (Goldstein & Kornfield, 1987). Isso porque o indivíduo ao sentir pena de si experimenta um grande distanciamento dos outros, pois envolve-se demasiado nos seus problemas, acabando por esquecer que os outros experienciam dificuldades iguais ou maiores. Ou seja, o que acaba por acontecer é que o indivíduo sobre-identifica-se com a experiência negativa dificultando o distanciamento da situação (Bennett-Goleman, 2001). O que se tem descrito é que a autocompaixão, inversamente, exige uma atividade metacognitiva que permita reconhecer as experiências interativas do *self* e dos outros, de forma a diminuir os sentimentos que levam o sujeito a centrar-se apenas em si. Um sujeito que tenha uma atitude compassiva para com ele mesmo, implica que tenha um estado de mente aberto, recetivo e sem qualquer tipo de avaliação. O indivíduo observa os seus pensamentos e emoções, de uma forma clara e “limpa”, ou seja, tal como eles surgem na consciência sem que haja modificações, eliminações ou evitamento (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

O intuito da autocompaixão é servir de instrumento para o desenvolver de uma regulação emocional, que através de uma consciência compreensiva, afetuosa, cuidada e com uma sensação de partilha comum da experiência, leva a encarar de outra forma os pensamentos e sentimentos negativos, transformando-os em estados emocionais positivos (Castilho, 2011). Desta forma, o sujeito é levado a adotar ações, para com o *self*, mais adaptativas e eficientes (Neff, 2003a). Essas atitudes de compassividade do sujeito com as suas experiências menos positivas – fracasso ou inadequação – levam-no a conseguir ser mais tolerante e reconhecer a sua imperfeição, aceitando que cometer erros faz parte de ser-se humano. Acabando, deste modo, por proteger-se do egocentrismo desmesurado dos seus problemas, e por lidar melhor com o seu sofrimento, mantendo o sentimento de ligação e conexão com ele próprio e com os outros (Neff, 2003a). Gilbert em 2005, admite que a autocompaixão, potencia o bem-estar por ajudar o indivíduo a sentir-se cuidado, ligado/conectado e tranquilo a nível emocional. O mesmo autor acrescenta - tendo como suporte a sua teoria das mentalidades sociais, fundamentada na biologia evolutiva e teoria da vinculação - que a autocompaixão faz desativar o sistema de ameaça, ativando o sistema de apaziguamento no próprio sujeito, relacionado com sentimentos de vinculação segura. Possibilitando assim uma maior capacidade para a

intimidade, regulação afetiva adaptativa e boas estratégias de coping para com o ambiente (Gilbert, 1995). Após o que foi exposto anteriormente, averigua-se que a autocompaixão envolve a capacidade de “controlo” e identificação das emoções de modo a direcionar os comportamentos e pensamentos. Poder-se-á dizer que a mesma poderá ser uma componente importante da inteligência emocional (Neff, 2003a).

Segundo Schore (1994), o sujeito enquanto criança ao crescer em um ambiente tranquilo e que lhe faça sentir seguro, toma consciência de que os outros têm a capacidade de cuidar e de apoiar, sentindo-se seguro e suscetível a ser amado nas relações com os outros, levando-o a construir memórias do *self*, influenciando a formação de conexões neuronais, que na perspectiva de Gilbert e Irons (2005), podem ser utilizadas nos processos em que o sujeito se autoavalia. Fazendo com que estas relações com os outros possam ser internalizadas do eu para com o eu, tendo por base o calor, afeto, autoapaziguação, facilitando o aparecimento e desenvolvimento das competências de compaixão e autocompaixão (Gilbert, 2005). Scheff (1981), afirma que para a autocompaixão poder ser vivenciada pelo sujeito, o mesmo precisa adotar uma perspectiva de *Mindfulness*, ou seja, o sujeito terá de ter uma abertura onde não evite nem sustenha sentimentos que a ele sejam difíceis de sentir. Ainda segundo o mesmo autor, o sujeito procura desenvolver uma consciência atual e uma compaixão com os seus sentimentos sem que haja uma identificação amplificada com a própria experiência. Para Shapiro, Carlson, Astin e Freedman (2006), e em concordância com o supracitado, se o indivíduo for *mindful* não ir-se-á ver permitido uma sobre identificação com os sentimentos negativos, proporcionando uma boa regulação emocional.

O conceito de autocompaixão embarca três componentes que esclarecem melhor este conceito, fazendo consolidar todos os aspetos referidos. Estes componentes foram identificados por Neff (2003a, 2003b), onde a autora afirma que os mesmos são conceptualmente e fenomenologicamente distintos apesar de interagirem entre si e de serem interdependentes. O primeiro componente é denominado de calor/compreensão, e trata-se de sentimentos de amabilidade, de calor, de cuidado, e de compreensão que o sujeito tem para consigo próprio, nos momentos em que este sente sofrimento, desadequação ou falha. Sem que seja punitivo, demasiado autocritico e julgativo, de modo a ignorar a própria dor. Esta compreensão, do indivíduo para consigo, leva-o a ter uma atitude de carinho com o *self* aquando de experiências menos positivas, sem que reaja com raiva. Isso acontece desta forma, pois o sujeito está consciente de que é imperfeito e que as falhas, por vezes, são inevitáveis. O sujeito aceita que as coisas nem sempre correm da forma como planeou ou desejou e que não vale a pena combater a realidade, por mais dolorosa que esta seja, porque só gera e aumenta o stresse, a autocritica e a frustração no *self*. Através desta componente o sujeito dá suporte a si próprio, tranquilizando-se perante as situações difíceis (Neff 2003a, 2003b). A segunda componente denomina-se condição humana comum, onde a pessoa compreende que errar é humano (Neff & Dahm, 2014). O facto de o sujeito sentir-se fracassado e frustrado perante alguma situação, conecta-se com uma sensação não racional de isolamento, transmitindo a imagem de que é o

único a sofrer ou a cometer erros. E de facto isso não acontece. Assim, através da autocompaixão reconhecesse-se que o sofrimento é algo partilhado pelos outros, ou seja, todo o ser sofre. Também envolve a noção de que os pensamentos, sentimentos e comportamentos do sujeito são influenciados por fatores externos como, por exemplo, a parentalidade, a cultura que o rodeia, fatores genéticos e ambientais, os comportamentos e expectativas dos outros. Ao tomar consciência que existe esta interdependência, as falhas e dificuldades não precisam tornar-se tão pessoais. Levando o sujeito a não auto julgar-se, compreender-se e ter autocompaixão, afinal todas as pessoas falham, cometem erros e sentem-se desajustadas em certos momentos (Neff, 2003a, 2003b, 2011). E assim, novamente, o sujeito percebe-se da imperfeição como sendo parte da condição humana. Deste modo, e segundo a mesma autora, se o sujeito perspetiva as dificuldades da vida como fazendo parte da experiência humana, acaba por sentir uma ligação com os outros, minimizando a sentimentos de isolamento. Por fim, temos como última componente o *mindfulness*, onde o sujeito tem total consciência dos seus pensamentos e sentimentos dolorosos, e fica aberto a experienciá-los, aceitando-os sem os reprimir, ignorar ou sobre identificar-se com os mesmos (Neff, & Dahm, 2014). Se não existe sobre identificação com os problemas, então a possibilidade de não ser controlado por reatividade negativa é muito maior. Segundo Kabat-Zinn (1990), o sujeito, através do *mindfulness*, disponibiliza-se para observar as próprias emoções e pensamentos negativos, tendo abertura e alvura para desenvolver uma consciência *mindful*. Esse estado, e ainda segundo Kabat-Zinn (1990), envolve um estado da mente sem julgamento e com recetividade.

A autocompaixão também é composta pelo Modelo Dinâmico do Eu e da Autocompaixão. Segundo este modelo, e de acordo com a teoria da vinculação, é importante durante a infância a interação com pessoas promotoras de segurança pois promovem emoções positivas (Bowlby, 1969/1982), e inclui uma sensação adequada de orgulho em si que permanece relativamente estável ao longo da vida, mesmo o sujeito passando por crises e percalços. Assim sendo, o sujeito desenvolve um modelo positivo do eu estável, e estratégias de regulação emocional adaptativas (Mikulincer et al., 2003). Este sentimento positivo do sujeito por ele próprio também é suportado através da inclusão de representações de figuras de vinculação apoiantes da sua autoimagem (Mikulincer & Shaver, 2007). Ou seja, o sujeito procura figuras de vinculação reais e/ou apoia-se em representações mentais internas destas figuras de vinculação, existindo também a possibilidade de alcançar boas sensações como: conforto, alívio e segurança, através das representações do eu. Poder-se-á dizer que tratam-se de elementos do eu que se originaram devido às interações com as figuras de vinculação, e que agora são experienciadas como aspetos do próprio (Mikulincer & Shaver, 2007). Os mesmos autores dividem estas representações supramencionadas em duas classes: o Eu-em-relação-com-uma-figura-de-vinculação-promotora-de-segurança que diz respeito às representações mentais do próprio, que advêm de interações com figuras de vinculação; e representações-de-auto-apaziguamento referente às representações mentais do próprio, derivadas de uma identificação com características e traços de figuras vinculativas cuidadoras e apoiantes, incorporando no próprio os atributos

apaziguadores dessas figuras. Em suma, este tipo de representações mostra-nos que se uma figura de vinculação mostrou ter compaixão, empatia e bondade quando o sujeito estava em um momento difícil, estas qualidades são aprendidas e apreendidas internamente e atribuídas ao próprio, ajudando na regulação emocional. Isto significa que as pessoas, em geral, tratam-se a si próprias da maneira que foram tratadas por figuras com quem tinham um vínculo (Mikulincer & Shaver, 2007). Com isso, poder-se-á estar perante a raiz desenvolvimentista da autocompaixão.

Se a autocompaixão pode ter o seu surgimento através da dinâmica, anteriormente mencionada, pode-se considerar que se um sujeito não tiver figuras vinculativas que lhe demonstrem compaixão então o sujeito poderá não criar, de certa forma, esta capacidade. No entanto, a autocompaixão não é algo que não se consiga adquirir em qualquer altura da vida. Existem vários estudos empíricos que confirmam que o treino de competências de autocompaixão, para além de possível, é útil pois consente a regulação de emoções de ameaça, potencializando sentimentos de segurança no mundo, nas relações com os outros e na relação com o *self* (Gilbert & Procter, 2006). Estes estudos admitem que o facto de o sujeito poder funcionar num outro estado de mente (compassiva, empática e tolerante), pode assumir uma função preventiva, possibilitando uma maior resiliência à psicopatologia, numa fase de mudanças e de desafios (Neff, 2003a, 2003b). Em paralelo com alguns estudos empíricos, há um crescente aparecimento de propostas de intervenção terapêutica com vista ao desenvolvimento de competências de autocompaixão, existindo o Treino da Mente Compassiva (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005), onde se registam importantes implicações a nível do bem-estar psicológico e interpessoal (Gilbert & Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, 2003b) e um funcionamento psicológico mais saudável (Neff, 2003a, 2003b; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Tem sido referido, por diversos autores, a pertinência de desenvolver abordagens focadas na autocompaixão na população adolescente (Neff & McGehee, 2010) e, em particular, para adolescentes que têm comportamentos de, por exemplo, auto dano (Vliet & Kalnins, 2011). A autocompaixão tem sido em grande parte estudada em população adulta, e é entendida como precedentemente descrito, como um fator que tem um efeito preventivo a nível do surgimento da psicopatologia (MacBeth & Gumley, 2012). As investigações recentes concluem que os indivíduos variam no traço de autocompaixão e que a mesma está ligada à saúde psicológica constituindo uma estratégia de autorregulação emocional com efeito de proteção no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Neff, 2003a). Para corroborar com os estudos supramencionados, a investigação de Bishop et al. (2004), concluiu que o aumento da autocompaixão melhora a saúde psicológica ao longo do tempo. Neff e colaboradores (2007) verificaram que a autocompaixão está negativamente associada com a depressão e a ansiedade, entre outras psicopatologias. Longe et al. (2010) e Cunha, Xavier e Rude (2007), demonstraram num estudo, que os adolescentes que adotam um comportamento autocompassivo, por sua iniciativa, sentem menos ansiedade e preocupação. Os mesmos autores acrescentam que adolescentes mais autocompassivos têm menos sintomas de ansiedade

e depressão. Este mesmo estudo indica que o que facilita o desenvolvimento de competências autocompassivas é o não estar deprimido (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Desta forma, e a par da ansiedade, não basta ser autocompassivo para ter-se menos níveis de ansiedade e depressão, é necessário, para ser-se autocompassivo ter níveis baixos de ansiedade e/ou depressão. Porém, e relativamente à ansiedade, não é só o ser autocompassivo que ajuda no controlo da ansiedade, também o facto de existir uma experiência menos acentuada de ansiedade acaba por facilitar o desenvolvimento de competências autocompassivas (Gaspar, 2014). É muito provável que um adolescente ansioso esteja focado na ameaça (interna e externa), mostrando-se receoso à sua experiência, assim acedendo representações do *self*, dos outros e do mundo como adversa (Gilbert & Procter, 2006), como consequência não conseguirá envolver-se em competências de autocompaixão. Segundo um estudo de Neff, Kirkpstrich e Rude (2007a), em situação de ameaça, as capacidades de autocompaixão, exercem um efeito protetor, diferente do que é a autoestima. Em relação à sintomatologia depressiva, a autocompaixão acaba por não ser só importante para proteger o seu aparecimento como para a sua recaída (Gilbert & Irons, 2005). Relativamente ao género, verifica-se que os homens que se sobre identificam com os próprios pensamentos e emoções negativas, têm mais sintomas depressivos. Por sua vez, nas mulheres, o efeito das experiências negativas, têm como mediador a autocompaixão. Ao encararem as próprias experiências e insucessos como algo separado do mundo, não tendo uma atitude de calor e de apaziguamento para com o eu e a sobre identificação com os pensamentos e sentimentos negativos prognosticam sintomas depressivos (Neff, 2003a). No estudo de Castilho e Pinto-Gouveia (2011), os resultados obtidos da análise de regressão hierárquica, relativamente às mulheres, mostraram que a hostilidade, frieza, criticismo parental, autocrítica elevado e baixa autocompaixão, contribuem para a sintomatologia depressiva. A autocompaixão não está apenas relacionada de forma negativa com a depressão e ansiedade, como foi visto anteriormente, também existem outras variáveis que se associam negativamente como a autocrítica, ruminação e à afetividade negativa. Por outro lado, está associada positivamente à conetividade social, otimismo, satisfação com a vida, felicidade, inteligência emocional, sabedoria, iniciativa pessoal, agradabilidade, extroversão, curiosidade e exploração, conscienciosidade e à afetividade positiva no geral (Neff, 2003a). Como observado, a autocompaixão relaciona-se com duas variáveis que também farão parte deste estudo, o afeto positivo e negativo. A investigação afirma que, a autocompaixão pode promover estados autocompassivos, para além das evidências já referidas da mesma como traço. Estes estados conduzem a um aumento da responsabilidade e diminuição da afetividade negativa (Leary, Tate, Adams, Allen, e Hancock, 2007). Castilho (2011), diz-nos que a autocompaixão tem um foco numa atitude emocionalmente positiva para com o *self* sendo um fator que protege dos efeitos negativos do autojulgamento e da ruminação do indivíduo. A importância de se relacionar estas variáveis com a autocompaixão, passa muito pelo modelo dinâmico da autocompaixão, pois se o sujeito não tiver uma ou mais figuras de vinculação impede o desenvolvimento de um sentimento de segurança, e irão aparecer outras estratégias de regulação do afeto, que não são adaptativas como, por exemplo, a ansiedade. O

sujeito autocompassivo investe a atenção em si, sendo objeto de cuidado, responsividade à angústia, a satisfação das suas necessidades depois de as avaliar, empatia, amabilidade e afeto para consigo (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

No presente estudo a autocompaixão será avaliada através da Escala de Autocompaixão de Pinto-Gouveia e Castilho (2006), que foi adaptada para a população portuguesa através da escala realizada por Neff em 2003 – *Self-Compassion Scale*. Optou-se pela utilização deste instrumento de autorresposta, pois tem sido o mais utilizado para avaliar a variável em questão, trazendo resultados (na escala original), que provou que a mesma é detentora de boas qualidades psicométricas e validade, e mostra-se ser útil na avaliação da autocompaixão. Posteriormente, ir-se-ão apresentar de forma mais elaborada os estudos acerca da autocompaixão.

Estudos sobre Autocompaixão

Tabela 6.
Estudos sobre a autocompaixão

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Neff e McGehee (2010)*	n= 522 Idades: 14-24 Género: 122 F 113 M	Autocompaixão Resiliência Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - A autocompaixão apresenta níveis similares em adolescentes e jovens adultos, sem que haja diferenças significativas entre ambos. - Os níveis de autocompaixão são significativamente preditivos pelos graus de funcionamento da família. Os adolescentes e jovens adultos de famílias harmoniosas têm mais autocompaixão, do que os de famílias com conflitos. - Adolescentes com estilo de apego seguro relataram níveis significativamente mais altos de autocompaixão. - A autocompaixão está fortemente associada ao bem-estar subjetivo.
Souza e Hutz (2016)	n= 237 Idades: 18-71 Género: F	Autocompaixão Autoestima Autoeficácia Aspetos sociodemográficos (religião e idade)	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres com maiores níveis de autocompaixão, têm idades superiores aos 30 anos, são mães, praticam uma religião e não usam medicamentos psiquiátricos.

Teixeira (2015)	<p>n= 268 Idades: 19-54 Género: 189 F 79 M</p>	<p>Autocriticismo Autocompaixão Dimensões da autocompaixão Saúde Aspetos sociodemográficos (género e idade)</p>	<p>- Não se encontraram relações significativas entre resiliência e perceção de saúde; - Homens com valores mais elevados na dimensão isolamento, da escala de autocompaixão; - Mulheres com valores mais elevados na dimensão condição humana; - Pessoas com idades entre os 30 e os 54 anos têm valores mais elevados nas dimensões isolamento, <i>mindfulness</i> e sobre-identificação, e maiores níveis de autocompaixão; - Os adultos têm maiores níveis nas dimensões calor/compreensão, sobre-identificação e isolamento e na escala total; - Jovens têm maiores valores na dimensão <i>mindfulness</i>.</p>
Costa (2015)*	<p>n= 402 Idades: 15- 19 Género: 225 F 117 M</p>	<p>Autocompaixão Bem subjetivo (afetividade positiva e afetividade negativa) Esperança Aspetos sociodemográficos (género, idades, nível socioeconómico)</p>	<p>Autocompaixão superior: - No sexo masculino; - Em adolescentes mais velhos; - Residentes em áreas predominantemente urbanas; - Nível socioeconómico mais baixo; - Em adolescentes do 12º comparativamente com os do 10º e 11º anos. Autocompaixão apresenta uma correlação: - significativa, negativa e forte com a afetividade negativa; - Significativa, positiva, mas fraca com a afetividade positiva. - Os níveis de afeto positivo são superiores aos do afeto negativo na amostra; - Os rapazes sentem mais afeto positivo e menos negativo; - Adolescentes com idades entre os 17 e os 19 anos sentem mais afeto positivo e mais afeto negativo, do que adolescentes com idades entre os 15 e 16 anos; - Alunos do 12º ano sentem mais afeto positivo do que os do 10º e 11º ano; - Nível socioeconómico elevado mais afeto positivo do que adolescentes com o</p>

			nível socioeconómico baixo.
Gaspar (2014)	n=605 Idades: 12-18 Género: 324 F 280 M	Autocompaixão Depressão Ansiedade Regulação emocional Aspetos sociodemográficos (género, escolaridade)	- Sexo prediz de forma significativa a autocompaixão; - Sexo feminino menos autocompassivo; - Maior escolaridade mais autocompaixão; - Correlação significativa e alta entre depressão e autocompaixão; - Idade está correlacionada de forma baixa e com sentido negativo, com a autocompaixão.
Thantrey (2016)	n= 265 Idades: 18-73 Género: 192 F 73 M	Mindfulness Autocompaixão Pensamentos automáticos	- Uma correlação positiva e significativa entre as variáveis autocompaixão e <i>mindfulness</i> ; - Pensamentos automáticos são mediadores da relação entre autocompaixão e <i>mindfulness</i> .
Cunha, Xavier e Vitória (2013)	n= 838 idades: 12-19 Género 465 M 373 F	Avaliação da escala de autocompaixão em adolescentes portugueses	- Raparigas têm menos autocompaixão; - idade e escolaridade não se apresentam significativas.
Neff, Kirkpatrick e Rude (2007)*	n= 91 Idades: M=20.9 Género: 69 F 22 M	Autocompaixão Depressão Ansiedade Afetividade negativa Satisfação com a vida Felicidade Afetividade positiva	- Autocompaixão está associada de forma negativa com o autocriticismo, depressão, ansiedade, ruminação e afetividade negativa em geral; - Autocompaixão está associada de forma positiva com a satisfação com a vida, felicidade, inteligência emocional, iniciativa pessoal, otimismo, conectividade social, curiosidade, exploração, agradabilidade, extroversão, conscienciosidade e com a afetividade positiva no geral; - Idade tem uma associação baixa e negativa com a perceção da saúde mental; - A escolaridade tem uma associação baixa com o afeto positivo e correlação muito baixa, mas significativa, com a perceção de saúde mental; - O género não se mostrou associado à perceção do estado de saúde e ao bem-estar subjetivo;

Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018)*	n= 155 Idades: 65- 94 Género: 99 F 56 M	Satisfação com a vida Autocompaixão Saúde mental e física Bem estar-subjetivo (afeto negativo e positivo) Aspetos sociodemográficos (género, idade)	<p>- Os idosos não institucionalizados têm valores mais elevados de perceção de saúde mental do que os idosos que frequentam os centros de dia;</p> <p>- Os idosos não institucionalizados têm valores mais elevados de autocompaixão e de afetos positivos;</p> <p>- Não há diferenças, nos valores dos afetos negativos, entre idosos institucionalizados e os não institucionalizados;</p> <p>- A perceção da saúde mental tem como variáveis preditoras a autocompaixão, o afeto negativo e a satisfação com a vida.</p> <hr/> <p>- Satisfação com a vida está moderadamente correlacionada, de forma positiva e estatisticamente significativa com a autocompaixão</p> <p>- A idade e o sexo não se apresentam associados à autocompaixão e afeito negativo;</p> <p>- A satisfação com a vida tem uma associação significativa moderada e negativa com o afeto negativo e correlação baixa com os afetos positivos.</p> <p>- A satisfação com a vida tem uma associação moderada e positiva e estatisticamente significativa com a perceção de saúde mental e física e com a autocompaixão;</p> <p>- A perceção de saúde mental correlaciona-se moderadamente, de forma negativa, com os afetos negativos, e tem uma associação baixa, positiva e significativa com os afetos positivos e associa-se de forma moderada positiva e estatisticamente significativa com a autocompaixão;</p> <p>- A autocompaixão tem uma correlação moderada negativa e significativa com os afetos negativos e associação baixa positiva com os afetos positivos.</p>
--	--	--	---

<p>Neff e Pommier (2012)</p>	<p>n= 956 Idades: M=20.97 M=33.27 M=47.49 Género: 641 F 315 M</p>	<p>Autocompaixão Altruísmo Empatia Distress Compaixão pela humanidade Meditação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A idade é preditora da autocompaixão, compaixão pela humanidade, empatia, perspectiva tomada, altruísmo, perdão e menos <i>distress</i> - Os praticantes de meditação – grupo mais velho – obteve maiores valores na autocompaixão - Não existiram diferenças significativas em relação ao género; - A relação entre autocompaixão e compaixão pela humanidade é significativa e mais forte em pessoas que praticam meditação do que nos adultos em geral, sendo que em ambos os anteriores grupos é mais forte do que em universitários.
<p>Castilho e Pinto-Gouveia (2011)*</p>	<p>n= 631 Idades: M=20.65 Género: 468 F 163 M</p>	<p>Depressão Autocompaixão Vinculação Comparação Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Homens filhos de pais mais hostis são menos autocompassivos; - Mulheres filhas de pais mais controladoras são mais autocríticas; - A autocompaixão modela tem efeitos sobre a depressão; - Homens sentem maiores níveis de autocompaixão e maiores níveis na dimensão <i>mindfulness</i>; - Mulheres pontuam mais nas dimensões autocrítica, isolamento e sobre-identificação; - A dimensão sobre-identificação é o principal preditor de depressão no sexo masculino. - Nas mulheres a dimensão isolamento e considerada melhor preditora da depressão, sendo de seguida as dimensões calor/compreensão e sobre-identificação;
<p>Phillips e Ferguson (2012)*</p>	<p>n= 185 Idades: +65 Género: 105 F 79 M</p>	<p>Autocompaixão Afeto negativo Afeto positivo Aspetos sociodemográficos (género, idades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A autocompaixão foi associada de forma positiva com o afeto positivo e com o bem estar psicológico - A autocompaixão está negativamente associada ao afeto negativo; - Não há diferença, na autocompaixão, relativamente ao género e á idade.

Neff (2003)	n= 391 Idades: M= 20.91 Género: 225 F 166 M	Autocompaixão Saúde Mental Aspetos sociodemográficos (género)	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres têm menos autocompaixão do que os homens; - autocompaixão está fortemente ligada à saúde mental predizendo-a; - O homem sente mais as seguintes dimensões da autocompaixão: calor/compreensão e <i>mindfulness</i>; - As mulheres sentem mais as seguintes dimensões: autocrítica; humanidade comum; isolamento; sobre-identificação.
Fontinha (2009)	n= 130 Idades: 18-40 Género: 116 F 14 M	Vinculação Compaixão Autocompaixão Aspetos sociodemográficos (género, idades)	<ul style="list-style-type: none"> - Autocompaixão tem uma relação positiva com a compaixão - A autocompaixão está mais ligada ao modelo dinâmico interno do eu - A autocompaixão não apresentou valores significativos em relação à idade - As mulheres tem maiores níveis na subescala da autocompaixão: <ul style="list-style-type: none"> - humanidade partilhada
*Neves (2011)	n= 121 Idades: 18-70 Género: 89 F 32 M	<i>Mindfulness</i> Autocompaixão Vergonha Depressão Psicopatologia	<ul style="list-style-type: none"> - Praticantes de meditação/yoga têm maiores níveis das facetas observar e não reagir do <i>mindfulness</i> - Sujeitos com maiores níveis de <i>mindfulness</i> têm maiores índices de autocompaixão e menores de vergonha e depressão.
Leary, Tate, Adams, Allen e Hancock (2007)	n= 117 idades: 17-21 Género: 59 M 58 F	Autocompaixão Autoestima Eventos negativos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Autocompaixão é moderadora em pessoas com baixa autoestima - Pessoas com autocompaixão subestimam os seus desempenhos - Autocompaixão previu reações emocionais e cognitivas a eventos negativos da vida
Ferreira e Simões (2007)	n= 360 idades: 18--50 Género: 360 F	Autocompaixão Imagem corporal Comportamento alimentar	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres que têm maior envolvimento em ações harmoniosas têm mais atributos autocompassivos.
Freitas (2011)	n= 1444 idades: M= 24.50 Género: 343 M 1101 F	Autocompaixão Autocriticismo Psicopatologia	<ul style="list-style-type: none"> - A amostra tende a ter atitudes menos autocompassivas , mais autocríticos e autopunitivos; - A amostra tende a sobre identificarem-se com a experiência interna e com o isolamento;

			<p>-Sujeitos com psicopatologia têm menos níveis de autocompaixão e menos níveis nas suas dimensões positivas.</p>
Vieira (2012)	<p>n= 407 idades: 18-52 Gênero: 266 F 141 M</p>	<p>Afetos Negativos e positivos Autocompaixão Dimensões da Autocompaixão Depressão Acontecimentos de vida</p>	<p>- Homens têm maiores níveis de depressão e afetos positivos e nas dimensões <i>mindfulness</i> e sobre-identificação da escala de autocompaixão; - Nos homens há associação significativa entre as dimensões calor/compreensão, isolamento, autocrítica e <i>mindfulness</i> e a depressão; - A associação entre a humanidade comum e a depressão foi baixa; - A dimensão isolamento, nos homens, mostrou ser explicativa da depressão. - Mulheres apresentam níveis maiores de afetos negativo; - Ainda nas mulheres as dimensões humanidade comum, calor/compreensão, isolamento, <i>mindfulness</i>, sobre-identificação, autocrítica mostraram-se explicativas da depressão - A associação, relativamente às mulheres, que foi superior à dos homens foi a da depressão com a autocrítica; - A depressão, nos dois gêneros, está associada de forma negativa com as dimensões positivas da autocompaixão e de forma positiva com as dimensões negativas; -</p>

*Os artigos assinalados, compõem informação acerca de outras variáveis em estudo, porém não serão repetidos nas tabelas de estudos destas mesmas variáveis, para evitar a sua repetição

Estudo sobre a Autocompaixão e resiliência psicológica em adolescentes e jovens adultos de Neff e McGehee (2010)

O estudo realizado por Neff e McGehee em 2010, foi constituído por uma amostra de 522 sujeitos. Os autores dividiram a amostra em 235 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 aos 17 ($M=15.2$), sendo que 122 dos adolescentes eram do sexo feminino (52%) e 113 do sexo masculino (48%); e em 287 jovens adultos com idades entre os 19 e os 24 anos ($M=21.1$), onde 163 eram do sexo feminino e 123 pessoas do sexo masculino. Ambos os grupos tinham, em grande parte, uma situação socioeconómica idêntica (classe média). Os autores pretenderam com este estudo averiguar se a autocompaixão é mais sentida em adolescentes ou em jovens adultos. Os resultados deste estudo mostraram que a autocompaixão é sentida da mesma forma pelos adolescentes como pelos jovens adultos, sem diferenças significativas. Os mesmos autores descobriram que os níveis de autocompaixão são preditivos pelo tipo de funcionamento familiar, ou seja, a família é preditora das diferenças individuais relativas à autocompaixão. No sentido em que uma família mais *stressante* terá adolescentes/jovens com menos autocompaixão e que, pelo contrário, famílias mais harmoniosas têm filhos com maior autocompaixão.

Estudo sobre a Autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspetos sociodemográficos de Souza e Hutz (2016)

O estudo de Souza e Hutz (2016), foi realizado a 237 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos ($M=32.7$). Este estudo pretendeu averiguar as diferenças na autocompaixão em relação à autoestima, autoeficácia e aspetos sociodemográfico. Os resultados que os autores encontraram significativos para a autocompaixão em mulheres foram os seguintes: a) ter mais de 30 anos (encontraram mais autocompaixão em faixas etárias maiores – 31-66 anos); b) praticar uma religião; c) não usar medicamento psiquiátrico e; d) ter filhos.

Estudo sobre o Papel do autocrítico e da autocompaixão na ocorrência de insónia em estudantes universitários de Teixeira (2015)

O estudo de Teixeira pretendeu estudar as associações da autocompaixão autocrítico e insónia, associando-as também a outras variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e analisar as diferenças destas associações, em estudantes universitários, em épocas escolares diferentes – de exames e sem exames. O que, segundo a autora, levaria a perceber se o stresse e a pressão da época de exames tem influência no sono dos estudantes universitários. É de salientar que neste estudo a autora realizou análises preditivas, onde controlou a influencia de sintomas depressivos, de ansiedade e stresse. A amostra foi composta por 268 estudantes universitários, onde 160 participaram no primeiro momento da investigação (época de exames) e os restantes ($N=108$) tiveram a sua participação no segundo momento (época sem exames). No primeiro momento 121 sujeitos eram do sexo feminino e 39 do sexo masculino, com idades compreendidas entres os 19 e os 54 anos ($M=26.34$). No segundo momento havia 68 estudantes

do sexo feminino e 40 do sexo masculino, com uma média de idades de 26.15 anos. As idades foram divididas para ambos os grupos, da mesma forma, dos 19 aos 29 anos e dos 30 aos 54 anos. Os resultados mostraram as dimensões da autocompaixão estão negativamente correlacionadas com as dimensões do autocriticismo. Também foi averiguado que em ambos os momentos os estudantes mais velhos (30-54 anos) tendem a ser mais autocompassivos.

Estudo sobre os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário de Costa (2015)

O estudo de Costa (2015), foi realizado com uma amostra de 402 adolescentes do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos ($M=16.46$), sendo 225 adolescentes do sexo feminino e 177 do sexo masculino. Este estudo teve como objetivo analisar e avaliar os contributos da autocompaixão e da esperança tanto sobre o bem-estar psicológico como sobre o bem-estar subjetivo. Como resultados obtidos, neste estudo, averiguou-se que a autocompaixão revelou níveis moderados no que se refere tanto ao seu total quanto às suas dimensões. Em relação à autocompaixão e o género, o sexo masculino apresentou maiores níveis de autocompaixão do que o sexo feminino, com diferenças estatisticamente significativas. No que respeita à autocompaixão nos níveis etários os adolescentes com idades entre os 17 e 19 anos apresentaram valores totais de autocompaixão maiores, com uma média de 3.04, do que os adolescentes de 15 e 16 anos ($M=2.98$). A autocompaixão em relação à escolaridade, mostrou que os alunos do 12º ano apresentam valores totais mais altos do que os adolescentes do 10º e 11º ano de escolaridade. No que concerne à área de residência, os adolescentes que vivem em áreas predominantemente urbanas apresentaram valores totais mais elevados do que os que moram em áreas moderadamente urbanas e que moram em áreas predominantemente rurais, com diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito ao nível socioeconómico, os adolescentes que têm um nível socioeconómico mais baixo apresentaram valores totais de autocompaixão um pouco mais altos em comparação aos que têm um nível socioeconómico elevados, no entanto estas diferenças não se mostraram significativas. A autocompaixão apresentou ter uma correlação significativa, negativa e forte com a afetividade negativa, onde averiguou-se que quanto superiores os níveis de autocompaixão, inferiores estarão os valores da afetividade negativa. Por outro lado, a autocompaixão mostra ter uma correlação significativa, positiva, mas fraca com a afetividade positiva, o que mostra que quanto mais autocompaixão mais afetividade positiva haverá. Ou seja, o estudo indica que a autocompaixão constitui-se como uma variável muito preditora da regulação afetiva negativa.

Estudo sobre a autocompaixão e regulação emocional na adolescência de Gaspar (2014)

Gaspar (2014) pretendeu estudar o “papel das memórias emocionais de ameaças e subordinação na infância, da empatia e da alexitimia no desenvolvimento da autocompaixão, em adolescentes, quando os efeitos da depressão e da ansiedade são controlados” (p. 2, 2014).

Para isso, Gaspar (2014), constituiu uma amostra de 605 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($M=14.96$). Os participantes frequentavam o 3º e ensino secundário. Da amostra 280 adolescentes eram do sexo masculino e as restantes do sexo feminino ($N=324$). Como resultados do estudo mostraram que o sexo feminino é menos autocompassivo do que o masculino, e que o sexo prediz de forma significativa a autocompaixão. A autocompaixão mostrou ter uma correlação baixa e no sentido negativo tanto com a idade quanto com a escolaridade. Estes resultados apesar de sugerirem que os adolescentes mais velhos e com maior escolaridade são mais autocompassivos, os valores obtidos não possibilitam uma associação entre estas variáveis. Este estudo ainda estudou a depressão e a ansiedade, apresentando uma correlação significativa e alta com a autocompaixão, onde os adolescentes que apresentam níveis de autocompaixão mais baixo também apresentam um maior número de sintomas depressivos. Os resultados afirmaram que a depressão aparece como preditora da autocompaixão. O estudo também mostrou que memórias emocionais de subordinação e memórias de ameaça na infância têm uma correlação significativa com a autocompaixão. Assim sendo, leva a perceber que os adolescentes que têm memórias de experiências de ameaça e subordinação com os pais na infância são menos autocompassivos.

Estudo sobre a relação entre mindfulness, pensamentos automáticos e autocompaixão em população adulta de Thantrey (2016)

O estudo de Thantrey (2016) tencionou estudar a associação e relações do *mindfulness*, pensamentos automáticos e autocompaixão; quis compreender o papel mediador dos pensamentos automáticos sobre a relação entre *mindfulness* e autocompaixão e; analisar se os praticantes de *mindfulness* têm níveis mais elevados de *mindfulness*, autocompaixão e pensamentos automáticos em relação aos que não praticam *mindfulness*. A amostra foi composta por 265 sujeitos, sendo a maioria do sexo feminino ($N=192$) e os restantes 73 do sexo masculino. As idades dos participantes variava dos 18 aos 73 anos. Como resultados verificou-se que há uma correlação positiva e significativa entre as variáveis autocompaixão e *mindfulness*. Ou seja, quanto maior o nível de *mindfulness* maiores níveis de autocompaixão, níveis superiores de *mindfulness* estão associados a menores níveis de pensamentos automáticos e, níveis maiores de pensamentos automáticos levam a níveis menores de autocompaixão. Os pensamentos automáticos afirmaram-se como mediadores da relação entre o *mindfulness* e a autocompaixão. Os praticantes de *mindfulness* sentem mais autocompaixão do que os não praticantes

Estudo sobre a avaliação da autocompaixão em adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de autocompaixão de Cunha, Xavier e Vitória (2013)

Neste estudo a amostra compôs 838 alunos de escolas públicas, onde 465 dos sujeitos eram rapazes e 373 eram raparigas, com uma média de idades de 16.03 (12 aos 19 anos). Estes

sujeitos pertenciam ao 3º ciclo do ensino básico e ao ensino secundário. O estudo teve como objetivo apresentar a versão portuguesa da Escala de autocompaixão. Nos resultados averiguou-se que os adolescentes portugueses, em comparação com os do estudo de Neff e McGehee (2010), têm, em média, níveis superiores de competências de *mindfulness* e níveis inferiores de sobre identificação com os pensamentos e sentimentos dolorosos. No que diz respeito à idade e escolaridade não foi apresentada uma associação positiva com a autocompaixão, porém a idade mostrou uma associação positiva.

Estudo sobre Autocompaixão e funcionamento psicológico adaptativo de Neff, Kirkpatrick e Rude (2007)

Este estudo surgiu para apresentar através de uma avaliação a relação da autocompaixão com a saúde psicológica. No mesmo participaram 91 alunos de universidade da disciplina de educação-psicologia, onde 22 eram homens e 69 mulheres, com uma média de idade de 20.9 anos. Os resultados mostram que quem experimentou um aumento na autocompaixão, também experimentou uma maior conexão social e diminuição da autocrítica, depressão, ruminação, supressão do pensamento e ansiedade. Nos resultados a associação negativa entre mudanças de autocompaixão e supressão do pensamento, depois de controlar a ansiedade, sugere que o aumento da autocompaixão diante de pensamentos difíceis está associada a uma necessidade de evitar pensamentos dolorosos. Este estudo também concluiu que a autocompaixão está associada de forma negativa com o autocriticismo, com a depressão, ansiedade, ruminação e com a afetividade negativa em geral, e positivamente associada com a satisfação com a vida, felicidade, inteligência emocional, iniciativa pessoal, otimismo, conectividade social, curiosidade, exploração, agradabilidade, extroversão, conscienciosidade e com a afetividade positiva no geral.

Estudo sobre autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018)

No estudo de Parente, Cunha, Galhardo e Couto (2018), realizado com 155 participantes, com idades entre 65 e 94 anos, onde 99 eram do sexo feminino e 56 do sexo masculino. Onde a maioria tem um nível de escolaridade entre os primeiros quatro anos e a sua habitação, em grande parte, é no meio rural. Neste estudo – que teve como objetivos a análise de como a autocompaixão, satisfação com a vida, afetos, estado de saúde física e mental se associam à idade avançada, tendo controlo sobre o efeito do sexo, idade, escolaridades, o local de residência e o tipo de resposta social. Também pretendeu-se perceber que variáveis melhor predizem a satisfação com a vida e o estado de saúde nos idosos – verificou-se que a idade revelou uma associação negativa baixa com o afeto positivo, enquanto a escolaridade mostrou estar associada de forma positiva baixa com o afeto positivo e o local de residência não tem diferenças significativas para qualquer das variáveis. A tipologia de resposta social dos idosos mostrou-se associada à maioria das variáveis em estudo. Os idosos que permanecem nas suas casas estão mais satisfeitos com as suas vidas, têm melhor saúde global, mais traços

compassivos e mais afeto positivo, quando comparados com os idosos que se encontram sob resposta social. A satisfação com a vida e o estado de saúde estão moderadamente correlacionados, de forma positiva e estatisticamente significativa, com a autocompaixão. O mesmo estudo revelou, que a idade e o sexo não se apresentaram associados à autocompaixão. Também é nos apresentado que os idosos que não se encontram sob resposta social têm valores mais elevados de autocompaixão, quando comparados com aqueles que frequentam os centros de dia. A percepção de saúde tem uma associação com o aumento da satisfação com a vida, aumento da autocompaixão e com a diminuição dos afetos negativos. Por fim, a satisfação com a vida está relacionada a uma saúde física e autocompaixão superiores.

Estudo sobre a relação entre autocompaixão e outros focos problemáticos entre estudantes universitários, adultos da comunidade e praticantes de meditação, de Neff e Pommier (2012)

O objetivo deste estudo foi perceber a ligação entre a autocompaixão e o bem-estar. Foram tidas outras variáveis como a empatia, compaixão pela humanidade, altruísmo, perdão, *distress* e perspetiva tomada. Participaram neste estudo 956 pessoas, que foram divididas em três grupos: a) universitários com um total de 384, onde a média de idades é de 20.97, onde tem 253 mulheres e 131 homens; b) adultos da comunidade com uma média de idade de 33.27, onde 264 são mulheres e 136 homens e, por fim; c) praticantes de meditação composto por 172 pessoas, com uma média de idades de 47.49, sendo 124 mulheres e os restantes 48 homens. Os resultados que advieram deste estudo foram: que a autocompaixão está significativamente associada a vários focos problemáticos, mas que esta associação difere de acordo com as experiências de vida e o género. A idade foi preditora de forma significativa da autocompaixão, compaixão pela humanidade, empatia, perspetiva tomada, altruísmo, perdão e menos *distress* pessoal. Porém não existiram diferenças, relativamente à autocompaixão, entre os jovens adultos e os universitários. Os praticantes de meditação, grupo com mais idade, foram os que apresentaram mais autocompaixão. A autocompaixão não mostrou ter valores diferenciados entre mulheres e homens, mas o estudo mostrou que as mulheres têm mais compaixão pela humanidade, de forma muito significativa. Ainda sobre o género, foi mostrado que tantos homens quanto mulheres têm uma associação significativa entre a autocompaixão e outros focos problemáticos.

Estudo sobre Autocompaixão: estudo da validade da versão portuguesa da Escala de Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia de Castilho e Pinto-Gouveia (2011)

Com este estudo, para além de averiguar as propriedades psicométricas da escala, procurou perceber as experiências adversas na infância associadas negativamente e a relação com a comparação social e psicopatologia. A amostra foi composta por 631 estudantes universitários,

onde 468 sujeitos são do sexo feminino e os restantes 163 do sexo masculino. A média das idades é de 20.65. A maioria da amostra, como estado civil, é solteira (98.50%). Como resultados averiguou-se que os homens que têm um pai crítico, hostil, que rejeita e é desinteressado, têm uma atitude menos compassiva para consigo. Nas mulheres que têm mães controladoras, frias e críticas, são mais autocríticas e têm mais vergonha. Assim sendo, concluíram que os comportamentos parentais vinculativos contribuem para o desenvolvimento da autocompaixão. Por fim, verificaram que as experiências adversas contribuem para a existência de sintomas depressivos e que a autocompaixão medeia as experiências negativas, ou seja, os seus efeitos sobre a sintomatologia depressiva.

Estudo sobre autocompaixão: um recurso para um envelhecimento positivo, de Phillips e Ferguson (2012)

Este estudo pretendeu estudar a associação da autocompaixão com o afeto positivo e negativo e o bem estar psicológico em idosos. A amostra compôs 185 idosos, com idades superiores a 65 anos (65- 92 anos). A amostra era composta por 105 mulheres e 79 homens, uma pessoa não respondeu a esta questão. A média de escolaridade é de 13.15. Os resultados mostraram que a autocompaixão foi associada de forma positiva com o afeto positivo, e com o bem estar psicológico e de forma negativa com o afeto negativo. O género e a idade não apresentaram diferenças em relação à autocompaixão.

Estudo sobre o desenvolvimento e validação da Escala da Autocompaixão, de Neff (2003)

Este estudo incluiu 391 sujeitos universitários, dos quais 225 eram mulheres e 166 homens, com uma média de idades de 20.91. Como o nome indica, este estudo pretendeu validar a Escala de Autocompaixão. Os resultados mostraram que as mulheres têm menos autocompaixão do que os homens e que a mesma está fortemente ligada à saúde mental.

Estudo intitulado “faz a mesmo aquilo que farias aos outros”: estilo de vinculação como determinante da compaixão e autocompaixão, de Fontinha (2009)

Este estudo pretendeu estudar a associação entre compaixão e autocompaixão, verificar a relação dos estilos de vinculação com ambas. A amostra deste estudo acompanha 130 estudantes universitários, com idades entre os 18 e os 40 anos ($M=20.97$). A maioria dos participantes era do sexo feminino ($N=116$) e do sexo masculino 14 indivíduos. Os resultados mostraram que a autocompaixão tem uma relação positiva com a compaixão, e que a autocompaixão está mais ligada ao modelo dinâmico interno do eu, enquanto a compaixão está mais ligada ao modelo dinâmico do outro. Neste estudo, para a autocompaixão não foram encontrados valores estatisticamente significativos em relação às idades, porém em relação ao sexo, as mulheres obtiveram valores superior em uma subescala da autocompaixão (humanidade partilhada)

Estudo sobre a relação entre Mindfulness, Autocompaixão, Vergonha e Psicopatologia em praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga, de Neves (2011)

Este estudo pretendeu descobrir a relação entre *mindfulness*, autocompaixão, vergonha e psicopatologia tanto em praticantes de meditação/yoga quanto a não praticantes. Desta forma, a amostra total (N=121), foi dividida em dois grupos, os praticantes de meditação/yoga com 53 sujeitos, com idades compreendidas entre os 23 e os 70 anos, sendo 46 do sexo feminino e os restantes 7 do sexo masculino. Os mesmos, a nível de escolaridade, estavam entre os 4 e os 18 anos, na sua maioria eram casados (41.5%) e solteiros (30.2%), por fim, no que concerne ao nível socioeconómico a população apresentou um nível médio. Quanto aos não praticantes (N=68), era composta por 43 pessoas do sexo feminino e 25 do sexo masculino. As idades desta amostra variam dos 18 aos 63 anos de idade. Quanto à escolaridade distribuíram-se entre os 5 e os 20 anos. A maioria da amostra era casada (54.4%). Em relação ao estado socioeconómico, semelhante aos praticantes de meditação/yoga, situam-se estado médio. Os resultados mostraram que há uma diferença significativa entre os praticantes e os não praticantes de yoga no que concerne a algumas facetas do *mindfulness* (observar e não reagir), onde os praticantes de meditação apresentam valores mais elevados. Por outro lado, os sujeitos que tinham maiores índices de traço de *mindfulness* mostraram ter níveis mais baixos de vergonha (externa e interna) e de depressão, e níveis mais elevados de autocompaixão.

Estudo sobre autocompaixão e reações a eventos desagradáveis relevantes: implicações de tratar-se gentilmente, de Tate, Adamns, Allen, Hancock (2007)

Este estudo é composto por 5 estudos, que investigaram os processos cognitivos e emocionais que são sentidos por pessoas que lidam com eventos de vida desagradáveis. Este estudo foi composto por 59 homens e 58 mulheres estudantes universitários, com idades entre os 17 e 21 anos. O estudo 1 revelou que a autocompaixão previu reações emocionais e cognitivas a eventos negativos da vida. O estudo 2 mostrou que a autocompaixão protege as pessoas contra sentimentos angustiantes. No estudo 3, a autocompaixão foi moderadora, aquando de feedbacks positivos e negativos, principalmente nos participantes com autoestima. No estudo 4 foi descoberto que pessoas com autocompaixão baixa subestimam seus desempenhos. Por fim, no último estudo, diz que a autoperceção leva as pessoas a perceberem o seu papel em eventos negativos sem se sobrecarregarem com emoções negativas. Os autores acabaram por concluir que a autocompaixão enfraquece as reações das pessoas perante eventos negativos de formas diferentes.

Estudo sobre ações autocompassivas e comportamento alimentar perturbado em mulheres: O efeito mediador da apreciação da imagem corporal de Ferreira e Simões (2007)

Este estudo objetivou foi averiguar o efeito mediador da apreciação da imagem corporal numa associação entre motivações e ações autocompassivas e o comportamento alimentar perturbado. A amostra compôs 360 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos. O resultado mais ressonante deste estudo, que tem ligação ao presente estudo, refere-se ao facto das mulheres terem mais capacidades de se envolverem em ações que estão congruentes com atributos autocompassivos.

Estudo sobre modelos de relação interna: autocrítico e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação em psicopatologia de Freitas (2011).

O estudo realizado por Freitas (2011) teve como objetivo primordial estudar o autocrítico e a autocompaixão – sua origem e desenvolvimento e o papel que estas experiências têm na tanto na vulnerabilidade quanto na manutenção da psicopatologia. Um dos objetivos específicos o de aferir e validar para a população portuguesa as medidas de autocompaixão e autocrítico. O estudo trata da validação da escala de autocompaixão. A amostra compôs dois grupos, o primeiro de uma população não clínica (n=1128), com 848 sujeitos do sexo feminino e 280 do sexo masculino, com uma média de idades de 24.50, onde a nível de escolaridade a média obtida é de 1420. Quando à variável estado civil, predominam os sujeitos solteiros (955). Já relativamente ao segundo grupo, de uma amostra clínica recrutada de vários departamentos de psiquiatria, foi composta por 316 doentes com patologia. As mulheres compõem a maioria da amostra com um total de 253 e apenas 63 do género masculino. A média de idades é de 28.69 e a média dos anos de escolaridade é de 13.95. No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos sujeitos é solteiro (n=230). Os resultados mostram que para a amostra total há uma variação no nível de autocompaixão, e tendem a ter atitudes mais autocríticas e punitivas para com os próprios do que compassivos e com atitude de aceitar. Quanto às dimensões da autocompaixão, os sujeitos estudados tendem a sobre identificarem-se com a experiência interna e com o isolamento. Os sujeitos com psicopatologia mostraram menos autocompaixão em relação ao total da autocompaixão e nas dimensões positivas.

Estudo sobre o impacto negativo dos acontecimentos de vida e psicopatologia: o efeito moderador das Memórias Precoces de Calor e de Segurança e da Auto-Compaixão de Vieira (2012)

O estudo realizado por Vieira (2012) objetivou investigar a relação entre o impacto negativo dos acontecimentos de vida e os níveis de depressão, de afeto e na experiência de estados emocionais negativos. Pretendeu-se também verificar o papel das memórias precoces de calor e segurança e da autocompaixão enquanto possíveis variáveis moderadoras na relação entre o

impacto negativo dos acontecimentos de vida e a depressão. O estudo foi composto por duas amostras. Na primeira amostra tinham-se 407 estudantes, onde 266 eram do sexo feminino e 141 do sexo oposto. As idades variaram dos 18 aos 52 anos, com uma média de 21.06. grande maioria da amostra (n=403) estavam solteiros. A nível de escolaridade os 14 anos de escolaridade eram os mais frequentes. Na segunda amostra participaram 179 sujeitos advindos, de forma voluntária, da primeira amostra, onde 152 eram do sexo feminino e os restantes 27 do género masculino. A média de idades foi de 20.93, onde os sujeitos iam dos 18 aos 52 anos. A maioria dos sujeitos estavam solteiros (n=177), e o número de anos de escolaridade mais frequente era de 13. Os resultados, relativamente às idades, mostraram que os homens reportam maiores níveis de depressão e de afetos positivos. As mulheres apresentam níveis maiores de afetos negativo. Ainda em relação ao género, os homens apresentam valores mais elevados nas dimensões *mindfulness* e sobre-identificação da escala de autocompaixão. A depressão, em ambos os géneros, mostra uma associação negativa com as dimensões positivas da autocompaixão e positiva com os domínios negativos. Nos homens há associações significativas entre as dimensões de calor/compreensão, isolamento, autocritica e *mindfulness* e a depressão. A associação entre a humanidade comum mostrou-se baixa com a depressão. Ainda no sexo masculino, a variável isolamento mostrou ser explicativa da depressão. Relativamente às mulheres, as associações mostraram-se inferiores às dos homens, com exceção da autocritica – depressão que revelou ser superior. No género feminino as dimensões humanidade comum, calor/compreensão, isolamento, *mindfulness*, sobre-identificação, autocritica mostraram-se explicativas da depressão. Ou seja, menores níveis de *mindfulness*, humanidade comum e calor/compreensão maiores os níveis de depressão. Maiores níveis de autocriticismo, de isolamento e de sobre-identificação maiores níveis de depressão.

Afeto positivo e afeto negativo

É unanime entre alguns investigadores que, até recentemente, foi dada pouca importância ao estudo do bem-estar, predominando estudos sobre a infelicidade e sofrimento psíquico. Ou seja, o enfoque dos estudos estava relacionado com a doença e não com a saúde (Diener, 1984). Neste sentido os estudos inerentes ao bem-estar e as capacidades dos sujeitos foram descurados pelos investigadores, dando uma grande abertura ao estudo de aspetos disfuncionais.

Só a partir da década de 90, a psicologia positiva deu início a uma abordagem científica das qualidades do ser humano, desenvolvendo estudos com o intuito de investigar as características positivas e saudáveis dos indivíduos. Rompendo, desta forma, o hábito psicológico que ponha em primeiro e único plano o estudo da doença (Snyder & Lopez, 2009). Deste modo, nos últimos tempos, tem existido um foco direcionado para o estudo de aspetos positivos da experiência humana, como o já mencionado bem-estar, a qualidade de vida, a gratidão, a vitalidade. Assim, a psicologia positiva, enquanto perspectiva, tem inerente uma grande quantidade de estudos destas variáveis supramencionados (Pinto-Gouveia, Lins, Lima, Freires & Gomes, 2009).

Esta mudança, suscitou um crescimento no estudo do bem-estar abrangendo estudos com diversas nomeações, como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. Em geral, este tema foca no como as pessoas avaliam as suas vidas (Diener, 1996). Apesar de na década de 90 terem sido intensificados os estudos sobre as qualidades humanas, foi na década de 80, que os debates sobre o bem-estar se fortaleceram, tendo tido grande utilização deste conceito por vários investigadores. A sua definição tornou-se não concetual perante muitos investigadores, contudo os estudos sobre esta variável apontaram para uma diferenciação entre o bem-estar subjetivo (Diener, 1984) e o bem-estar psicológico (Ryff, 1989). Como resultado desses debates, Ryan e Deci em 2001, afirmaram que os estudos contemporâneos sobre o bem-estar podem ser organizados sob duas perspetivas filosóficas diferentes. A primeira, designada de Hedonista, reflete uma visão de que o bem-estar é ter prazer e felicidade. Assim sendo, a psicologia hedonista corresponde ao bem-estar subjetivo. A segunda perspetiva, a Eudaimonista, refere que o bem-estar é mais que a felicidade, consistindo no potencial humano, equivalendo ao bem-estar psicológico. Recentemente, as evidências mostram que o bem-estar é considerado como sendo um fenómeno multidimensional, constituído por aspetos tanto da conceção Hedonista como Eudaimonista (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar psicológico agrega conceitos de autoaceitação, autonomia, propósito de vida, domínio do ambiente, crescimento pessoal e relações positivas com os outros. Quanto ao bem-estar subjetivo integra três dimensões: satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). A dimensão dos afetos refere-se às reações emocionais dos sujeitos perante os acontecimentos, que ocorrem em suas vidas, onde os afetos positivos são alegria, elação, contentamento, e os afetos negativos: culpa, vergonha e tristeza. Diener e Suh (1997), afirmam que um bom nível de bem-estar subjetivo (BES) acontece numa avaliação do indivíduo, onde o mesmo reconhece um elevado nível de satisfação global com a sua vida, fazendo também um balanço positivo da vivência de afetos positivos e negativos. Ter um BES elevado inclui eventos emocionais positivos, satisfação com a vida, rara experiência emocional negativa, como a depressão e ansiedade. O bem-estar pode ser apresentado em três categorizações para o definir, a primeira categoria define o bem-estar através de critérios que são externos (virtude ou santidade), a segunda categoria está relacionada com o que leva as pessoas a avaliarem as suas vidas em termos positivos, sendo chamada esta avaliação de “satisfação com a vida”, a mesma é subjetiva, pois depende dos que os sujeitos acham do que é uma vida feliz, sendo essa uma componente cognitiva que complementa a felicidade (dimensão afetiva do funcionamento positivo). A última categorização atenta o bem-estar como sendo o estado que denota a superioridade do afeto positivo sobre o negativo (Ryff, 1989).

O bem-estar subjetivo pode ser avaliado em diferentes níveis: mais global (satisfação com a vida num todo) ou específico (por exemplo, a satisfação com a vida no trabalho, onde o bem-estar no trabalho é composta por uma dimensão cognitiva que está associada à satisfação com a vida, e por uma afetiva onde estão os afetos positivos e negativos dirigidos ao trabalho), dependendo do que o investigador quer avaliar. Também subordinado ao julgamento feito pelo

indivíduo, o nível de satisfação pode funcionar como regulador emocional, ampliando ou reduzindo as emoções positivas ou negativas. Faz sentido avaliar o bem-estar subjetivo destas duas formas, não pensando que se o fizermos os resultados de ambas as avaliações darão os mesmos resultados, já foi comprovado em estudos que estas avaliações feitas em separado não dão os resultados iguais, como é o caso do estudo de Biswas-Diener e Diener de 2001, onde 83 moradores de Calcutá, que responderam a várias escalas de bem-estar subjetivo. Os participantes eram divididos em três grupos: moradores de alojamentos, prostitutas que moravam em bordéis e pessoas sem abrigo. Os mesmos responderam a perguntas sobre a satisfação com a vida como um todo e satisfação com diversos domínios específicos, e a questões relativas a acontecimentos positivos e negativos vividos. Os resultados mostraram que a avaliação com a satisfação com a vida como um todo foram ligeiramente negativas, os domínios específicos foram mais positivos. Ao longo dos anos, muitos investigadores têm tentado revelar o poder de predição de diversas variáveis sobre o bem-estar (Ryff, 1989). Como visto no estudo de Biswas-Diener e Diener (2001), as conclusões que se tiraram estavam relacionadas com o estado económico. O que para Clemente e Sauer (1976), a psicologia já apontava para os efeitos económicos no bem-estar. Outros fatores que foram investigados como preditores do bem-estar são: interação dos processos psicológicos, segundo Beiser (1974); cor de pele, idade e a percepção da saúde (Clemente & Sauer, 1976); o nível de adaptação aos acontecimentos da vida (Brickman, Coates & Janoff-Bulman, 1978); traços de personalidade (Costa & McCrae, 1980); entre outros. Foi constatado ao longo do tempo que as variáveis demográficas (Sexo, idade, renda, raça, educação e condição civil) todas juntas não contam muito para a variância do bem-estar subjetivo (Campbell, Converse & Rodgers, 1976) e situacionais têm um poder preditivo fraco, deste modo têm sido favorecidas 4 perspectivas teóricas nas pesquisas do bem-estar subjetivo: a) Teorias da personalidade; b) teorias de discrepância/ comparação social; c) teorias de metas e valores e; d) teorias relativas aos processos de adaptação e coping. A explicação para o uso destas teorias dá-se pelo facto de as mesmas procurarem saber como ocorre o processo de interpretação dos eventos e quais são as relações desses eventos com a autoavaliação que as pessoas fazem das suas vidas (Silva, 2009).

As teorias anteriores, como já referido, têm a ver com as variáveis que podem influenciar o bem-estar subjetivo. Porém o bem-estar subjetivo tem dois modelos explicativos que são apresentados dentro de dois blocos antagónicos: Bottom-up e Top-down (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Estas abordagens têm uma diferenciação a nível de suas raízes fisiológicas e quanto às suas implicações para se entender a natureza de determinantes do bem-estar subjetivo. As mesmas têm a preocupação de identificar como os fatores externos, as situações e as variáveis sociodemográficas, influenciam a felicidade. A abordagem Bottom-up diz que a felicidade é a soma de muitos pequenos prazeres, ou seja, o aglomerar de momentos felizes. Deste modo, um sujeito que é feliz, é-lo porque vivencia muitos momentos felizes. Esta perspectiva tem como base o pressuposto de que existem necessidades humanas universais e básicas distintas, e que a satisfação ou não satisfação das mesmas viabiliza a felicidade. Para

além disso, a satisfação com a vida é tida como a junção de vários domínios particulares (vida familiar, situação económica, habitação, entre outros). Estudos como o de Clemente e Sauer (1976), corroboram com a afirmação anterior, quando identificam como os fatores externos, variáveis demográficas, eventos e circunstâncias da vida afetam a felicidade. Contudo os mesmos autores, indicam que há um fraco poder preditivo destas variáveis no que diz respeito ao bem-estar subjetivo, acrescentado a necessidade de fazerem-se mais estudos para que esclareçam melhor estas relações. Quanto à outra perspetiva/bloco: Top-down, é esta perspetiva que mostra quais são as estruturas do sujeito que determinam como os eventos e circunstâncias são entendidos. Nesta perspetiva existe uma propensão geral para as pessoas interpretarem os acontecimentos de forma positiva ou negativa, levando a avaliar a vida. Sendo que, devido a isso, à influência nas interações momentâneas do sujeito com o mundo. Ou seja, o sujeito experiencia e aproveita os prazeres porque é feliz e não vice-versa (Diener, Sandvik & Pavot, 1991). Em suma, e segundo os mesmos autores a perspetiva top-down diz que através da interpretação do sujeito sobre os eventos é que faz, primariamente, influenciar o seu bem-estar, enquanto na perspetiva Bottom-up as circunstâncias objetivas é que influenciam a felicidade. O estudo de Argyle (1999), aponta para que as variáveis de maior impacto positivo na felicidade são: o casamento, emprego, estado ocupacional, lazer, a saúde e habilidade sociais. Os efeitos são mais intensos em certos grupos como: a renda para uma pessoa pobre; a religião para pessoas idosas; os desempregados são mais infelizes e como também os divorciados e separados. Ao que foi anteriormente mencionado, os investigadores começaram a indagar o fato de que o impacto das variáveis demográficas é possivelmente intercedido por processos psicológicos como metas e habilidade de coping, variáveis essas que pertencem às quatro teorias mencionadas (Argyle, 1999).

Como já descrito, Diener (1984) divide as definições de bem-estar subjetivo e felicidade em três categorias distintas. Para a presente dissertação ter-se-á foco na categoria afetiva. O bem-estar subjetivo, na visão de Ostrom (1969), é uma atitude que possui, pelo menos, dois constituintes principais: a componente cognitiva referente a aspetos racionais e intelectuais e a componente afetiva acerca das componentes emocionais. A componente afetiva subdivide-se em afeto positivo e negativo. Para dar enfoque ao anteriormente mencionado por Ostrom (1969), a definição de bem-estar é compreendida como o estado que marca o predomínio do afeto positivo sobre o negativo (Bradburn, 1969). Esta categoria coloca ênfase na experiência emocional de satisfação/ prazer do sujeito.

O afeto positivo é um contentamento hedônico puro, que é sentido em um determinado momento como sendo um estado de alerta/entusiasmo (Diener, 1995). A mesma autora acrescenta que o afeto positivo é uma descrição do estado emocional e não um julgamento cognitivo. Os sentimentos mais frequentes são: alegria, orgulho, amor, carinho, felicidade e alívio (Lazarus, 1991). Por outro lado, tem-se o afeto negativo, que é um estado momentâneo de distração e envolvimento não prazeroso, que inclui emoções desagradáveis como, por

exemplo, a ansiedade, depressão, agitação, pessimismo e outros sintomas psicológicos penosos e angustiantes (Diener, 1995). Para corroborar com esta ideia, anteriormente descrita, Lazarus em 1991 afirma que os afetos negativos aparecem devido a uma avaliação adversa da pessoa em relação ao algum evento da sua vida. O mesmo autor acrescenta, que as emoções mais sentidas nestas circunstâncias são: a raiva, ansiedade, tristeza, culpa, vergonha, inveja, ciúme e desgosto. Watson, Clark e Tellegen (1988), asseveram que os afetos podem favorecer a maneira como o sujeito se auto percebe e percebe os outros, sendo que quanto mais afetos positivos mais prazer é gerado para vivenciar situações quotidianas. Ou seja, o afeto compõe, como já foi visto, o bem-estar subjetivo e tem implicações para as respostas afetivas das pessoas.

Nos anos sessenta Bradburn, concluiu que há uma interdependência entre o afeto positivo e negativo. A relação entre os dois tem sido contestada entre diferentes investigadores. No entanto, tem sido mostrado uma ampla evidência mostrando que níveis proporcionais de afeto negativo e positivo são independentes, mesmo perante a utilização de instrumentos de medida diferentes (Diener, 1984). Para corroborar o que foi anteriormente descrito, temos o estudo de Bradburn de 1969, onde se baseou no bem-estar. Bradburn, mostrou que os sentimentos de prazer e desprazer não são opostos um do outro, mas sim independentes em certo ponto. Deste modo, o facto de a psicologia tentar eliminar os estados negativos não leva, propriamente, a promoção de estados positivos. Assim sendo, por mais que a psicologia tenha o seu foco na remissão ou, apenas, alívio do sofrimento não é capaz de promover a felicidade, porém este foco não deixa de ser importante (Diener, 1984). Diener e Emmons (1985), concordam com estes achados e adicionam a carência de novas pesquisas que investiguem quais são os processos que originam a base desta independência entre afetos positivos e negativos. Desde que o estudo de Bradburn foi realizado, a relação entre o afeto positivo e negativo tem sido discutida. No entanto, há muita evidência, atualmente, que mostra os níveis proporcionais tanto do afeto positivo como do negativo evidenciando a sua autonomia, mesmo quando são utilizados diferentes instrumentos de medidas (Diener, 1984).

Os instrumentos de medida utilizados para a mensuração do bem-estar subjetivo são as escalas: a) Satisfaction With Life Scale (SWLS), que foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985); b) Positive and Negative Affect Scale (PANAS), criada por Watson, Clark, e Tellegen (1988); c) PANAS-X- Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form, de Watson e Clark (1991); d) Life Satisfaction Inventory: Form A de Liang (1984); Neugarten, Havinghurst, e Tobin, 1961); e) OHI – Oxford Happiness Inventory, de Argyle, Martin, e Crossland (1989); e; f) Subjective Happiness Scale (SHS) de Lyubomirsky e Lepper (1999). Todos os instrumentos, segundo Scorsolini-Comin e Santos (2008), detêm características particulares, onde não há um consenso entre eles no que se refere aos fatores que constituem o BES. Há escalas, entre as mencionadas, que utilizam afetos positivos e negativos apenas, enquanto outros avaliam a satisfação com a vida como construto único. Apesar dos questionários

apresentados terem os seus pressupostos de construção e validação, os afetos positivos, os afetos negativos e a satisfação com a vida são os componentes mais apelantes desses instrumentos. Albuquerque e Tróccoli (2004), fizeram uma revisão, e concluíram que o método mais usual de mensuração do BES é feito através do autorrelato, onde o indivíduo julga a sua satisfação com a vida e relata a frequência que sente emoções afetivas recentes de prazer e desprazer. A escala que será utilizada neste estudo será a Positive and Negative Affect Scale (PANAS) de Watson, Clark, & Tellegen (1988).

Outra escala que usar-se-á na presente dissertação é o BSI-18 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos – de Derogatis (2001). Este inventário é uma versão breve dos questionários BSI (Brief Symptom Inventory) e SCL-90 (Symptom Checklist-90) desenvolvidos por Derogatis. O BSI-18 avalia 3 dimensões - Ansiedade, Depressão e Somatização e é utilizado como instrumento de despiste para as perturbações psiquiátricas mais comuns. Utilizar-se-á esta escala, pois a saúde mental tem tido uma grande ligação como bem estar e suas componentes, e será uma variável que fará parte deste estudo. A literatura especializada, tem mostrado que estas duas variáveis, nos últimos trinta anos, têm sido tópicos comuns e predominantes (Ferreira & Asmar, 2004). Apesar da falta de ligação e concordância a nível teórico da literatura pesquisada quanto à definição do bem-estar, sabe-se que o mesmo distingue-se de saúde mental. Ou seja, um sujeito pode estar insano e sentir-se muito feliz, enquanto outro sujeito pode estar bem em muitos aspetos da sua vida, e não ser/estar feliz (Bewis-Diener e Diener, 2001). Assim sendo, o bem-estar psicológico não quer dizer, propriamente, saúde psicológica, o mesmo é apenas um aspeto do bem-estar psicológico, que de fato é necessário para o sujeito sentir-se bem com a sua vida. Neste sentido, o BES apresenta três características básicas que o distingue dos outros: subjetividade, medidas positivas e uma avaliação global (Diener, 1984). O BES, segundo Campbell (1976), e indo ao encontro da primeira característica básica, é uma experiência de cada indivíduo. Logo, condições externas objetivas (saúde, conforto, virtude ou riqueza não fazem parte das definições do bem-estar subjetivo. O segundo aspeto, diz que embora estas conjunturas sejam vistas como grandes influências no BES, não são consideradas como parte inerente e necessária a ele. Mais é referido por Campbell (1976), o fato de expressarem-se mais afetos positivos, não implica necessariamente ausência de fatores negativos, mas sim na predominância de afetos positivos sobre os negativos. E por fim, a terceira e última característica significa que o BES inclui uma avaliação global dos vários aspetos da vida do sujeito. Perante tudo o que foi mencionado, conclui-se que parecer haver uma conexão entre a saúde e o bem-estar, deste modo a próxima variável a ser estudada será a saúde, mais propriamente a sintomatologia depressiva. Esta variável, também, encontra na literatura muita ligação com o bem-estar e as suas dimensões afetivas. Segundo Diener (1995), o afeto negativo inclui emoções desprazerosas como é o caso da depressão.

Estudos sobre o Afeto Positivo e o Afeto Negativo

Tabela 7.

Estudos sobre Afeto Positivo e Afeto Negativo

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Batista (2010)	n= 160 Gênero: 90 F 70 M	Suporte Social Afeto positivo Afeto negativo Resiliência	- Afeto positivo mantém uma correlação alta, negativa e significativa com o afeto negativo
Snyder e Lopes (2009)	n=220	Psicologia Positiva Afeto Positivo Afeto Negativo Resiliência	- O afeto positivo e negativo não são sentidos em simultâneo - A vivencia de afeto positivo um componente no desenvolvimento da resiliência
Noronha e Mansão (2012)	n= 529 Idades: 14-37 Gênero: 306 F 223 M	Afeto Positivo Afeto Negativo	- Afetos negativos correlacionam-se fortemente com ciências exatas e atividades burocráticas; - Há prevalência dos afetos positivos em relação aos negativos.
Silva (2009)	n= 212 Idades: M=36 Gênero: 210 F 02 M	Afeto Positivo Afeto Negativo Bem-estar subjetivo Evitamento cognitivo Avaliação Cognitiva	- A reavaliação cognitiva e busca de gratidão tem correlação positiva significativa com a vivencia de afetos positivos - Quanto à dimensão evitamento cognitivo e habilidade de análise lógica têm uma relação negativa com os afetos positivos; - Os afetos positivos prevalecem sobre os afetos negativos.
Pinto (2016)	n= 103 Idades: 18-65 Gênero: 103 F	Depressão Afeto Negativo Fibromialgia Pensamento repetitivo	- Sintomas de fibromialgia conduzem a sintomatologia depressiva através do afeto negativo
Segabinazi, Zortea, Zanon, Bandeira Giacomoni e Hutz (2012)	n= 425 Idades: 14-19 Gênero: 224 F 201 M	Afetos positivos Afetos negativos	- Afetos positivos são mais sentidos pelo sexo masculino e os afetos negativos pelo sexo feminino.
Nolen-Hoeksema (2000)	n= 1317 Idades: 25 - 75 Gênero: 599 F 718 M	Ruminação Dados sociodemográficos (gênero) Afeto Negativo Depressão	- Há correlação entre o gênero e a depressão - As mulheres têm maiores níveis de afeto negativo
Nolen-Hoeksema e Jackson (2001)	n= 740 Idades: 25-75 Gênero: 417 F 323 M	Ruminação Dados sociodemográficos (gênero) Afetos Negativos	- Mulheres sentem mais afetos negativos.
			- Há uma correlação moderada negativa entre os

Scorsolini-Comina e Santos (2012)	n= 106 Idades: M= 42.11 Género: 53 F 53 M	BES (Afeto negativo e positivo e satisfação com a vida) Dados sociodemográficos (género, idade e escolaridade)	afetos negativos e positivos; - Os afetos positivos correlacionam-se de forma leve com a satisfação com a vida; - Em relação à idades, o estudo mostra que os afetos positivos parecem diminuir à medida que a idade avança; - Nos relacionamentos mais longos há tendência a uma diminuição de afetos positivos; - A escolaridade não está associada aos afetos positivos; - Os afetos negativos não se associam à idade, ao tempo de relacionamento e à escolaridade.
Laginha (2015)	n= 153 Idades: 18-52 Género: 91 F 62 M	Adaptabilidade BES (Afeto negativo e positivo e satisfação com a vida) Dados sociodemográficos (género, idade e escolaridade)	- Maior prevalência de afetos positivos na amostra; - Afetos positivos e negativos não estão correlacionados; - Sexo feminino sente maiores níveis de BES; - Alunos do 1º ano sentem menos afeto positivo que os do 3º ano; - O afeto positivo tem uma correlação positiva com a idade.
Noronha, Campos, Dametto e Murgio (2015)	n= 529 Idades: 14-27 Género: 306 F 223 M	BES (Afeto negativo e positivo) Neuroticismo Dados sociodemográficos (género)	- Relação forte entre neuroticismo e afetos negativos; - Relação entre afetos positivos e extroversão; - Os afetos positivos têm uma correlação negativa com a vulnerabilidade e depressão.

Estudo sobre percepção de suporte organizacional, afeto positivo, afeto negativo e resiliência: antecedentes da confiança do empregado na organização, de Batista (2010)

O estudo de Batista pretendeu estudar a relação do suporte organizacional, do afeto positivo e negativo e resiliência, no âmbito do trabalho. A amostra foi constituída por 160 trabalhadores 90 do sexo feminino e 70 do sexo masculino. Os resultados mostraram que os afetos no trabalho são mediadores da relação entre inteligência emocional e a satisfação com o trabalho. O estudo também revelou que o afeto positivo mantém uma correlação alta negativa e significativa com o afeto negativo.

Estudo sobre psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas, de Snyder e Lopez (2009)

Este estudo pretendeu verificar as percepções de professores, alunos, gestores e funcionários sobre a instituição onde pertencem. Neste estudo participaram neste estudo 220 pessoas. Os autores concluíram que o afeto positivo e o afeto negativo não são sentidos em simultâneo, no sentido que estão inversamente correlacionadas. Os mesmos acrescentam que há indicações de que o stress do quotidiano pode alterar este estado, podendo fazer com que o indivíduo experimente alegria e raiva ao mesmo tempo. No mesmo estudo, a vivência de afeto positivo é um constituinte significativo no desenvolver da resiliência.

Estudo sobre interesses profissionais e afetos positivos e negativos: estudo exploratório com estudantes de ensino médio, de Noronha e Mansão (2012)

Este estudo tem uma amostra de 529 participantes, estudantes do ensino médio, (187 do primeiro ano, 164 do segundo e 178 do terceiro), onde 223 eram do sexo masculino e 306 do sexo feminino, e se encontravam entre os 14 e os 27 anos. Neste estudo os autores apuraram que os afetos negativos correlacionam-se mais fortemente com ciências exatas e atividades burocráticas (gerenciar serviços, participar de processos de seleção, admissão e demissão, entre outros).

Estudo sobre coping e dimensões afetivas do bem-estar subjetivo: Um estudo com trabalhadores de Educação, de Silva (2009)

Este estudo contou com 212 participantes, sendo 99,1% do sexo feminino, com escolaridade variando do ensino médio até pós-graduação. A idade média da amostra era de 36 anos. Neste estudo os resultados mostraram que a reavaliação cognitiva, busca de gratificação, (subdimensões do coping de aproximação e evitamento) tem correlação positiva significativa com a vivência de afetos positivos. Ao contrário da dimensão evitamento cognitivo e da subdimensão do coping aproximação – habilidade de análise lógica –, que têm uma relação negativa com os afetos positivos.

Estudo sobre trajetórias para a depressão na fibromialgia: o papel do pensamento repetitivo negativo e do afeto negativo

Este estudo teve como objetivo entender o motivo pelo qual alguns pacientes diagnosticados com fibromialgia entram num estado de depressão. O estudo foi realizado a 103 mulheres, com esta patologia, com idades que variavam entre os 18 anos e os 65. Os resultados mostraram que estas mulheres eram atingidas pela depressão, devido aos seus pensamentos automáticos negativos e aos afetos negativos sentidos por elas, mostrando deste modo que as mesmas têm estratégias mal-adaptativas de conviver com a sua doença – fibromialgia.

Estudo sobre Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes: Adaptação, Normatização e Evidências de Validade, de Segabinazi, Zortea, Zanon, Bandeira Giacomoni e Hutz (2012)

O objetivo deste estudo foi o de adaptar o PANAS para a adolescentes. A amostra deste estudo foi composta por 425 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, onde 224 são do sexo masculino e 201 do sexo feminino. Os resultados deste estudo mostraram que os afetos positivos são mais sentidos pelo sexo masculino e os afetos negativos pelo sexo feminino. O estudo também mostra correlações positivas entre o afeto positivo a autoestima e satisfação com a vida, e o afeto negativo com a autoestima e satisfação com a vida.

Estudo sobre o Papel da Ruminação em Transtornos Depressivos e Mistos Ansiedade / Sintomas Depressivos, de Nolen-Hoeksema (2000)

Este artigo pretendeu analisar o relato de pessoas para averiguar se havia a existência de ruminação. Participaram, no mesmo, 1317 pessoas, com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, divididas em grupos de idades, onde a primeira continha pessoas com idades entre os 25 e os 35 anos, o segundo com idades entre 45 e 55 e, por fim, a última faixa etária foi dos 65 aos 75 anos. Neste estudo participaram 599 mulheres e 718 homens. Neste estudo foi nos mostrado que existe uma correlação entre o género e a ruminação e a depressão. Outro resultado mostrou que são as mulheres que sentem mais afetos negativos em comparação com os homens.

Estudo sobre os mediadores da diferença de género em ruminação, de Nolen-Hoeksema e Jackson (2001)

Este estudo pretendeu examinar se as diferenças de género mediam as seguintes variáveis da ruminação: a controlabilidade das emoções, a adequação da ruminação como uma estratégia de enfrentamento, a responsabilidade pelo tom emocional dos relacionamentos e o domínio sobre eventos negativos. Participaram 740 adultos com idades compreendidas entre os 25 e 75 anos. As variáveis: o controle das emoções, a responsabilidade pelo tom emocional dos relacionamentos e o domínio sobre os eventos negativos mediavam de forma muito significativa a diferença de género na ruminação. Neste estudo as mulheres mostraram sentir mais afetos negativos do que os homens.

A Medida Positiva dos Afetos: Bem-Estar Subjetivo em Pessoas Casadas de Scorsolini-Comina e Santos (2012)

Este estudo realizado com 106 pessoas casadas, objetivou analisar as correlações entre os fatores do BES. A amostra de 106 pessoas tinha com uma média de idades de 42.11 anos, e 53 pessoas do sexo masculino e 53 do sexo feminino.

Os resultados mostram que há uma correlação moderada negativa entre os afetos negativos e positivos. Ao correlacionar os afetos positivos com a satisfação com a vida averiguou-se que há

uma correlação leve significativa. Em relação à idades, o estudo mostra que os afetos positivos parecem diminuir à medida que a idade avança, ou seja a correlação entre idade e afetos positivos é negativa. Pessoas com relacionamentos mais longos têm tendência a ter uma diminuição de afetos positivos. No que respeita à escolaridade, não existe associação, neste estudo, com os afetos positivos. Em relação aos afetos negativos, a idade, o tempo de relacionamento e a escolaridade não se mostraram associadas.

Estudo sobre otimismo, carreira e bem-estar subjetivo em estudantes do ensino superior de Laginha (2015)

Esta investigação teve como objetivo averiguar a relação entre o otimismo, a adaptabilidade de carreira e o BES. A foi composta por 153 indivíduos – 91 do sexo feminino e 62 do sexo masculino – com idades entre os 18 e os 52 anos ($M=24$). Todos os estudantes frequentam o ensino superior. Os resultados mostram que a amostra estudada tem prevalência de afetos positivos sobre os negativos. O afeto positivo não tem associação com as dimensões carreira e suporta da escala de adaptabilidade. Também não houve uma correlação entre o afeto negativo e o afeto positivo. O sexo feminino sente maiores níveis de bem-estar subjetivo e satisfação com a vida em relação ao sexo oposto. Os estudantes que entram na 1ª opção do curso e alunos que frequentam escolas privadas sentem mais bem-estar subjetivo, afeto positivo e otimismo, e menos afeto negativo. Alunos que frequentam o 3º ano de licenciatura sentem mais afetos positivos, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo do que os alunos que frequentam o 1º ano. Por fim, foi observado que o afeto positivo tem uma correlação positiva com a idade, ou seja, com o aumento da idade o afeto positivo também aumenta.

Estudo sobre as relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade, de Noronha, Campos, Dametto e Murgo (2015).

Esta investigação pretendeu estudar a existência da associação entre afetos negativos e positivos e fatores de personalidade. A amostra totalizou 529 participantes, com idades compreendidas entre os 14 e os 27 anos ($M=16$). A maioria dos participantes ($n=306$) pertenciam ao sexo feminino, enquanto os restantes 223 eram do sexo masculino. Como resultados averiguou-se que foi encontrado uma relação forte entre neuroticismo e afetos negativos e afetos positivos com a extroversão. Os afetos positivos correlacionaram-se de forma moderada com a competência. Os afetos positivos têm uma correlação negativa com a vulnerabilidade e a depressão.

Sintomatologia Depressiva

O conceito de depressão nem sempre foi o mesmo, nem tão pouco a sua designação. Melancolia era o termo que designava a atual depressão (Derogatis, 1988; Fernández, 2010). Há muitos séculos atrás, os antigos gregos descreviam a melancolia como sendo um estado de grande abatimento (Fernández, 2010). Melancolia significava tristeza, uma tendência suicida e sentimentos de indiferença (Trenary & Ingram, 2007). O conceito “depressão” foi apresentado

a partir do século XVIII, através do contexto médico, não tão associado às ciências (Vasconcelos-Raposo & Rodrigues, 2006). Este conceito é introduzido, originalmente, pela psiquiatria, porém na atualidade tem sido desenvolvido em diferentes áreas (Nogueira Filho, 2001). Foi Adolf Meyer quem propôs o termo depressão, de forma a substituir, a até então, melancolia (Correia & Barbosa, 2009). Mayer em 1905, concluiu que as perturbações depressivas são reações mal adaptativas ao stress ambiental. Freud em 1917 (citado por Correia e Barbosa, 2009), classificou as perturbações depressivas como resultantes de conflitos intrapsíquicos com possível predisposição genética.

Já para Peres em 2010, a depressão é descrita como uma doença do tempo, tempo que não sofre mudanças. Segundo a mesma autora, e em relação ao conceito supramencionado, diz que “o passado é insuportável, o presente, uma tortura; a falta de esperança acompanha o sentimento de impossibilidade de um futuro” (p.13), acrescentando que a maior companhia do pensamento, diariamente, é a morte incitando um dilema no ser, pois poderá ser, ao mesmo tempo, uma grande atração e por outro lado um grande medo. Para Almeida (2011), a depressão agrega as perturbações de humor, de gravidade e duração variáveis, acompanhando-se por uma pluralidade de sintomas físicos e mentais, circundando o pensamento, impulsos e a capacidade crítica. Esta doença configura-se como sendo uma patologia mental grave que perturba o estado emocional do sujeito, incitando a um decréscimo da qualidade de vida. Gordilho (2002, citado por Messora, 2006) assevera que a depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, que tem muito impacto funcional em qualquer idade, envolvendo muitos aspetos de ordem biológica, psicológica e social. Vélez (2005), expõe que a depressão constitui um dos principais problemas de saúde, e que segundo a Organização Mundial de Saúde em 2020 será a principal causa de doença. Esta doença exerce muito impacto e sofrimento não só na vida do sujeito como na vida dos familiares (Powell, Abreu, Oliveira & Sudack, 2008). É relevante afirmar que a depressão é uma patologia foro psiquiátrico, que pode ser prevenida e tratada (Mello & Teixeira, 2011). No século XX, Freud expôs algumas ideias para o tratamento da depressão, onde a psicanálise era o método da psicoterapia utilizado, até meados dos anos 50 (Horthersall, 2006). A depressão exhibe um conjunto de características, independente da evolução, que constituem critérios para o seu diagnóstico. Porém, um indivíduo não tem de abranger todos os critérios ou ter toda a sintomatologia para ser portador desta patologia. É de evidenciar que o indivíduo poderá apresentar uma depressão com diferente grau comparativamente a outro sujeito. Então, deste modo, pretende-se dar relevância à sua saúde mental, partindo do ponto que cada indivíduo reflete um passado biográfico, uma linguagem, uma cultura e, também, uma forma muito pessoal de exteriorizar as suas emoções e sentimentos (American Psychiatric Association [APA], (2002). Em geral os indivíduos com sintomatologia depressiva sentem tristeza profunda, apreensão, dificuldades no apetite, desejo sexual, sono e na realização de tarefas cotidianas (Beck, & Alford, 2011; Pires, 2003). Esta sintomatologia poderá ser observada através do aspeto geral da pessoa (abatido, descuidado, perda de peso) (Gleitman, Friedslung, & Reisberg, 2003); afetividade pela tristeza profunda (falta de esperança em si, pessimismo

generalizado e anedonia) (Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008); cognição (verbalização de pensamentos negativos e/ou sentimentos de culpa, ruminação, desvalorização do *self*, entre outras) (Álvarez, & Montes, 2001); comportamento (lentificação motora, apatia, agitação) (Aros, & Yoshida, 2009); queixas orgânicas (cefaleias, fadiga) (Beck, & Alford, 2011). Pode-se observar sintomas psicóticos em depressões mais graves, onde existe a perda da realidade, delírios de inutilidade, somáticos, de pobreza e alucinações (Neto, Yacubian, Scalco, & Gonçalves, 2001). O diagnóstico realiza-se segundo a taxonomia, a abordagem sindrômica e dimensional. A abordagem mais utilizada é a primeira, ou seja, nosológica (taxonomia), onde atribui-se uma patologia, evolução, resultados e determinada patofisiologia (Prag, 2004). Para Lacerda, Miranda-Scippa, Quarantini, Powell, Fernandes, e Branco, (2009), as categorizações permitem maior concordância nos diagnósticos, critérios mais claros e referências mundiais, e como na seleção do utente e do seu tipo de tratamento. A desvantagem, segundo Telles-Correia, e Barbosa (2009), é na repetição de vários sintomas depressivos noutras categorias de diagnóstico. Existem vários modelos que andam em torno da depressão, que pretendem analisar os principais fatores envolvidos no surgimento, manutenção e modificação desta patologia. Como é o caso do Modelo Genético, quando há déficit de neurotransmissores, desregulação do eixo hipotálamo-hipofisário, modificações no sistema de segundos mensageiros e variações neuroimagiológicas (Guerreiro, 2009); Modelo Evolutivo (por considerarem a depressão como um mecanismo de adaptação (Watson & Andrews, 2002); Modelo Interpessoal, segundo este modelo o comportamento e estilos interpessoais estão na base dos fatores de risco da depressão. Os estilos pessoais estão relacionados com a inibição e dependência interpessoal e com os estilos de vinculação (Joiner, & Timmons, 2009) e; por fim o Modelo Cognitivo, onde a depressão tem um processamento emocional relacionado com enviesamentos na atenção, memória e interpretação (Joiner, 2001; Joormann, 2009). O pressuposto deste modelo determina que um pensamento precede o humor, ou seja, ao substituir-se um pensamento negativo por um adaptativo as consequências serão positivas no humor, autoconceito e comportamento (Paulus, & Stein, 2010). Existem várias teorias que circundam este modelo. A teoria das crenças irracionais diz-nos que o que está na base da depressão são associações entre os erros de pensamento e o início de estados emocionais. A teoria do desamparo aprendido e de desesperança assumem que na base dos estados depressivos estão as expectativas negativas relativamente ao *self*, aos outros e ao futuro (Joormann, 2009). Já a teoria, muito conhecida, de Beck (Modelo Cognitivo de Beck) que se enquadra na teoria dos esquemas cognitivos disfuncionais, refere que os esquemas disfuncionais do eu, são elementos centrais no início e manutenção da depressão. Os modelos cognitivos mostram que as crenças, os pensamentos e as atitudes desempenham um papel decisivo no início e na manutenção da depressão, enquanto processos cognitivos negativos. Os enviesamentos da memória negativos, a ruminação, processos cognitivos com estilo atribucional negativo podem influenciar de forma diferente a vulnerabilidade para a depressão, apesar de existir diferentes formas de processamento de informação que possam contribuir para esta mesma vulnerabilidade. As pessoas com esta patologia têm tendência para prestar mais atenção a informação negativa e para focar a

atenção nos aspetos negativos em vez dos positivos (Beck, & Alport, 2011). Assim sendo, através desta perspetiva, a depressão caracteriza-se pelo aumento da elaboração da informação negativa, e pelas dificuldades que o indivíduo tem em distanciar-se desta informação sem ter controlo cognitivo quando a mesma é processada (Joorman & Gotlib, 2010).

Estudos sobre a Sintomatologia Depressiva

Tabela 8.
Estudos sobre depressão

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Gooding, Hurst, Johnson e Tarrier (2011)	n= 120 Idades: 18-65	Depressão Resiliência Resolução de problemas Regulação emocional Desesperança Suporte Social Aspetos sociodemográficos (idades)	- Idosos têm mais níveis de resiliência quanto à regulação emocional, capacidade e resolução de problemas - Idosos mais jovens mais resiliência a nível de suporte social - Independentemente da idade as perceções de saúde estão associadas a baixos níveis de energia e resiliência - Níveis altos de doença mental preveem valores elevados de resiliência - Os efeitos negativos da depressão na resiliência são combatidos pela baixa desesperança, nos jovens adultos
Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian e Brähler (2010)	n=2144 Idades: 18-92 Género: 2144 M	Satisfação com a saúde Ansiedade Depressão Autoestima Aspetos sociodemográficos (idades)	- A satisfação com a saúde diminui na meia-idade - A importância da saúde teve um aumento na meia-idade (51-60 anos) - A depressão nos homens e relativamente à idade não tiveram mudanças - A satisfação com a vida está ligada à ausência de depressão
Smith e Hollinger-Smith (2014)	n= 164 Idades: 55- +88	Bem-estar psicológico Depressão Satisfação com a vida Felicidade	- Adultos mais velho têm maior capacidade de saborear as experiências positivas - Qualquer grupo sente baixos níveis de depressão
Lim, Lim, Gwee, Nyunt, Kumar e Ng (2015)	n= 385 Idades: 60+	stress Depressão Resiliência	- Menores níveis de resiliência associam-se a sintomas depressivos maiores

Bernardino (2013)	n=100 Idades: 65-95 Género: 54 F 46 M	Depressão Ansiedade Aspetos sociodemográficos (idades)	- Idosos institucionalizados têm mais níveis de depressão - Idosos com situação económica mais baixa têm maiores níveis de depressão - Idosos com má perceção de saúde mostram maiores níveis de depressão
Borralha (2011)	n= 60 Idades: M= 26.17 Género: 54 F 6 M	Sintomatologia depressiva Satisfação com a vida Pensamentos automáticos positivos	- Pessoas com mais sintomatologia depressiva revelaram menos satisfação com a vida - Os indivíduos com mais sintomatologia depressiva têm menos pensamentos automáticos positivos - Sintomatologia depressiva mostrou ser independente dos acontecimentos de vida
Vasconcelos-Raposo, Fernandes e Martins (2009)	n= 175 Idades: 18-27 Género: 132 F 43 M	Exercício Físico Depressão	- Correlação negativa entre o exercício e a depressão - O exercício físico tem efeitos positivos sobre a depressão
Drago e Martins (2012)	n= 119 Idades: M=78 Género: 78 F 41 M	Depressão Satisfação com a vida Dados sociodemográficos (idade, género, estado civil e escolaridade)	- Idosos encontram-se com depressão ligeira; - Mulheres sentem-se mais deprimidas; - Quanto mais idade maiores nível de depressão;

Estudo sobre resiliência psicológica em adultos mais novos e adultos mais velhos, de Gooding, Hurst, Johnson e TARRIER (2011)

O objetivo do presente estudo foi o de investigar a resiliência psicológica em idosos com idades iguais ou superiores a 64 anos, em comparação com jovens adultos com idade igual inferior a 26 anos. A amostra, desta forma, foi dividida em dois grupos, um de 60 idosos e 60 jovens adultos, com idades entre os 18- e os 25 anos. Como resultados foi mostrado que os idosos têm mais níveis de resiliência no que diz respeito, em especial, à regulação emocional, capacidade e resolução de problemas. Por outro lado, os jovens têm mais resiliência relacionada com o suporte social. De forma independente da idade, as perceções de saúde em geral e baixos níveis de energia estão associados a baixos níveis de resiliência. Experimentar níveis altos de doença mental e disfunção física previram valores mais elevados de resiliência. Quanto à depressão, os seus efeitos negativos na resiliência relacionada com a regulação emocional foram combatidos pela baixa desesperança, mas isso apenas nos jovens adultos.

Estudo sobre a satisfação com a vida, ansiedade, depressão e resiliência ao longo da vida de homens, de Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian e Brähler (2010)
Este estudo pretendeu estudar a relação entre a satisfação com a vida, ansiedade, depressão e resiliência ao longo da vida de homens, e identificar o impacto de fatores de vulnerabilidade pessoal e social na satisfação com a vida e o *distress*. Neste estudo participaram 2144 homens, com idades entre os 18 e os 92 anos. Os resultados mostram que nenhuma mudança, em relação à idade, foi encontrada no que diz respeito à satisfação com a vida. Porém, em relação à satisfação com a saúde essa vê a sua diminuição entre os 51 e 60 anos (meia-idade), onde se averigua também que a importância da saúde teve um aumento com essa idade. Relativamente à depressão, o estudo não encontrou nenhuma mudança relacionada à idade. A satisfação com a vida está ligada de forma forte à ausência da depressão.

Estudo sobre saborear, resiliência e bem-estar psicológico em idosos, de Smith e Hollinger-Smith (2014)

O presente estudo pretende examinar a relação entre o saborear experiências positivas – capacidade de perceber e regular os sentimentos positivos – e o bem-estar psicológico para idosos que detêm menores níveis de resiliência. O estudo foi realizado a 164 idosos, onde 121 são do sexo feminino e 43 do sexo masculino, as idades variaram dos 55 a mais de 88 anos. As idades foram divididas em adultos até aos 55 anos, adultos dos 55 aos 67, adultos entre os 68 e os 88 anos e adultos com idades superiores a 88. A grande maioria são casados com 41%. Como resultados é mostrado que os adultos mais velhos têm maior capacidade de saborear as experiências positivas e têm maior resiliência. Qualquer um dos grupos previram maior satisfação com a vida (maior bem estar-psicológico), maior felicidade e menor depressão.

Estudo sobre resiliência, eventos estressantes da vida e depressão, sintomatologia entre adultos chineses mais velhos, de Lim, Lim, Gwee, Nyunt, Kumar e Ng (2015)

Este estudo pretendeu averiguar a associação entre exposição a eventos stressantes de vida e depressão tardia. É investigado o efeito moderador na relação entre exposição a eventos estressantes da vida e a sintomatologia depressiva em adultos chineses mais velhos. A população alvo estudada foi composta por 385 sujeitos, onde 224 são do sexo feminino e os restantes sujeitos do sexo masculino (M=161). A idade desta população era superior a 60 anos, com uma média de 72.1, 56.1% da população é casada. Nos resultados averiguou-se que maiores níveis de exposição a eventos stressantes de vida e níveis mais baixos de resiliência estão fortemente associados a níveis mais altos de sintomatologia depressiva.

Estudo sobre depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados, de Bernardino (2013)

Esta investigação pretendeu estudar os níveis de depressão nos idosos em função de diferentes variáveis sociodemográficas. A amostra foi composta com 100 participantes, com idades entre os 65 e os 95 anos de idade ($M=81.27$), em que 54 são mulheres e 46 homens. Os grupos foram subdivididos em institucionalizados ($N=50$) e não institucionalizados ($N=50$). Os resultados mostraram que quase metade da população estudada ($N=48$) têm depressão e que a depressão está associada positivamente com o avanço da idade. Os idosos institucionalizados tiveram maiores níveis de depressão do que os não institucionalizados. Também foi apurado que idosos com uma situação económica baixa têm maiores níveis de depressão. Por fim, os idosos que tem uma má perceção da sua saúde mostram maiores níveis de depressão.

Estudo sobre processos cognitivos em adultos com depressão major, de Borralha (2011)

Este estudo pretende analisar o enviesamento no processamento de informação e analisar a relação entre estes processos com os esquemas mal-adaptativos e os pensamentos automáticos negativos numa população de adultos com depressão major. Participaram neste estudo 60 adultos, dos quais 30 pertencentes a um grupo clínico com o diagnóstico de depressão major, 27 mulheres e 3 homens, os restantes 30 de um grupo não clínico e 27 mulheres e 3 homens, com uma média de idade de 26.17. Os resultados mostraram que o grupo clínico mostrou ter mais sintomatologia depressiva, revelaram menores valores em termos de satisfação com a vida. Os indivíduos pertencentes ao grupo clínico, com mais sintomatologia depressiva, mostraram um maior compromisso no funcionamento global. Os indivíduos com mais sintomatologia depressiva têm menos pensamentos automáticos positivos. Neste estudo, a sintomatologia depressiva mostrou ser independente dos acontecimentos de vida.

Estudo sobre a relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal Vasconcelos-Raposo, Fernandes e Martins (2009)

Este estudo teve como objetivo averiguar a relação entre o exercício físico, a depressão e o índice de massa corporal. O mesmo teve 175 participantes, onde a maioria era do sexo feminino com 132 e os restantes 43 do sexo masculino. As idades estavam compreendidas entre os 18 anos e os 27 anos de idade. Como resultados principais o estudo indica que a depressão está correlacionada de forma negativa com o exercício físico, de forma estatisticamente significativa e que o grupo grupos que não pratica exercício física apresenta valores de depressão mais elevados. Ou seja, o estudo confirmou que a existência de benefícios relativamente à prática de exercício sobre a depressão.

Estudo sobre a depressão no idoso, de Drago e Martins (2012)

Esta investigação pretendeu perceber quais os níveis de depressão na pessoa idosa e verificar se existe influencia de aspetos socioeconómicos na mesma. Participaram 119 idosos com uma média de idades de 78 anos, onde 78 eram do sexo feminino e os restantes 41 do sexo masculino. A maioria da amostra mostra pouco nível de escolaridade e como estado civil a maioria da amostra encontra-se viúva. Os resultados mostraram que os idosos, na sua maioria, estão muito satisfeitos com a vida. Relativamente à depressão os idosos, na sua maioria, encontram-se com depressão ligeira. Os resultados também indicaram que fatores socioeconómicos interferem na depressão, como é o caso do género pois as mulheres apresentam maiores níveis de depressão que os homens. Em relação à idade quanto mais avançada existem maiores níveis de depressão. Os idosos viúvos ou divorciados foram os que mais apresentaram maiores níveis de depressão. Quanto à escolaridade, os idosos com curso médio e os analfabetos foram os que apresentaram maiores níveis de depressão.

Bibliografia

- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting *self-compassionate* attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1120-1144.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia; Teoria e Pesquisa, 20*(2), 153-164.
- Almeida, M. C. M. (2011). *Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados. (Dissertação de Mestrado não publicada)*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias -Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Álvarez, M., & Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos para la depresión. *Psicothema, 13*, 493-510.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4a Ed. Revista*. Lisboa: Climepsi editores.
- American Psychiatric Association. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurological correlates. *American Journal of Psychiatry, 165*, 969-977.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. Em D. Kahneman; E. Diener e N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 354-373). New York: Russell Sage Foundation.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. em J. Forgas & J. Innes (Eds.), *Recent advances in Social Psychology: Na international perspective*. North Holland, Netherlands: Elsevier.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55* (5), 469-480.
- Aros, M., & Yoshida, E. (2009). Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia, 130*, 61 - 76.
- Bahls, S.-C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação Em Psicologia, 6*(1). doi:10.5380/psi.v6i1.3193
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e Saúde Mental*. Porto: FMP.
- Beck, A., & Alford, B. (2011). *Depressão, causa e tratamento*. 2a edição. Porto Alegre: Artmed.
- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 15*, 320-327.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *Aging Male, 13*(1), 32-39.

- Bernardino, A. R. (2013). *Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados valorizar o envelhecimento* (Unpublished master's thesis). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Biswas-Diener, R. & Diener, E. (2001). Making the Best of a Bad Situation: Satisfaction in the Slums of Calcutta. *Social Indicators Research* 55(3), 329-352. <https://doi.org/10.1023/A:1010905029386>
- Blazer, G. B. (2000). Mood disorders: epidemiology. Em J. B. Sadock & V. A. Sadock, *Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., pp. 1298-1308). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Borralha, S. J. (2011). *Processos cognitivos em adultos com depressão major*(Unpublished master's thesis). Unidade Lusófona de Ciências e Tecnologia , Lisboa.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment and loss* (2nd ed.). New York: Basic Books. (Obra original publicada em 1969).
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman., R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Bylsma, L., Morris, B., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 676 - 691.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão: uma abordagem compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia* (dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psicologica*, 54, 203-230.
- Clemente, E., & Sauer, W. J. (1976). Life satisfaction in the United States. *Social Forces*, 54, 621-631.
- Correia, D., & Barbosa A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos e Avaliação. *Acta Med Portuguesa*, 22(1), 89-98.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, H. M. (2015). *os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário*(Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Cunha, M., Xavier, A. & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4, 95 -117.
- Dalai Lama & Cutler, H. (1998). *The art of happiness*. New York: Riverhead Books.
- Derogatis, L. (1988). Wise TN: Definition of the concepts of anxiety and depression. Anxiety and depressive disorders in the medical patients. *American Psychiatric Press* 1, 3-23.
- Derogatis, L. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (1995). A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36, 107-127.
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. Em G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., & Suh, E. M. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. Em F. Strack; M. Argyle e N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being* (pp. 119-139). Oxford: Pergamon.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Ferreira, M. C., & Asmar, E. M. L. (2004). Cultura, satisfação e saúde nas organizações. em A. Tamayo et al. *Cultura e saúde nas organizações*, pp. 102- 126. Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, M. C., Pacheco, S., Pinto, N. M., Fernandes, H. A., & Silva, A. P. C. (2007). O bem-estar no trabalho e a predição de exaustão emocional. Em Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração (Org.), *Anais do XXXI ENANPAD*. Rio de Janeiro: ANPAD.
- Ferreira, C., & Simões, J. M. (2017). Ações autocompassivas e comportamento alimentar perturbado em mulheres: O efeito mediador da apreciação da imagem corporal. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 3(2), 32-41.
- Fontinha, J. M. (2009). *"Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros": estilo de vinculação como determinante da compaixão e auto-compaixão* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (FPCE), Lisboa.

- Gaspar, I. (2014). *Autocompaixão e regulação emocional na adolescência* (Unpublished master's thesis). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156.
- Gilbert, P. (2005a). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Introduction and outline. em P. Gilbert (Eds.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 1-6). East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Em P. Gilbert (Eds.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). Routledge: London.
- 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 and Psychotherapy*, 13, 353 - 379. doi: 10.1002/ cyp.507.
- Gillath, O., Bunge, S., Shaver, P., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachmentstyle differences in the ability to suppress negative thoughts: Exploring the neural correlates. *Neuroimage*, 28(4), 835-847. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.06.048
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom*. Boston: Shambhala Publications.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(3), 262-267.
- Guerreiro, D. (2009). Depressão e suicídio. Em M. A. Frasquilho, & D. Guerreiro, *Stress, depressão e suicídio. Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. (pp.115- 144). Lisboa: Coisas de Ler.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. 2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes, and outcomes. *Behaviour Reserach and therapy*, 44(1), 1-25.
- Horthersall, D. (2006). *História da psicologia*. São Paulo: McGraw Hill Editores.
- Ingram RE, Trenary L, Odom M et al. (2007) Cognitive, Affective and Social Mechanisms in Depression Risk: Cognition, Hostility, and Coping Style. *Cognition and Emotion*, 21, 78-94.
- Joiner, T., & Timmons, K. (2009). Depression in its interpersonal context. Em Gotlib, I., & Hammen, C., *Handbook of depression* (pp. 322-339). New York: The Guilford Press.
- Joiner, T., Petit, J., Gençöz, F, Voelz, Z., & Gençöz, T. (2001). Specificity of information processing styles to depressive symptoms in youth psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 255-262.

- Joorman, J., & Gotlib, I. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285 -312.
- Joormann, J. (2009). Cognitive aspects of depression. Em Gotlib, I., & Hammen, C. (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 298-315). New York: The Guilford Press.
- Kabat-Zinn (1990). *Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- Lacerda, A., Quarantini, L., Miranda-Scippa, Â., Porto, J., et al. (2009). *Depressão: do neurónio ao funcionamento social*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Laginha, M. C. (2015). *Otimismo, carreira e bem-estar subjetivo em estudantes do ensino superior* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade do Algarve, Algarve.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (2005). A social-cognitive model of validation. Em P. Gilbert (Eds.), *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy* (pp. 195-217). London: Brunner-Routledge.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Liang, J. (1984). Dimensions of the life satisfaction index A: A structural formulation. *Journal of Gerontology*, 39, 13-622.
- Lim, M. L., Lim, D., Nyunt, X., Kumar, M. S., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. *Aging Ment Health*, 19(1), 1005-1014.
- Lima, M., Silva, R., & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849-1856. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003.
- Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde*, 5(1), 42-53.
- Messora, L. B. (2006). *Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de Minas Gerais*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Alfenas, Brasil.
- Meyer, A. (1905). A discussion on the classification of the melancholics. *J Nerv Ment Dis*, 32, 114-117.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

- Mikulincer, M., Gillath, O., Sapir-Lavid, Y., Yaakobi, F., Aria, K., Tal-Aloni, L., & Bor, G. (2003). Attachment theory and concern for other's welfare: Evidence that activation of the sense of secure base promotes endorsement of *self-transcendence* values. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 299-312.
- Neal, M. B., & Hammer, L. B. (2008). Working Couples Caring for Children and Aging Parents. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 93-112. doi:10.4324/9781315083865-5
- Neff, K., & McGehee, P. (2010). *Self-compassion* resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307.
- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure *Self-Compassion*. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. (2011). *Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being*. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2014). *Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness*. Em M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Mindfulness and self-regulation* (pp. 121-140). New York: Springer.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. (2007). *Self-compassion and adaptive psychological functioning*. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154 doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2012). The relationship between *self-compassion* and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Psychology Press*, 12(2), 1-17.
- Neto, F., Yacubian, J., Scalco, A., & Gonçalves, L. (2001). Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. Em B. Rangé (Eds.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais, um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Neugarten, B. L., Havinghurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Neves, C. S. (2011). *A relação entre mindfulness, auto-compassão, vergonha e psicopatologia em praticantes e não praticantes de meditação/yoga*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Nogueira Filho, D. M. (2001). O desafio do psicanalista na instituição psiquiatria. *Rev. latinoam. Psicopatol*, 4(3), 61-66. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142001003006>.
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511. doi: 101037/10021-843X.109.3.504
- Noronha, A. P., & Mansão, C. S. (2012). Interesses profissionais e afetos positivos e negativos: estudo exploratório com estudantes de ensino médio. *Psico-USF*, 17(2), 323-331.

- Noronha, A. P., Martins, D. F., Campos, R. R., & Mansão, C. S. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 92-101.
- Ostrom, T. M. (1969). The relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. *Journal of Experimental Psychology*, 5, 12-30.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2008). *A child's world: Infancy through adolescence* (11th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13.
- Paulus, M., & Stein, M. (2009). Interoception in anxiety and depression. *Brain structure and Function*, 214, 451 - 463.
- Peres, U. T. (2010) *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Phillips, W., & Ferguson, S. (2012). Self-compassion: a resource for positive aging. *Journal of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 65(4), 529-539. doi: 10.1093/geronh/gbs091.
- Pinto, M. (2016). *Trajetórias para a depressão na fibromialgia: o papel do pensamento repetitivo negativo e do afeto negativo* (dissertação não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2006). Escala de Auto-Compaixão. Tradução e adaptação para a população portuguesa. *Avaliação psicológica em Contexto Clínico*, 54, 203-230.
- Pinto-Gouveia, R.S., Lins, Z. M., Lima, T. J., Freires, L. A., & Gomes, A. I. (2009). Bem-estar entre profissionais de saúde. *Revista Bioética* 17, 267-280.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2011). Escala de Auto-Compaixão para Adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de autocompaixão. *Revista de Psicologia da criança e do adolescente*, 4(2), 95-117.
- Pires, C. (2003). *Noções de psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental na depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (2), 73-80.
- Prag, V. (2004). Acontecimentos de vida e depressão: Questões preliminares. Em H. Praag, R. Kloet, & J. Os, (Eds.), *Stress, o cérebro e a depressão*. (pp., 21-30) Lisboa: Climepsi Editores.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Reviews Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Scheff, T. J. (1981). The distancing of emotion in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18, 46-53.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: N.J. Lawrence Erlbaum.

- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2008). Felicidade e bem-estar subjetivo: Uma revisão integrativa acerca dos instrumentos de avaliação. Em S. R. Pasian, E. T. K. Okino, S. R. Loureiro, & F. L. Osório (Eds.), *Avaliação de personalidade: Técnicas e contextos diversos* (pp. 932-948). Ribeirão Preto, SP: Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2010). Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 440-448. doi:10.1590/S0102-79722010000300004.
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., Hutz, C. S. (2012). Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes: Adaptação, Normatização e Evidências de Validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12.
- Shapiro, S. L., Carlson L. E., Astin J. A., & Freedman B. (2006) Mechanisms of *mindfulness*. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-86.
- Silva, E. N. (2009). *Coping e dimensões afetivas do bem-estar subjetivo: Um estudo com trabalhadores de Educação*. Universidade Católica de Góias, Brasil.
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging Ment Health*, 19(3), 192-200.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas* (R.C. Costa, Trad.). São Paulo, SP: Artmed.
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos*. *Psico*, 47(2), 89-98.
- Teixeira, I. C. (2015). *Papel do autocríticismo e da autocompaixão na ocorrência de insónia em estudantes universitários* (Unpublished doctoral dissertation). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina. Modelos teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89 - 98.
- Thantrey, H. H. (2016). *a relação entre mindfulness, pensamentos automáticos e autocompaixão em população adulta* (Unpublished master's thesis). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Vasconcelos-Raposo, J. & Rodrigues, A. (2006). *A relação entre o bem-estar psicológico, a auto-estima, a depressão e a religiosidade entre praticantes de actividade física regular e não praticantes em idosos*. Monografia não publicada, Vila Real: UTAD.
- Vasconcelos-Raposo, j., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martin E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5(1), 21-32.
- Vélez, D. M. A. (2005). *Adaptación y validación castellana del cuestionario de Depresión estado/rasgo (ST/DEP)*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidad de Granada-Facultad de Psicología, Granada.
- Vliet, K.J., & Kalnins, G.R. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal *self-injury*. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(4), 295-311.

- Watson, D., & Clark, L. A. (1991). *Preliminary manual for the PANAS-X: Positive and negative affect schedule-expanded form*. Dallas, TX: Southern Methodist University.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1067.
- Watson, P., & Andrews, P. (2002). Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression: the social navigation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, *72*, 1- 14.
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., Hutz, C. S. (2012). Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes: Adaptação, Normatização e Evidências de Validade. *Avaliação Psicológica*, *11*(1), 1-12.
- Zanon, Bastianello, Pacico, & Hutz. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, *18*(2), 193-202.
- Zanon, C. & Hutz, C. S. (2010). Relações entre bemestar subjetivo, neuroticismo, ruminação, reflexão e sexo. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *2*(2), 118-127.

Instrumentos utilizados na pesquisa

Dados sociodemográfico

Investigação em Saúde Mental, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico ao longo do Ciclo Vital

Parte 1 - Dados Sócio-demográficos

A sua idade?

A sua resposta _____

O seu género?

Homem

Mulher

Outra: _____

O seu estado marital atual

Indique o que melhor descreve o seu estado atual

Casado(a)

Solteiro(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

Unido(a) de facto

Tenho um namoro/compromisso afetivo

Outra: _____

Acesso restrito

Qual é o seu local de residência?

- Um pequeno meio rural
- Um grande meio rural
- Uma pequena cidade
- Uma grande cidade

Qual é o seu nível de escolaridade?

- Até 4 anos de escolaridade
- Até 9 anos de escolaridade
- Até 12 anos de escolaridade
- Formação universitária (Licenciatura/Bacharelato)
- Formação universitária (Mestrado/Doutoramento)
- Outra: _____

Qual é a sua situação profissional?

- Desempregado(a)
- Estudante
- Trabalhador(a)-estudante

Outra: _____

Qual é o seu estatuto sócio-económico?

- Baixo
- Baixo-médio
- Médio
- Médio-alto
- Alto

Como se identifica relativamente à sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Bissexual
- Homossexual (Gay ou Lésbica)

Identifica-se com alguma religião ou organização de caráter holístico?

- Sim
- Não

Se respondeu que sim à pergunta anterior, indique qual a

Acesso restrito

religião ou organização de caráter holístico com que se identifica:

Se não se identifica com nenhuma, passe à próxima pergunta.

A sua resposta _____

Se respondeu que sim à pergunta anterior, indique com que frequência a pratica por semana (reza, medita, participa em atos religiosos, frequenta o templo, etc.):

Se não se identifica com nenhuma, passe à próxima pergunta.

1 2 3 4 5 6 7 8

Nunca

Todos os dias

Nos últimos seis meses viveu alguma experiência de vida marcante?

Sim

Não

Se respondeu que sim à pergunta anterior, indique qual foi a experiência marcante que viveu:

Se não viveu nenhuma experiência marcante, passe à próxima pergunta.

A sua resposta _____

Indique o seu nível de satisfação com a vida neste momento:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente insatisfeito/a

Totalmente satisfeito/a

Indique o seu nível de felicidade geral, considerando todas as

áreas da sua vida, no momento atual:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente infeliz Totalmente feliz

Pratica exercício físico?

Sim

Não

Se sim, que tipo de exercício?

Se não pratica nenhum exercício físico, passe à pergunta seguinte.

A sua resposta

Se sim, em média, durante quantas horas por semana pratica exercício físico?

Se não pratica nenhum exercício físico, passe à pergunta seguinte.

A sua resposta

Como considera a sua saúde no geral?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssima Excelente

Em que país vive atualmente?

Portugal

Brasil

Outra: _____

Questionário de Saúde Mental - Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) de
Derogatis (2000)

Parte 2 - Saúde Mental (BSI-18) (Derogatis, 2000)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O/A INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Desmaios ou tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sentir interesse pelas coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosismo ou agitação interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores no coração ou no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se sozinho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se tenso/a ou nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas ou mal-estar no estômago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assustar-se repentinamente sem razão para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INDIQUE O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O/A INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Dificuldade em respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir que não tem valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Momentos de terror ou pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensação de dormência ou formiguelo em partes do seu corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se tão agitado/a a ponto de não conseguir estar parado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir fraqueza em partes do seu corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamentos de acabar com a sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se com medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acesso restrito

Escala da Autocompaixão - *Self-Compassion Scale* - SCS de Neff (2003b) na versão adaptada para português por Pinto-Gouveia (2006)

Parte 6 - Auto-compassão (Pinto-Gouveia, 2006)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

	Nunca ou quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado/a com tudo aquilo que está errado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado/a e desligado/a do resto do mundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento ser carinhoso/a comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acesso restrito

Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto inadequado/a de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio/a a ternura e afeto que necessito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acesso restrito

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

	Nunca ou quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acesso restrito

Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posso ser bastante frio/a e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou tolerante com os meus erros e inadequações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho/a no meu fracasso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento ser compreensivo/a e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acesso restrito

Escala da Afeto Positivo e Negativo - PANAS de Galina, Pereira e Esteves (2014)

Parte 8 - Afeto positivo e negativo (Galina, Pereira & Esteves, 2014)

Esta parte do questionário consiste num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta que melhor descreve o que sente.

Indique em que medida, no geral, sente cada uma destas emoções...

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Interessado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervoso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entusiasmado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amedrontado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspirado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ativo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assustado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atormentado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>