

# **Compaixão, Motivos Hedónicos e Eudaimónicos e *Distress* em Adultos**

**Versão Final Após Defesa**

**Laura Clara Paulo Faria**

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

Orientadora: Prof. Doutora Ludovina Almeida Ramos  
Co-orientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso

**julho de 2020**



# Agradecimentos

Ao longo da vida cruzamo-nos com pessoas que nos marcam por diversos motivos. Algumas dessas pessoas tornam-se especiais pela partilha em momentos de alegria, de conquista e vitória, como também pelo simples facto de estarem sempre ao nosso lado e pelo apoio que dão em momentos de tristeza angústia e fragilidade. Isto para dizer que, a realização desta Dissertação de Mestrado teria sido muito difícil se não impossível, sem o apoio de algumas pessoas às quais deixo aqui o meu sincero agradecimento.

À minha família por todos os esforços que fizeram para que tivesse a oportunidade de prosseguir os meus estudos, pela confiança que depositam em mim e pelo apoio que me dão todos os dias.

Ao meu namorado, por tornar os meus dias mais bonitos, pela força nas horas mais difíceis e pelo apoio que me dá em todas as minhas decisões.

À minha orientadora, Professora Doutora Ludovina Almeida Ramos, pela paciência e disponibilidade em orientar esta Dissertação e pela transmissão de conhecimentos. O seu apoio fez toda a diferença.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Rosa Marina Afonso pela disponibilidade em ajudar na orientação desta Dissertação.

Aos meus colegas e amigos Ana, Fred, Vanessa, Raquel e Andreia pela amizade, companheirismo e partilha.

Aos meus amigos, pelo apoio e amizade.

Gratidão!



## Resumo

Este estudo teve como objetivo geral avaliar a compaixão, os motivos hedônicos e eudaimônicos e o *distress* psicológico em adultos. Na sequência deste objetivo, pretende-se: caracterizar os indicadores de compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* psicológico; verificar se existem diferenças significativas ao nível da compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* em função de algumas variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e analisar a relação entre a compaixão o bem-estar (orientações) e o *distress* psicológico. A amostra desta investigação é constituída por 421 participantes, com idades compreendidas entre 18 anos e 66 anos ( $M=32.56$ ), dos quais 321 são do sexo feminino e 97 do sexo masculino.

Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Sociodemográfico; Escala de Atributos e Ações Compassivas (CEAS); Escala de Mal-Estar Psicológico de Kessler (K6) e a Escala de Motivos Hedônicos Eudaimônicos e Extrínsecos para as Atividades (HEEMA).

Os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas, em função do sexo na *Compaixão com os outros*, tendo as mulheres a pontuação mais elevada, já os homens apresentam resultados mais elevados na *Autocompaixão*, ainda que sem significância estatística. Quanto ao bem-estar, os homens revelam pontuação mais elevada, ao passo que no *distress* foram as mulheres a pontuar mais, mas ambas sem diferenças estatisticamente significativas. Na compaixão, bem-estar e *distress* em função da idade não existem diferenças estatisticamente significativas. Contudo os indivíduos mais novos ( $\leq 20$  anos) revelam mais *distress*. Verificou-se, também que apenas a Motivação/orientação extrínseca e a Autocompaixão se correlacionam com o *distress*.

## Palavras-chave

compaixão, autocompaixão, bem-estar, motivos hedônicos e eudaimônicos, *distress*



# Abstract

This study aimed to evaluate compassion, hedonic and eudaimonic motives and psychological distress in adults. Following the general objective, it is intended to characterize the indicators of compassion, well-being (guidelines) and psychological distress; to check if there are significant differences in terms of compassion, well-being (guidelines) and distress due to some sociodemographic variables (sex and age) and to analyze the relationship between compassion, well-being (guidelines) and psychological distress. The sample of this investigation consists of 421 participants, aged between 18 and 66 years ( $M = 32.56$ ), of which 321 are female and 97 male.

The instruments were: Sociodemographic Questionnaire; The Compassionate Engagement and Action Scales (CEAS); Kessler Psychological Distress Scale (K6) and the Hedonic Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities Scale (HEEMA).

The results indicated statistically significant differences, as a function of sex in *Compassion with others*, with women having a higher score, while the men have higher results in *Self-Compassion*, although without statistical significance. As for well-being, men showed higher scores, whereas in distress women scored more, but both without statistically significant differences. In compassion, well-being and distress as a function of age, there are no statistically significant differences. However, it was the youngest individuals ( $\leq 20$  years) who had the most distress. It also found that only the Motivation/extrinsic orientation and Self-compassion are correlated with distress.

## Keywords

compassion, self-compassion, well-being, hedonic and eudaimonic motives, distress



# Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Introdução: breve enquadramento teórico.....</b>	<b>3</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>8</b>
Participantes .....	8
Procedimento .....	10
Instrumentos.....	11
Questionário Sociodemográfico .....	11
Escala de Atributos e Ações Compassivas - <i>The Compassionate Engagement and Action Scales</i> (Gilbert et al., 2017) .....	11
Escala de Mal-Estar Psicológico de Kessler (K6)- <i>Kessler Psychological Distress Scale (K6)</i> .....	12
Escala de Motivos Hedónicos, Eudaimónicos e Extrínsecos para as Atividades - <i>Hedonic Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities Scale (HEEMA)</i> .....	13
Análise de dados.....	13
<b>Resultados.....</b>	<b>17</b>
Estatísticas Descritivas.....	17
Estatísticas Inferenciais .....	18
<b>Discussão de Resultados .....</b>	<b>23</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>26</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO TEÓRICO.....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>37</b>
1. Compaixão.....	37
1.1. Definição e contextualização inicial .....	37
1.1.1. Compaixão .....	37
1.1.2. Autocompaixão .....	40
1.2. Compaixão e outras dimensões.....	42
2. Bem-estar .....	46
2.1. Definição e contextualização inicial .....	46

2.2.	Bem-estar: motivos hedônicos e eudaimônicos .....	48
3.	<i>Distress</i> e mal-estar psicológico .....	51
3.1.	Definição e contextualização inicial .....	51
3.2.	<i>Distress</i> psicológico e bem-estar .....	52
	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	55



# Lista de Tabelas

**Tabela 1** – Caracterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes

**Tabela 2** – Resultados do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov

**Tabela 3** – Estatística Descritiva da HEEMA

**Tabela 4** – Estatística Descritiva da CEAS

**Tabela 5** – Estatística Descritiva da K6

**Tabela 6** – Resultados do Teste U de *Mann-Whitney* do Nível de Compaixão (CEAS) em Função do Sexo

**Tabela 7** – Resultados do Teste U de *Mann-Whitney* do bem-estar (HEEMA) em Função do Sexo

**Tabela 8** – Resultados do Teste U de *Mann-Whitney* do *Distress* (K6) em Função do Sexo

**Tabela 9** – Resultados do *Kruskal-Wallis* do Nível de Compaixão (CEAS- SC) em Função da Idade

**Tabela 10** – Resultados do *Kruskal-Wallis* do Bem-estar (HEEMA) em Função da Idade

**Tabela 11** – Resultados do *Kruskal-Wallis* do *Distress* (K6) em Função da Idade

**Tabela 12** – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre Bem-estar, Compaixão e *Distress*



# Lista de Acrónimos

<b>CEAS</b>	Escala de Atributos e Ações Compassivas
<b>CEAS-SC</b>	Escala de Autocompaixão
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>HEEMA</b>	Escala de Motivos Hedónicos Eudaimónicos e Extrínsecos para as Atividades
<b>K6</b>	Escala de Mal-Estar Psicológico de Kessler
<b>M</b>	Média
<b>N</b>	Tamanho da Amostra Total
<b>n</b>	Tamanho da Amostra Responde
<b>OM</b>	Ordenação Média
<b><i>p</i></b>	Nível de significância
<b><i>R<sub>s</sub></i></b>	Coefficiente de <i>Spearman</i>
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
<b>UBI</b>	Universidade da Beira Interior
<b>UMW</b>	<i>Teste U de Mann-Whitney</i>
<b><math>\chi^2</math></b>	Representação para o teste <i>Kruskal-Wallis</i>
<b><math>\alpha</math></b>	<i>Alpha de Cronbach</i>





# Introdução

A presente investigação integra-se no projeto “Psicogerontologia e Perturbações Neurocognitivas na Velhice” do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (UBI), e destina-se à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. A mesma apresenta-se em formato artigo e na sua parte final consta um Anexo Teórico, que inclui uma pesquisa mais aprofundada das temáticas em estudo.

Importa referir que dada a situação pandémica atravessada no decorrer desta dissertação e que levou ao confinamento obrigatório devido à Covid-19, não foi possível recolher os dados necessários junto dos participantes inicialmente pretendidos (Geração Sanduíche e Cuidadores Informais). Contudo, dentre as variáveis disponíveis do estudo, foi possível alterar a amostra para a população geral portuguesa, e dar continuidade ao nosso trabalho.

O presente trabalho está organizado em 5 secções distintas, mais um Anexo Teórico na parte final. Na primeira secção consta uma introdução com um breve enquadramento teórico e conceitual sobre a compaixão, a autocompaixão, o bem-estar (motivos hedónicos e eudaimócos) e o *distress* psicológico. Na segunda secção é descrito a metodologia utilizada neste estudo, incluindo a descrição dos objetivos, participantes, procedimentos seguidos no processo de recolha e tratamento de dados, instrumentos e a análise de dados. Na terceira secção constam os resultados e na quarta a respetiva discussão. Na quinta secção apresenta-se a conclusão do estudo.

O objetivo geral desta investigação é avaliar ou analisar a compaixão, os motivos hedónicos e eudaimónicos e o *distress* psicológico em adultos, em Portugal. Na sequência deste objetivo, pretende-se mais especificamente: caracterizar os indicadores de compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* psicológico; verificar se existem diferenças significativas ao nível da compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* em função de algumas variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e analisar o impacto da compaixão e do bem-estar (orientações) no *distress* psicológico.

Em termos gerais pretende-se, essencialmente, contribuir no âmbito científico das temáticas abordadas, instigar questionamentos e reflexões acerca das temáticas e incentivar para novas pesquisas no futuro.



# Introdução: breve enquadramento teórico

A Compaixão, uma prática com origem no budismo (Shonin & Van Gordon, 2014), tem vindo a ser, alvo de um forte interesse pela comunidade científica ocidental, sendo introduzida na psicologia, tanto no âmbito de investigações científicas como na prática clínica (Castilho & Gouveia, 2011).

Vários autores estudaram o conceito de Compaixão e é possível verificar que existe um consenso entre as diversas definições. Trata-se de um conceito que é frequentemente confundido com outros, como é o caso da simpatia. Posto isto, importa referir que a Compaixão vai além de ser simpático com os outros, uma vez que envolve a motivação para a ação (Bien, 2013).

Numa perspetiva ética, considera-se a compaixão o reconhecimento de sofrimento no outro. A tomada de consciência do sofrimento, surge a partir do momento em que se acredita que o mesmo deve ser evitado ou aliviado. Bien (2013), definiu a compaixão como a atenção ao sofrimento e a vontade de aliviá-lo ou eliminá-lo, envolvendo neste processo dois momentos: o momento da atenção e o momento da verdade. Segundo Neff (2003a; 2003b), a compaixão consiste na capacidade de ser emocionalmente sensível e de aceitar abertamente o sofrimento do outro, tendo motivação para aliviar esse sofrimento em vez de ter uma postura desligada e de indiferença. Como tal, esta teoria integra os seguintes aspetos: **calor/compreensão vs indiferença**, remete para a capacidade de ser amável e compreensivo consigo mesmo, em detrimento de ter uma atitude de autocrítica e de punição situações de fracasso e desapontamento pessoal; **sentimentos de condição humana vs isolamento**, remete para o reconhecimento que o sujeito tem de que é humano e que como humano comete erros/falhas e por fim o **mindfulness vs sobre-identificação** que remete para a consciência e aceitação dos próprios sentimentos de dor ou não, sem que haja uma sobreidentificação com os mesmos.

Importa ainda referir que a compaixão pode ser experienciada em mais do que uma direção. Tal significa que podemos sentir compaixão por nós próprios, o que se designa por autocompaixão, e que surge na literatura enquanto conceito que pretende designar uma relação saudável do indivíduo consigo mesmo (Gilbert, 2014).

Segundo alguns autores, a compaixão surge na forma de calor, do toque e confiança pelo outro, o que reduz a resposta autonómica de *stress* associado à atividade da

amígdala (Coan, Shaefer, & Davidson), e reduz a ativação de regiões cerebrais centrais para a tomada de perspectiva (Vignemont & Singer, 2006).

De acordo com alguns estudos indivíduos autocompassivos revelam um sofrimento menor e um nível mais elevado de prosperidade (Barnard & Curry, 2011). Outros investigadores utilizaram métodos de pesquisa como induções de humor (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007); observações comportamentais (Sbarra, Smith, & Mehl, 2012) ou intervenções de curto prazo (Shapira & Mongrain, 2011) para determinar o impacto da autocompaixão no bem-estar. Como tal, verifica-se uma consistência, que sugere que quanto mais elevada a autocompaixão menor os estados mentais negativos, como depressão, ansiedade e *stress*. Outros autores sugerem que a autocompaixão é protetora da ansiedade e da depressão, já que controla a autocrítica e o afeto negativo (Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Estudos que envolvem variáveis idade e autocompaixão revelam ainda conclusões distintas. Neff e McGehee (2010) num estudo realizado no âmbito do desenvolvimento de competências autocompassivas na adolescência, concluíram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de autocompaixão entre adolescentes e jovens adultos. Já num estudo realizado por Neff e Pommier (2013) junto de 385 estudantes universitários e 400 adultos de uma comunidade, com idades médias a variar entre 20 e 33 anos, os resultados revelaram que a idade é um fator preditor significativo de autocompaixão, sendo superior na amostra de estudantes.

Quanto às variáveis género e autocompaixão, estudos revelam que as mulheres apresentam níveis inferiores de autocompaixão quando comparadas com os homens (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a). Acredita-se que estes resultados podem ser associados às características frequentemente associadas às diferenças de género, nomeadamente o facto de se considerar que as mulheres quando são confrontadas com situações dolorosas tendem a não se sentirem isoladas e sozinhas no seu sofrimento (Neff, 2003b). Consequentemente, quanto menor a autocompaixão nas mulheres, maiores os níveis de autocriticismo, isolamento e sobre-identificação. Já nos homens espera-se um cenário inverso (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a).

Segundo as evidências, ser autocompassivo e compassivo com os outros, traz benefícios psicológicos a curto e a longo prazo, incluindo estados de humor positivos (Millar, Millar, & Tesser, 1988), redução da sintomatologia depressiva (Krause, Herzog, & Baker, 1992; Taylor & Turner 2001) e aumento da autoestima (Krause & Shaw 2000; Yogev & Ronen 1982), o que no seu conjunto aumenta o bem-estar da pessoa.

Neste contexto surge o conceito de bem-estar, que nos remete para o período Pós Segunda Guerra Mundial, quando os estudos no âmbito da psicologia se focavam mais nas questões patológicas, enquanto os conceitos positivos como o otimismo, a esperança, a felicidade e o bem-estar, caíram no esquecimento (Seligman, 2002; Seligman & Csiksentmihalyi, 2000). Posto isto, a Psicologia Positiva tenta orientar o estudo da Psicologia para a avaliação dos mecanismos internos e externos de um funcionamento positivo e dos fatores que influenciam a qualidade de vida e a felicidade das pessoas, focando-se no bem-estar e nos aspetos positivos da vida (Machado, 2008).

O bem-estar é um conceito multidimensional que está associado aos aspetos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da vida das pessoas (Kiefer, 2008) e que influencia o funcionamento psicológico e a experiência ideal (Ryan & Deci, 2001). Os conceitos de felicidade, experiências positivas, satisfação com a vida, prazer e prosperidade, são exemplos que se relacionam com o bem-estar e que remetem para duas perspetivas que têm a sua origem na Grécia Antiga e que apesar de terem raízes filosóficas diferentes, estão na base das concepções atuais do bem-estar (Ryan & Deci, 2001). Portanto, no que respeita à questão sobre o que constitui uma boa vida, bem vivida e com bem-estar, surgiram a perspetiva hedónica e a perspetiva eudaimónica.

Segundo a perspetiva hedónica o objetivo de vida passa por alcançar a felicidade. O bem-estar corresponde ao alcance do prazer e ao evitamento da dor ou desconforto ou ao equilíbrio entre as emoções (Huta & Waterman, 2014; Ryan & Deci, 2001). Para muitos, este tipo de felicidade é instável e momentâneo, e por isso, não é capaz de gerar um sentimento que perdure ao longo do tempo (Dambrum & Ricard, 2012). Com a especial importância que dá à dimensão afetiva de experienciar os afetos positivos em detrimento dos negativos, a perspetiva hedónica remete para o conceito de bem-estar subjectivo (Ryan & Deci, 2001) que é frequentemente interpretado como significado de um elevado nível de afeto positivo, um baixo nível de afeto negativo e um elevado grau de satisfação com a vida (Deci & Ryan, 2006).

A perspetiva eudaimónica é designada por bem-estar psicológico. Esta segunda visão pressupõe que o bem-estar vai além da felicidade, considerando-se que o facto das pessoas se sentirem felizes não significa que estejam psicologicamente bem. Portanto segundo a perspetiva eudaimónica o percurso para o bem-estar é uma vida de contemplação e virtude, em concordância com os valores. Ou seja, a melhor forma de atingir uma vida boa, é desenvolvendo os próprios potenciais na procura de objetivos complexos com significados individuais e sociais (Keyes & Annas, 2009).

Com isto, está provado que pessoas que procuram tanto a hedonia quanto a eudaimonia em vez de apenas uma das dimensões revelam níveis superiores de bem-estar, sendo este um facto que instiga os investigadores do bem-estar a avaliar cada vez mais ambas as perspetivas (Anić & Tončić, 2013; Huta & Ryan, 2010; Peterson, Park, & Seligman, 2005), e também se verificam associações entre altos níveis de saúde mental e pontuações altas nos resultados hedónicos e eudaimónicos (Keyes, 2002).

O bem-estar psicológico parece ter uma forte influência sobre o estado de saúde, mas, ainda assim, não garante a ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva, que são componentes que constituem o *distress* (Silva et al., 2009).

Mirowsky e Ross (1995) referem o *distress* como uma condição emocional precipitada por situações percecionadas pelo indivíduo, como ameaçadoras, prejudiciais, frustrantes ou inquietantes. Para Ritsner, Modai, e Ponizovsky (2002), o *distress* psicológico, é a forma como o indivíduo reage a fatores internos ou externos, que provocam *stress* e a forma como perceciona a experiência de um estado psicológico desagradável associado a um elevado desgaste emocional. Podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, como a baixa autoestima, a desesperança, ansiedade, inquietação e tristeza.

O *distress* constituiu um grave problema de saúde pública (Stallman & Shochet, 2009) que afeta tanto os estudantes como a população geral trabalhadora. Os sintomas associados ao *distress* tornam-se incapacitantes e podem até prejudicar o desempenho escolar dos alunos e o desempenho dos trabalhadores no exercício das suas funções (Leijon, Balliu, Lundin, Vaez, Kjellberg, & Hemmingsson, 2017; Stallman, 2011). Num estudo levado a cabo por Pereira e colaboradores (2017) que teve como objetivo avaliar os níveis de *distress* numa amostra de estudantes universitários e numa amostra de trabalhadores em Portugal, concluiu-se que os níveis de *distress* não revelaram diferenças significativas entre géneros, mas sim entre faixa etária. Assim o grupo de participantes com 40 ou mais anos revelou um nível de sintomas de *distress* superior aos dos estudantes. Outra conclusão foi o facto do estatuto de emprego influenciar o sofrimento psicológico.

Vários estudos correlacionais têm revelado com alguma consistência que existe uma relação negativa entre autocompaixão e depressão (Raes, 2011), revelando que a autocompaixão pode trazer benefícios ao bem-estar, protegendo contra o *distress*. Num estudo realizado por Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig, e Holtforth (2013) que teve como objetivo comparar os níveis de autocompaixão, a ruminação e o evitamento entre

142 participantes com diagnósticos de depressão e 196 participantes sem depressão os resultados revelaram que pessoas deprimidas são significativamente menos autocompassivos do que pacientes sem depressão. Também se concluiu que níveis mais elevados de autocompaixão se associam negativamente à ruminação e ao evitamento (Krieger et al., 2013).

Tendo em conta os benefícios que a compaixão e a autocompaixão têm sobre o bem-estar e o impacto que têm sobre o distress, considerou-se pertinente o estudo destas temáticas, no sentido de contribuir para o aumento do conhecimento nesta área que se encontra em ascensão em Portugal.

Posto isto, e no que respeita aos objetivos, este estudo apresenta o seguinte objetivo geral:

- Avaliar a compaixão, os motivos hedónicos e eudaimónicos e o *distress* psicológico ou mal-estar psicológico em adultos.

Assim, e na sequência do objetivo acima identificado, pretende-se:

1. Caracterizar os indicadores de compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* psicológico;
2. Verificar se existem diferenças significativas a nível da compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* em função de algumas variáveis sociodemográficas: a) sexo; b) idade;
3. Analisar a relação entre a compaixão e o bem-estar (orientações) e o *distress* psicológico

# Metodologia

Este estudo realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e enquadra-se no Projecto “Psicogerontologia e Perturbações Neurocognitivas na Velhice” da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. Dado que a recolha de dados ocorreu num determinado momento, trata-se de um estudo de natureza transversal (Ribeiro, 2010), com uma abordagem quantitativa (Fontelles, Simões, Farias, & Fontelles, 2009) e do tipo correlacional, uma vez que serão recolhidas informações da amostra em estudo, sem qualquer tipo de controlo ou intervenção propositada sobre as variáveis da investigação (Marôco, 2014).

## Participantes

A presente investigação integra uma amostra de adultos, sendo que para constituírem esta amostra os participantes deverão corresponder ao seguinte critério de inclusão: a) ter pelo menos 18 anos de idade.

No total participaram no estudo 421 indivíduos, sendo 321 (76.8%) do sexo feminino e 97 (23.2%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 18 anos e 66 anos ( $M = 32.56$ ;  $DP = 10.98$ ), estando em maioria os indivíduos na faixa etária dos 21-40 anos ( $n = 302$ ; 72.2%). No que diz respeito ao estado marital dos inquiridos, é de destacar que 145 (34.4%) são casados/em união de facto, seguidos dos 144 solteiros (34.2%), 102 (24.2%) que têm um namoro ou compromisso afetivo, 27 divorciados/separados e 3 (.7%) viúvos. Quanto à nacionalidade, 259 (61.5%) são de nacionalidade portuguesa e 162 (38.5%) de outra nacionalidade. Relativamente à constituição do agregado familiar (direto) apontada pelos inquiridos, 119 (28.3%) possuem um agregado familiar de 3 pessoas, tendo 108 (25.7%) um agregado constituído por 2 pessoas, 105 (24.9%) possuem um agregado familiar constituído por 4 pessoas, vivendo 66 (15.7%) sozinhos ou com 1 pessoa e 22 (5.2%) coabitam com 5 pessoas ou mais.

No que concerne às habilitações, tendo em conta o último ciclo de escolaridade concluído, sobressaem os 185 inquiridos (43.9%) com a Licenciatura, seguidos dos 110 (26.1%) que concluíram o Ensino Secundário, 98 (23.3%) que possuem o Mestrado; 14 concluíram o 9º ano (3º Ciclo do Ensino Básico), 10 possuem Doutoramento; 2 concluíram o 6º ano (2º Ciclo do Ensino Básico) e por fim 1 não tem habilitação escolar. Quanto ao local de residência apontada pelos inquiridos, uma grande parte ( $n = 173$ ; 41.1%) residem numa grande cidade, seguidos dos 151 (35.9%) que vivem numa pequena cidade, enquanto 58 (13.8%) residem num pequeno meio rural e 36 (8.6%)

num grande meio rural. No que diz respeito ao estatuto socioeconómico (percecionado), prevalecem os participantes com um estatuto médio ( $n = 259$ ; 61.5%), seguindo-se-lhes 104 indivíduos (24.7%) que percecionaram o seu estatuto socioeconómico como baixo-médio, estando em menor representatividade os que percecionaram o seu estatuto socioeconómico como médio-alto ( $n = 44$ ; 10.5%); 11 (2.6%) percecionaram-no como baixo e 2 (.5%) como alto. Relativamente à situação profissional/ocupacional, verifica-se que 192 (45.6%) dos inquiridos são trabalhadores por conta de outrem; 89 (21.1%) são estudantes; 49 (11.6%) trabalham por conta própria; 43 (10.2%) são trabalhadores/estudantes, estando 34 (8.1%) desempregados, 9 (2.1%) encontram-se reformados/aposentados e 5 (1.2%) possuem outra situação profissional/ocupacional não discriminada.

**Tabela 1**

*Caracterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes*

<b>Variáveis</b>	<b>Classes</b>	<b>N=421</b>	<b>Frequências (%)</b>
<b>Género</b>	Feminino	321	76.8
	Masculino	97	23.2
<b>Idade</b>	≤20 nos	27	6.5
	21-40 anos	302	72.2
	41-60 anos	83	19.9
	>60 anos	6	1.4
<b>Estado marital</b>	Casado(a)/Em união de facto	145	34.4
	Divorciado(a)/Separado(a)	27	6.4
	Solteiro(a)	144	34.2
	Ter um namoro ou compromisso afetivo	102	24.2
	Viúvo(a)	3	.7
<b>Nacionalidade</b>	Outra	162	38.5
	Portuguesa	259	61.5
<b>Constituição do agregado familiar (direto)</b>	2 pessoas	108	25.7
	3 pessoas	119	28.3
	4 pessoas	105	24.9
	5 pessoas ou mais	22	5.2
	Sozinho/1 pessoa	66	15.7
<b>Habilitações (último ciclo de escolaridade concluído)</b>	Sem habilitação escolar	1	.2
	6º ano (2º Ciclo do Ensino Básico)	2	.5

	9º ano (3º Ciclo do Ensino Básico)	14	3.3
	12º ano (Ensino Secundário)	110	26.1
	Licenciatura	185	43.9
	Mestrado	98	23.3
	Doutoramento	10	2.4
<b>Local de residência</b>	Um grande meio rural	36	8.6
	Um pequeno meio rural	58	13.8
	Uma grande cidade	173	41.1
	Uma pequena cidade	151	35.9
<b>Estatuto socioeconómico (percecionado)</b>	Alto	2	.5
	Baixo	11	2.6
	Baixo-médio	104	24.7
	Médio	259	61.5
	Médio-alto	44	10.5
<b>Situação profissional/ocupacional</b>	Desempregado(a)	34	8.1
	Estudante	89	21.1
	Outra	5	1.2
	Reformado(a) / Aposentado(a)	9	2.1
	Trabalhador(a) por conta de outrem	192	45.6
	Trabalhador(a) por conta própria	49	11.6
	Trabalhador(a)-estudante	43	10.2

## Procedimento

Numa fase inicial procedeu-se a uma pesquisa e revisão da literatura no sentido de desenvolver o enquadramento do estudo, fundamentação teórica e definição da problemática e dos objetivos.

Entre Outubro e Dezembro de 2019, procedeu-se à elaboração do questionário sociodemográfico. Posteriormente, para a realização desta investigação, foram necessárias algumas autorizações prévias, nomeadamente, o consentimento dos autores dos instrumentos utilizados e o consentimento informado dos participantes para a colaboração na investigação. Como tal, estes foram informados acerca do

objetivo do estudo, da confidencialidade e anonimato dos dados, assim como do direito de acesso às principais conclusões do estudo, em termos gerais.

A administração dos instrumentos decorreu entre 19 de Fevereiro de 2020 e 31 de Março de 2020 através de um Protocolo de Investigação *Online* ao qual os participantes responderam após confirmar o seu consentimento. Cada indivíduo respondeu autonomamente aos questionários do Protocolo demorando, em média, cerca de 20 minutos a responder às questões. Posteriormente, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados, recorrendo ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (versão 26, SPSS) e por fim à apresentação e discussão dos resultados.

## **Instrumentos**

Dada a temática e os objetivos do estudo, recorreu-se a um questionário sociodemográfico e a três instrumentos de avaliação, para efetuar a recolha de dados junto dos participantes.

### **Questionário Sociodemográfico**

O Questionário Sociodemográfico consiste num conjunto de questões que permite fazer a recolha dos dados que caracterizam a amostra. Nesta investigação as questões utilizadas incidiram sobre a idade, o sexo, estado marital, agregado familiar, habilitações literárias, local de residência, estatuto socioeconómico e situação profissional.

### **Escala de Atributos e Ações Compassivas - *The Compassionate Engagement and Action Scales* (Gilbert et al., 2017)**

A CEAS (*The Compassionate Engagement and Action Scale*) é uma medida de autorresposta, composta por três escalas, cada uma constituída por 13 itens, que medem a compaixão, perante situações de dificuldade ou sofrimento: 1- *Escala de Autocompaixão* (CEAS-SC); 2- *Escala de Compaixão pelos Outros*; e 3- *Escala de Receber Compaixão dos Outros*. Tendo em conta os objetivos desta investigação, apenas foram utilizadas duas escalas, nomeadamente, a escala de *Autocompaixão* (CEAS-SC) para avaliar a compaixão dirigida a si próprio e a escala de *Compaixão pelos Outros*, para avaliar a compaixão dirigida aos outros. Ambas as escalas integram duas subescalas que medem diferentes dimensões: 1- *atributos compassivos* (constituída por 8 itens, desenhada para avaliar a motivação e capacidade para lidar com o sofrimento e a dor, tendo uma atitude calorosa e de aceitação); 2- *ações compassivas* (composta por 5 itens, que se referem a formas eficazes e úteis, de lidar compassivamente e com tolerância os pensamentos e as emoções negativas em

situações de dificuldade ou sofrimento). A CEAS-SC apresenta uma escala de resposta com dez pontos, em que 1 corresponde a “*Nunca*” e 10 corresponde a “*Sempre*”, sendo que valores elevados são indicadores de níveis mais elevados de motivações e ações compassivas, nas diferentes direções avaliadas. No estudo original, de validação deste instrumento para a população Americana, Britânica e Portuguesa, os resultados revelaram que a escala de *Autocompaixão* apresenta boa consistência interna, sendo que as subescalas *motivações/atributos autocompassivos* e *ações autocompassivas* apresentaram um alfa de Cronbach de .74 e .89 respetivamente. Quanto à escala de *Compaixão pelos Outros* apresenta igualmente boas propriedades psicométricas, com um alfa de Cronbach de .88 na subescala de *motivações/atributos compassivos* e .92 na subescala de *ações compassivas* (Gilbert et al., 2017). No presente estudo, verificou-se, tendo em conta as sugestões de Pestana e Gageiro (2014), uma fraca consistência interna para a *Autocompaixão*, com um alfa de Cronbach de .67, mas com razoável consistência interna para a *Compaixão pelos Outros* ( $\alpha=.769$ ).

### **Escala de Mal-Estar Psicológico de Kessler (K6)- *Kessler Psychological Distress Scale (K6)***

A *Kessler Psychological Distress Scale (K6)* (Kessler et al., 2002) é uma versão reduzida da K10 (Kessler et al., 2002) que foi desenvolvida inicialmente em 1992 por Kessler e Mroczek no âmbito de uma publicação no *National Health Interview Survey*. Este instrumento consiste numa ferramenta de triagem breve para o *distress* psicológico não específico, na população geral, ao longo do último mês e permite também identificar doença mental grave em adultos (Kessler et al., 2003). A K6 é composta por 6 itens que questiona o participante com que frequência, nos últimos 30 dias sentiu: 1) nervosismo; 2) desesperança; 3) inquietação; 4) tão deprimido que nada poderia animá-lo; 5) que tudo foi um esforço; e 6) sem valor. Para cada um destes itens, a K6 incluiu cinco opções de resposta: '*Nunca*', '*Poucas vezes*', '*Às vezes*', '*Muitas vezes*' e '*Sempre*'. As respostas são pontuadas no intervalo de 0 ('*Nunca*') a 4 ('*Sempre*'), sendo que a pontuação varia entre 0 e 24 e o ponto de corte é 13 (Kessler et al., 2002). Portanto quanto mais elevada a pontuação maior a probabilidade de ter uma doença mental grave o suficiente para causar limitações funcionais e exigir tratamento (Kessler et al., 2003). No que respeita à consistência interna, a K6 revelou uma forte confiabilidade com um alfa de Cronbach de .89 (Kessler et al., 2002; Kessler et al., 2003). No presente estudo, registou-se um alfa de Cronbach de .88, sugestivo de boa consistência interna.

## **Escala de Motivos Hedônicos, Eudaimônicos e Extrínsecos para as Atividades - *Hedonic Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities Scale (HEEMA)***

A *Hedonic Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities Scale (HEEMA)* (versão portuguesa de Ramos, Mira, Costa, 2018) é uma escala constituída por 16 itens, sendo que os itens 1, 4, 6, 7, 9 e 16 correspondem à orientação hedónica e os itens 2, 3, 5, 8 e 10 estão associados à orientação eudaimónica. Os itens relacionados com a hedonia refletem conceitos de prazer (itens 4, 6 e 9) e de conforto (itens 1 e 7). Na eudaimonia os itens refletem conceitos de autenticidade (itens 3 e 8), excelência (itens 5 e 8) crescimento (item 2) e significado (item 10). Quanto aos itens 11, 12, 13, 14, e 15, estes compõem a subescala de motivação/orientação extrínseca e refletem aspetos como a riqueza material, estatuto social, poder, fama e popularidade. O 16º item é opcional e deve ser utilizado quando o investigador pretende avaliar o conforto da hedonia separadamente do prazer da hedonia e possuir uma escala de três itens para alcançar consistência interna suficiente; caso contrário, o item deve ser excluído, para que o conceito geral de hedonia seja mais fortemente ponderado em relação ao prazer da hedonia (Ramos, Mira, Costa, 2018). Relativamente à cotação, esta é feita por dimensão, através da média dos itens por fator, ou seja, somam-se os resultados dos itens de cada dimensão e divide-se pelo número total de itens dessa mesma dimensão (Alves, 2017). No presente estudo, obteve-se, para a dimensão hedónica, um alfa global classificado de bom ( $\alpha=.895$ ), bem como um alfa global indicativo de boa consistência interna para a dimensão da orientação eudaimónica ( $\alpha=.896$ ).

## **Análise de dados**

O tratamento de dados foi efetuado recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Science* (versão 26, SPSS). Para tal procedeu-se a uma prévia codificação numérica das variáveis presentes no Protocolo de Investigação, que permitiu a análise estatística dos dados numéricos através de testes estatísticos, de acordo com a função das variáveis na investigação.

Como forma de descrever as características da amostra, a partir da qual foram recolhidos o conjunto de dados brutos, de maneira a poderem ser interpretados, recorreu-se à estatística descritiva que visa: “organizar e descrever os dados de forma clara; identificar o que é típico e atípico; trazer à luz diferenças, relações e/ou padrões” (Coutinho, 2014, p. 152). Com base neste propósito, utilizaram-se os seguintes procedimentos, cujos resultados relativos a variáveis quantitativas são apresentados

apelando a: medidas de tendência central: Média ( $M$ ) e medidas de dispersão: Desvio Padrão ( $DP$ ). Os resultados relativos às variáveis qualitativas são apresentados evocando as frequências absolutas e frequências percentuais.

Para além da estatística descritiva, fez-se também uso da estatística inferencial, uma vez que é através desta que é possível “generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população”, recorrendo-se no para tal ao uso de testes paramétricos e não paramétricos. O recurso aos testes paramétricos ou não paramétricos está relacionado com os requisitos exigidos (parâmetros) para a utilização dos primeiros (Coutinho, 2013). De acordo com Pestana e Gageiro (2014, p. 239-240), os testes paramétricos “testam afirmações sobre parâmetros do universo, como é o caso das médias, variâncias, proporções e correlações” e a sua aplicação exige que as variáveis sejam métricas e que as distribuições populacionais pertençam a determinadas famílias paramétricas, baseando-se nos valores das observações, enquanto os não paramétricos se baseiam-se na ordem, nas frequências ou nos sinais das observações, se aplicam a variáveis de natureza qualitativa, nominal ou ordinal, sendo muito utilizados em distribuições que não sejam normais, ou quando as amostras têm dimensão inferior a 30. No presente estudo, realizou-se o teste da normalidade da distribuição amostral como forma de apoiar a decisão na escolha dos testes estatísticos a utilizar posteriormente (Tabela 2). Com tal, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* que indica que a amostra não revela uma distribuição normal, nem sequer próxima do normal ( $p < .05$ ), o que foi confirmado pela curva do histograma que se apresentava enviesada, resultando no uso de testes não paramétricos.

**Tabela 2**  
*Resultados do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov*

Instrumentos	Kolmogorov-Smirnov
	$p$
Hedónica	.000
Eudaimónica	.000
Motivação/Orientação Extrínseca	.000
HEEMA total	.000
Total K6	.000
Autocompaixão	.001
Compaixão pelos outros	.004

Os testes não paramétricos utilizados foram: o Teste *U* de *Mann Whitney*, um teste não paramétrico alternativo ao Teste *t*-Student para amostras independentes, sobretudo quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são muito diferentes ou as variâncias muito heterogêneas (Marôco, 2014), permitindo verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2014) e o Teste de *Kruskal-Wallis* que deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogêneas. O Teste de *Kruskal-Wallis* pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

Para se avaliar a associação entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de Ró de *Spearman*, em conformidade com a distribuição das variáveis em análise, que permite a avaliação da direção (positiva ou negativa) e intensidade da correlação. Uma correlação é considerada muito baixa quando o valor é inferior a .19; baixa entre .20 e .30; moderada entre .40 e .69; elevada entre .70 a .89 e muito elevada se os valores estiverem acima de .89 (Pestana & Gageiro, 2014).

Para esta investigação foi necessário proceder também ao estudo das propriedades psicométricas das Escalas, nomeadamente da sua validade e fiabilidade, características essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados (Coutinho, 2013). Optou-se, assim, pela utilização do coeficiente de *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ) para cálculo da fiabilidade, através de medidas de consistência interna. A estimativa da consistência interna de um instrumento é a única medida possível quando temos um único teste que é administrado uma única vez e terá sempre que ter em conta o número de itens ou partes e a média das correlações entre todos os itens ou partes (Coutinho, 2013). De acordo com Coutinho (2013) o *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ) é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos de tipo escala de *Likert* e varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna: muito boa:  $\alpha > 0,9$ ; boa:  $\alpha$  entre .80 e .90; razoável:  $\alpha$  entre .70 e .80; fraca:  $\alpha$  entre .60 e .70; inadmissível:  $\alpha < .60$ .

Os respetivos intervalos de confiança foram de 95% e/ou nível de significância  $p < .05$  preconizados por Marôco (2014) e Pestana e Gageiro (2014):  $p < .05^{**}$  Diferença estatística significativa;  $p < .01^{***}$  Diferença estatística bastante significativa;  $p < .001^{****}$  Diferença estatística altamente significativa;  $p \geq .05$  n.s Diferença estatística não significativa.



# Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados da investigação, obtidos a partir das análises estatísticas efetuadas, reportando-se diretamente aos objetivos inicialmente delineados. Enquanto estudo descritivo-correlacional os resultados são, numa primeira fase, descritos, com recurso à análise descritiva, nomeadamente através das médias, desvios-padrão, mínimos e máximos de cada escala utilizada, e posteriormente faz-se uso da estatística inferencial de modo a analisar a existência de relações entre as variáveis estudadas. Ambas as análises são acompanhadas pela apresentação de tabelas, como forma de facilitar ao leitor uma consulta rápida e global, complementado, assim, a exposição escrita dos dados.

## Estatísticas Descritivas

Os resultados apresentados seguidamente, tendo em conta o primeiro objetivo deste estudo, caracterizam os indicadores de compaixão, bem-estar (orientações) e *distress* psicológico.

Como se pode observar na Tabela 3, verifica-se que a média da orientação hedónica é mais elevada com uma média de 31.31 ( $DP = 7.17$ ), numa pontuação máxima de 112. Regista-se uma média na HEEMA de 76.53 ( $DP = 17.18$ ), com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 21-112.

**Tabela 3**  
*Estatística Descritiva da HEEMA*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>Hedónica</b>	31.31	7.17	8	42
<b>Eudaimónica</b>	27.38	6.05	5	35
<b>Motivação/orientação extrínseca</b>	18,23	7.10	5	35
<b>HEEMA Total</b>	76.53	17.18	21	112

De acordo com a leitura da Tabela 4, verifica-se uma média mais elevada na subescala *Compaixão pelos Outros* ( $M = 90.08$ ,  $DP = 13.75$ ), com um mínimo de 44 e um máximo de 130, sugerindo que os participantes apresentam níveis mais elevados de atributos e ações compassivas dirigidas aos outros, pois apresentam uma média de 53.99 na subescala *atributos compassivos* e uma média de 36.10 na subescala *ações compassivas*.

**Tabela 4**  
*Estatística Descritiva da CEAS*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>Autocompaixão</b>	65.15	9.06	36	87
<b>Compaixão pelos outros</b>	90.08	13.75	44	130
<b>Atributos Autocompassivos</b>	31.50	4.21	19	43
<b>Ações Autocompassivas</b>	33.65	6.13	11	49
<b>Atributos Compassivos</b>	53.99	9.33	24	80
<b>Ações Compassivas</b>	36.10	5.68	18	50

Como se pode observar na Tabela 5, constata-se que a média da K6 é de 9.06 ( $DP = 4.825$ ), numa pontuação máxima de 24.

**Tabela 5**  
*Estatística Descritiva da K6*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>K6</b>	9.06	4.825	0	24

## **Estatísticas Inferenciais**

Seguem-se os resultados das estatísticas inferenciais, como forma de dar respostas aos objetivos delineados, nomeadamente: verificar se existem diferenças significativas a nível da compaixão, bem-estar e *distress* em função de algumas variáveis sociodemográficas: a) sexo; b) idade; analisar a relação entre a compaixão, o bem-estar (orientações) e o *distress* psicológico.

A Tabela 6 apresenta os resultados referentes às diferenças no nível de Compaixão em função do sexo. Com recurso ao Teste *U* de *Mann-Whitney*, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *Compaixão com os outros* ( $U = 12406.000$ ,  $p = .005$ ), onde pontuaram mais as mulheres ( $OM = 217.11$ ), tendo os homens mais *Autocompaixão* ( $OM = 212.10$ ), mas sem diferenças estatisticamente significativas ( $U = 15122.000$ ,  $p = .736$ ).

**Tabela 6**  
*Resultados do Teste U de Mann-Whitney do Nível de Compaixão (CEAS) em Função do Sexo*

<b>Escala</b>	<b>Sexo</b>		<b>Masculino</b>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>OM*</i>	<i>n</i>	<i>OM</i>		

<b>Autocompaixão</b>	319	207.40	97	212.10	15122.000	.736
<b>Compaixão com os outros</b>	319	217.11	96	177.73	12406.000	.005

\* OM = Ordenação média

Através dos resultados do *Teste U de Mann-Whitney*, como revela a Tabela 7, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na *Orientação Hedónica* ( $U = 13950.000$ ,  $p = .338$ ), na *Orientação Eudaimónica* ( $U = 1471.500$ ,  $p = .500$ ), na *Motivação/Orientação Extrínseca* ( $U = 13267.000$ ,  $p = .075$ ) e na escala total ( $U = 14016.000$ ,  $p = .136$ ), função do género, ainda que os homens tenham obtido valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões e na HEEMA total, comparativamente às mulheres, sugerindo que os homens revelam mais orientações para as três dimensões.

**Tabela 7**

*Resultados do Teste U de Mann-Whitney do Bem-estar (HEEMA) em Função do Sexo*

Escala	Sexo	Feminino		Masculino		U	p
		n	OM	n	OM		
<b>Hedónica</b>		314	201.93	95	215.16	13950.000	.338
<b>Eudaimónica</b>		318	205.78	96	213.18	14718.500	.595
<b>Motivação/orientação extrínseca</b>		314	199.75	96	224.30	13267.000	.075
<b>HEEMA Total</b>		321	204.66	97	225.51	14016.000	.136

Com base nos resultados do *Teste U de Mann-Whitney*, como exposto na Tabela 8, constata-se que não existem diferenças significativamente estatísticas no *distress* (K6) em função do género ( $U = 14084.500$ ,  $p = .233$ ), todavia são as mulheres que revelam uma pontuação mais elevada, sugerindo maior probabilidade de ter *distress* ( $OM = 211,85$ ), em comparação com os homens.

**Tabela 8**

*Resultados do Teste U de Mann-Whitney do Distress (K6) em Função do Sexo*

Escala	Sexo	Feminino		Masculino		U	p
		n	OM	n	OM		
<b>K6 Total</b>		319	211.85	96	195.21	14084.500	.233

Relativamente ao nível de compaixão em função da idade, é possível verificar que não foram encontradas diferenças significativas nem para a *Autocompaixão* ( $\chi^2 = 3.856$ ,  $p = .277$ ), nem para a *Compaixão com os outros* ( $\chi^2 = 4.930$ ,  $p = .177$ ), ambas as dimensões, para um nível de significância de 95%, entre os grupos. Todavia, pelos valores de ordenação média, constata-se que são os participantes mais velhos (idade >60 anos) que pontuaram mais, traduzindo-se em mais *Autocompaixão* e *Compaixão com os outros* (Tabela 9).

**Tabela 9**  
Resultados do Kruskal-Wallis do Nível de Compaixão (CEAS) em Função da Idade

Escala	Idade	≤20 anos	21-40 anos	41-60 anos	>60 anos	$\chi^2$	$p$
		OM	OM	OM	OM		
<b>Autocompaixão</b>		165.73	210.48	212.53	239.00	3.856	.277
<b>Compaixão com os outros</b>		211.88	204.41	212.32	312.17	4.93	.177

No que concerne à relação do bem-estar (HEEMA) com a idade, apura-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na *Orientação Hedónica* ( $\chi^2 = 1.749$ ,  $p = .626$ ), na *Orientação Eudaimónica* ( $\chi^2 = 4.328$ ,  $p = .228$ ), na *Motivação/Orientação Extrínseca* ( $\chi^2 = 3.157$ ,  $p = .368$ ), nem na escala total ( $\chi^2 = 2.644$ ,  $p = .450$ ). No entanto, os valores de ordenação média são mais elevados para os indivíduos com idade >60 anos na *Orientação Hedónica* e na *Orientação Eudaimónica*, enquanto os participantes na faixa etária dos 21-40 pontuaram mais na *Motivação/Orientação Extrínseca* e na HEEMA total (Tabela 10).

**Tabela 10**  
Resultados do Kruskal-Wallis do Bem-estar (HEEMA) em Função da Idade

Escala	Idade	≤20 anos	21-40 anos	41-60 anos	>60 anos	$\chi^2$	$p$
		OM	OM	OM	OM		
<b>Hedónica</b>		186.31	206.42	202.41	253.00	1.749	.626
<b>Eudaimónica</b>		168.83	207.67	216.10	258.17	4.328	.228
<b>Motivação/orientação extrínseca</b>		182.04	209.85	201.56	143.50	3.157	.368
<b>HEEMA Total</b>		175.98	213.96	204.36	206.92	2.644	.450

Quanto ao *distress* em função da idade, como exposto na Tabela 11, constata-se que não existe relevância estatisticamente significativa entre os grupos ( $\chi^2 = 2.770$ ,  $p = .428$ ) Numa análise das ordenações médias afere-se que são os indivíduos mais novos ( $\leq 20$  anos) que pontuaram mais, indicando mais *distress*.

**Tabela 11**

*Resultados do Kruskal-Wallis do Distress (K6) em Função da Idade*

Escala	Idade				$X^2$	$p$
	$\leq 20$ anos	21-40 anos	41-60 anos	$> 60$ anos		
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>		
<b>K6 Total</b>	238.48	208.83	197.73	174.67	2.770	.428

Começa-se por referir que na correlação entre a *Orientação Hedónica* e o *distress* não se obtiveram valores correlacionais, o que denota uma ausência total de correlação entre ambas. Verifica-se que a *Orientação Eudaimónica* não apresenta uma correlação estatisticamente significativa com o *distress* ( $r_s = -.062$ ,  $p = .211$ ), tal como a HEEMA total ( $r_s = .019$ ,  $p = .700$ ) e a *Compaixão com os outros* ( $r_s = .033$ ,  $p = .497$ ). A *Motivação/Orientação Extrínseca* apresenta uma correlação estatisticamente significativa com o *distress* ( $r_s = .140$ ,  $p = .000$ ) (correlação positiva muito baixa), tal como a *Autocompaixão* ( $r_s = -.228$ ,  $p = .000$ ) (correlação negativa baixa).

**Tabela 12**

*Coefficiente de Correlação de Spearman entre Bem-estar, Compaixão e Distress*

	Distress (K6)	
	$R_s$	$p$
<b>Eudaimónica</b>	-.062	.211
<b>Motivação/orientação extrínseca</b>	.140	.004
<b>HEEMA Total</b>	.019	.700
<b>Autocompaixão</b>	-.228	.000
<b>Compaixão com os outros</b>	.033	.497

$r_s < .19$  (correlação muito baixa),  $r_s$  entre .20 e .30 (correlação baixa),  $r_s$  entre .40 e .69 (correlação moderada),  $r_s$  entre .70 e .89 (correlação elevada),  $r_s > .89$  (correlação muito elevada);  $p < .05$  (Correlação estatística significativa);  $p \geq .05$  (Correlação estatística não significativa);  $R_s$  = Representação do coeficiente de Spearman;  $p$  = significância



## Discussão de Resultados

O perfil sociodemográfico do total de 421 indivíduos revela uma amostra maioritariamente feminina, estando em maioria os indivíduos na faixa etária dos 21-40 anos. Sobressaem os participantes casados/em união de facto, de nacionalidade portuguesa, com um agregado familiar (direto) de 3 pessoas. Prevaecem também os indivíduos com a licenciatura, residentes numa grande cidade, tendo a maioria percecionado o seu estatuto socioeconómico como médio. Quanto à situação profissional/ocupacional, a percentagem mais elevada corresponde aos indivíduos trabalhadores por conta de outrem.

No que respeita ao nível de compaixão em função do sexo, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *Compaixão com os outros*, onde pontuaram mais as mulheres, tendo os homens mais *Autocompaixão*, mas sem que esta diferença tenha significado estatístico. Sabe-se que as mulheres tendem a apresentar menores níveis de autocompaixão comparativamente com os homens (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a). De acordo com a autora da escala original, é possível associar estas diferenças de género às características que se associam a cada género, como por exemplo, o facto de as mulheres não se isolarem tanto quando confrontadas com situações dolorosas (Neff, 2003b). Quanto menor a autocompaixão, mais elevados serão os níveis de autocrítico, isolamento e sobre-identificação. Num estudo levado a cabo por Lopéz, Sanderman, Ranchor, e Schroevers (2017), que objetivou explorar os níveis médios de compaixão pelos outros e autocompaixão na população em geral, a sua interrelação e sua associação com o bem-estar psicológico e fatores demográficos, concluiu-se que as mulheres e os indivíduos com baixa escolaridade apresentam níveis mais elevados de compaixão pelos outros.

Relativamente ao bem-estar em função do sexo, apurou-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões, ainda que os homens tenham obtido valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões e no bem-estar total, comparativamente às mulheres, indicando que os homens revelam mais orientações hedónica, eudaimónica e motivação/orientação extrínseca.

No que concerne à análise do *distress* em função do sexo, não tendo havido significância estatística nos resultados encontrados, são as mulheres que revelam uma pontuação mais elevada, sugerindo maior probabilidade de ter *distress*, em comparação com os homens. Os nossos resultados corroboram os alcançados por

Pereira e colaboradores (2017), cujo estudo também evidencia que os níveis de *distress* não revelaram diferenças significativas entre os géneros.

Relativamente ao nível de compaixão em função da idade, aferiu-se que não foram encontradas diferenças significativas para ambas, a *Autocompaixão* e *Compaixão com os outros* entre os grupos. Porém, constatou-se que os participantes mais velhos (idade >60 anos) pontuaram mais, traduzindo-se em mais *Autocompaixão* e *Compaixão com os outros*. Um estudo realizado no âmbito do desenvolvimento de competências autocompassivas na adolescência, que pretendia comparar uma amostra de adolescentes com uma amostra de jovens adultos demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no entanto foi menor em adolescentes quando comparada com os níveis alcançados pelos adultos, justificando-se estes resultados com o facto de os adolescentes atravessarem um período contínuo de autoavaliação e comparação social, com o propósito de estabelecerem a sua identidade. Ainda assim, a idade parecia não ser uma variável mediadora dos níveis de autocompaixão (Neff & McGehee, 2010). No entanto, e ainda, segundo os mesmos autores, a autocompaixão é um preditor da saúde mental, sendo que indivíduos autocompassivos, ou seja, que reportam níveis mais elevados de autocompaixão, apresentam menor associação com sintomas depressivos e ansiedade, assim como maiores níveis de sentimentos de conexão social. Já Neff (2011) concluiu que a autocompaixão é superior em adultos mais velhos, o que foi corroborado no presente estudo, e que se pode fundamentar com os estádios de desenvolvimento propostos por Erikson (1966), designadamente o 7º- Generatividade *versus* Estagnação, que envolve aprender a cuidar dos outros e envolve temas da humanidade comum, e o 8º- Integridade do ego *versus* Desespero que compreende conceitos como a sabedoria, integração e autoaceitação (Phillips & Ferguson, 2013).

No que concerne à relação do bem-estar com a idade, na amostra estudada, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões e no total da escala. Todavia, os indivíduos com idade >60 anos revelam mais orientação hedónica e orientação eudaimónica, enquanto os participantes na faixa etária dos 21-40 mostram mais na motivação/orientação extrínseca e bem-estar total.

Quanto ao *distress* em função da idade, apurou-se que não existe relevância estatisticamente significativa entre os grupos. No entanto, são os indivíduos mais novos ( $\leq 20$  anos) que revelam mais *distress*. Estes resultados diferem dos obtidos por Pereira e colaboradores (2017), cujo estudo indica que os níveis de *distress* revelaram

diferenças significativas entre a faixa etária, tendo sido o grupo de participantes com 40 ou mais anos a revelar um nível de sintomas de *distress* superior aos dos estudantes.

O estudo da análise da relação da compaixão com bem-estar (orientações) e *distress* psicológico revela que apenas a Motivação/orientação extrínseca e a *Autocompaixão se* correlacionam com o *distress*. Estudos revelam que os indivíduos autocompassivos apresentam um menor sofrimento e um nível mais elevado de prosperidade (Barnard & Curry, 2011). As evidências sugerem que uma elevada autocompaixão está inversamente associada a estados mentais negativos, como depressão, ansiedade e *stress*. Sabe-se também que uma característica fundamental da autocompaixão é a falta de autocritica que, por sua vez, constitui um fator preditor de ansiedade e depressão (Blatt, 1995). Assim, a autocompaixão proporciona uma proteção contra a ansiedade e a depressão ao manter o controlo sobre a autocritica e o afeto negativo (Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). A autocompaixão está também associada a menos ruminacões, menos preocupação com o perfeccionismo e medo de fracassar (Neff, 2003b; Neff, Hsieh, & Dejjitterat, 2005). Segundo vários estudos, a compaixão associa-se a sentimentos positivos como a felicidade, autoestima, a bondade e o perdão (Mongrain, Chin, & Shapira, 2011) e sentimentos de proximidade, ligação, confiança e relações interpessoais funcionais e adaptativas (Crocker & Canevello, 2008). Em conformidade com as evidências, ser autocompassivo e compassivo com os outros, traz benefícios psicológicos a curto e a longo prazo, incluindo estados de humor positivos (M. Millar, K. Millar, & Tesser, 1988), redução da sintomatologia depressiva (Krause, Herzog, & Baker, 1992; Taylor & Turner 2001) e aumento da autoestima (Krause & Shaw 2000; Yogev & Ronen 1982), o que no seu conjunto aumenta o bem-estar da pessoa.

## Conclusão

O estudo realizado teve como principal objetivo avaliar a compaixão, os motivos hedónicos e eudaimónicos e o *distress* psicológico ou mal-estar psicológico em adultos, em Portugal. A pertinência deste estudo prendeu-se ao facto das temáticas referidas anteriormente serem muito relevantes na área da Psicologia Positiva, e uma vez que, o "Grupo de Investigação em Psicologia Positiva" trabalhou em conjunto com o projeto em que se insere esta investigação "Psiogerontologia e Perturbações Neurocognitivas na Velhice" considerou-se pertinente o estudo destas temáticas. Nota-se também uma ascensão da temática da compaixão, dos seus benefícios para bem-estar do indivíduo e do seu impacto no *distress* psicológico, o que também contribui para o crescimento do interesse nesta área.

Neste estudo a compaixão em função do sexo, revela diferenças estatisticamente significativas na *Compaixão com os outros*, sendo que as mulheres pontuaram mais, mas os homens apresentam mais *Autocompaixão*, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas. Nas restantes variáveis (bem-estar e *distress*) não existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, no entanto, os homens apresentaram valores de ordenação média mais elevados em todas as subescalas e no bem-estar total, comparativamente às mulheres, que por sua vez, apresentam mais *distress*, mas sem que a diferença seja estatisticamente significativa.

Quanto ao nível de compaixão, bem-estar e *distress* em função da idade não existem diferenças estatisticamente significativas. Contudo, os participantes com 60 ou mais anos pontuaram mais na *Autocompaixão* e *Compaixão com os outros* e também revelam mais orientação hedónica e eudaimónica, enquanto os participantes na faixa etária dos 21-40 mostram mais motivação/orientação extrínseca e bem-estar total. No entanto, são também os indivíduos mais novos ( $\leq 20$  anos) que revelam mais *distress*. Apurou-se ainda que apenas a *Motivação/orientação extrínseca* e a *Autocompaixão* se correlacionam com o *distress*.

Importa ter em conta algumas limitações inerentes à presente investigação, assim nomeadamente o facto de a amostra ser constituída por mais indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino; uma outra limitação e sendo uma das variáveis em estudo a idade, é o facto de a maior parte dos indivíduos pertencerem à faixa etária dos 21 aos 40 anos de idade, o que o que poderá enviesar os resultados, mesmo tendo sido elaborados grupos de idades o mais homogéneo possível. Por fim encontra-se também

como limitação o facto do preenchimento do protocolo ter sido em formato *online*, o que não permite controlar o ambiente e o espaço em que este foi preenchido, no entanto, este pode, por outro lado, ser um ponto forte, na medida em que, garante confidencialidade total, o que incentiva os participantes a dar respostas verídicas e permite uma recolha mais rica e diversificada.

Para além das limitações, este estudo, apresenta como ponto forte uma boa consistência interna, nas escalas K6 e HEEMA, à exceção da escala CEAS que apresentou uma fraca consistência interna para a subescala da *Autocompaixão* e uma consistência interna aceitável para a escala de *Compaixão com os outros*. Este estudo representa também um contributo para a investigação nestas temáticas, por acrescentar informação, e por correlacionar três variáveis que ainda não tinham sido estudadas em conjunto, em Portugal.

Sendo a Compaixão uma temática em ascensão em Portugal é fundamental o aumento de conhecimento nesta área, para que todas as questões sejam respondidas de forma mais consistente e fiável. Deste modo, fica a sugestão de estudos futuros nestas áreas com amostras mais específicas como a Geração Sanduíche e os Cuidadores informais, uma vez que esta seria a amostra inicial do presente estudo.

Por fim importa salientar que a realização desta dissertação permitiu o desenvolvimento de competências de investigação científica, mais especificamente na elaboração do projeto de investigação, recolha de literatura científica acesa da temática, aplicação de metodologia científica, na recolha e tratamento de dados e na reportação dos mesmos. A aquisição destas competências, vão de encontro ao preconizado na formação em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI e estão de acordo com o Diploma do Psicólogo Europeu (*EUROPSY*).



## Referências Bibliográficas

Alves, A. R. G. (2017). Motivos hedônicos e eudaimônicos para as atividades. Confirmação da estrutura factorial do HEMA-R e suas relações com o bem-estar subjetivo e com a personalidade. (Dissertação de Mestrado). Lisboa.

Anić, P., & Tončić, M. (2013). Orientations to happiness, subjective well-being and life goals. *Psihologijske teme*, 22(1), 135-153.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754

Bein, S. (2013). *Compassion and moral guidance*. Honolulu: University of Hawaii Press.

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003-1020. doi: 10.1037/0003-066X.50.12.1003

Castilho, P. & 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. doi: 10.14195/1647-8606\_54\_8

Coan, J. A., Scafer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand. *Social Regulation of the Neural Response to Threat*. *Psychological Science*, 17(12), 1032-1039. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x

Coutinho, C. A. (2013) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª Ed.). Coimbra: Edições Almedina

Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 555–575. doi: 10.1037/0022-3514.95.3.555

Dambrum, M., & Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review of General Psychology*, 15(2), 138–157. doi: 10.1037/a0023059

Erikson, E. H. (1966). Eight ages of man. *International Journal of Psychiatry*, 2(3), 281–300.

Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G.S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista paraense de medicina*, 23(3), 69-76.

Gilbert, P., (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. doi: 10.1111/bjc.12043

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kols, R., Stubbs, J., ... Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(4), 1-24.

Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735-762. doi:10.1007/s10902-009-9171-4

Huta, V., & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1425-1456. doi: 10.1007/s10902-013-9485-0

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T.,... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959- 976.

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189.

Keyes, C. L., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197- 201. doi: 10.1080/17439760902844228

Kiefer, R. A. (2008). An Integrative Review of the Concept of Well-Being. *Holistic Nursing Practice*, 22(5), 244-252. doi: 10.1097/HNP.0b013e318203d06a

Krause, N. M., Herzog, A. R., & Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *Journals of Gerontology*, 47(5), 300–311. doi: 10.1093/geronj/47.5.p300

Krause, N., & Shaw, B. A. (2000). Giving social support to others, socioeconomic status, and changes in self-esteem in late life. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B(6), S323–S333. doi: 10.1093/geronb/55.6.s323

Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501–513. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.004

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887

Leijon O, Balliu N, Lundin A, Vaez M, Kjellberg K, & Hemmingsson T. (2017). Effects of psychosocial work factors and psychological distress on self-assessed work ability: A 7-year follow-up in a general working population. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(1), 121–130. doi: 10.1002/ajim.22670

Lopéz, A., Sanderman, R., Ranchor, A., & Schroevers, M. (2017). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325–331. doi: 10.1007/s12671-017-0777-z

Machado, R. (2008). *Bem-Estar Psicológico e sentido de coerência interno na velhice em Portugal*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa).

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.) Pêro Pinheiro: ReportNumber

Millar, M. G., Millar, K. U., & Tesser, A. (1988). The effects of helping and focus of attention on mood states. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14(3), 536–543. doi: 10.1177/0146167288143012

- Mirowsky, J. & C.E. Ross. (1995). Sex Differences in Distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*, 60(3), 449-468. doi: 10.2307/2096424
- Mongrain, M., Chin, J. & Shapira, L. (2011). Practicing Compassion Increases Happiness and Self-Esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 963-981. doi: 10.1007/s10902-010-9239-1
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-50. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K.D., Hsieh, Y.P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-Compassion and Its Link to Adaptive Psychological Functioning. *Journal of Research in Personality*, 4(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. doi: 10.1080/15298868.2011.649546
- Pereira, A., Oliveira, C.A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2017). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress (K10) among Portuguese adults. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(3), 729-736. doi: 10.1590/1413-81232018243.06322017
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The Journals of Gerontology*, 68(4), 529-539. doi: 10.1093/geronb/gbs091

Raes, F. (2011). The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36. doi: 10.1007/s12671-011-0040-y

Ramos, L. A., Mira, T., & Costa, A. (2018). Psychometric properties of the Portuguese version of the Hedonic, Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities scale (HEEMA). Unpublished data, University of Beira Interior, Faculty of Social and Human Sciences, Department of Psychology and Education.

Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2<sup>a</sup> ed.) Lisboa: Placebo, Editora.

Ritsner, M., Modai, I., & Ponizovsky, A. (2002). Assessing psychological distress in psychiatric patients: Validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 229-234. doi: 10.1053/comp.2002.30800

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141

Seligman, M. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.5

Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). The emerging role of Buddhism in clinical psychology: toward effective integration. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(2), 123-137. doi: 10.1037/a0035859

Stallman H. M. (2011). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109

Stallman, H. M., & Shochet, I. M. (2009). Prevalence of mental health problems in Australian university health services. *Australian Psychologist* 44(2). doi: 10.1080/00050060902733727

Taylor, J., & Turner, R. J. (2001). A longitudinal study of the role and significance of mattering to others for depressive symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(3), 310–325. doi: 10.2307/3090217

Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why?. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435–441. doi: 10.1016/j.tics.2006.08.008

Yogev, A., & Ronen, R. (1982). Cross-age tutoring: Effects on tutors' attributes. *Journal of Educational Research*, 75(5), 261–268. doi: 10.1080/00220671.1982.10885392

# **ANEXO TEÓRICO**



# Capítulo 1

## 1. Compaixão

### 1.1. Definição e contextualização inicial

#### 1.1.1. Compaixão

Nos últimos anos a Compaixão, uma prática com origem no budismo (Shonin & Van Gordon, 2014), tem sido alvo de um forte interesse pela comunidade científica ocidental, sendo introduzida na psicologia, tanto no âmbito de investigações científicas como na prática clínica (Castilho & Gouveia, 2011).

De um ponto de vista ético, a compaixão consiste no reconhecimento de algum tipo de sofrimento no outro. Esta consciência começa, desde o momento, em que, acreditamos que o sofrimento deve ser evitado ou pelo menos aliviado. De acordo com Bein (2013), a compaixão define-se como a atenção ao sofrimento, juntamente com a vontade de promover o alívio ou término desta dor ou sofrimento e envolve dois momentos principais: o momento da atenção e o momento da verdade. Porém, a definição de compaixão é influenciada pelos fatores sociais e culturais, isto é, a sua definição pode sofrer uma variação consoante a cultura. Apesar destas variações, é comum a ideia de que a compaixão traduz uma preocupação pelo bem-estar geral. Bien (2013) defende ainda que é possível observar que o conceito de compaixão muitas vezes pode ser confundido com outros, como é o caso de simpatia. No entanto, é um conceito que vai para além da simpatia pelo outro, pois inclui uma motivação para agir que não se encontra presente no ato de simpatia (Bein, 2013).

A compaixão pode ser experienciada em mais do que uma direção, isto é, podemos sentir compaixão pelos outros; podemos sentir a compaixão dos outros sobre nós; e podemos sentir compaixão dirigida a nós próprios designada por “autocompaixão”. Este constructo de autocompaixão surge na literatura enquanto conceito que pretende designar uma relação saudável do indivíduo consigo mesmo. Se a autoestima depende da perceção que a pessoa tem do seu sucesso, então sentir autocompaixão é fundamental quando a pessoa fracassa (Gilbert, 2014).

Segundo o pensamento e filosofia budista, o sofrimento surge do desejo. Sendo a compaixão uma virtude que nos afasta dos nossos desejos, consequentemente libertamos do sofrimento. Assim, libertamo-nos do nosso sofrimento quando nos concentramos no sofrimento do outro no sentido de o libertar. Portanto a compaixão envolve tanto o reconhecimento de que os outros estão a sofrer como o sentimento de companheirismo que traz esse reconhecimento (Irwin, 2013).

De acordo com Neff (2003a; 2003b), a compaixão é entendida como a capacidade em ter uma sensibilidade emocional, aceitação e abertura ao sofrimento do outro e motivação para aliviar esse sofrimento, em vez de uma postura desligada e de indiferença. Esta definição integra três aspetos:

*Calor/compreensão vs Autocrítica:*

Caracteriza-se pela tendência de sentir calor, amabilidade e compreensão consigo mesmo, em detrimento de ser duro, crítico e julgador (Fontinha, 2009). Esta compreensão interior remete para a habilidade em ser amável e compreensivo com o *self*, utilizando, por exemplo, um tom vocal tranquilizador e afetuoso (Cunha, Xavier, & Vitória, 2013). Esta componente reflete-se particularmente em situações de falhas pessoais. O comportamento inverso diz respeito a uma atitude de autocrítica, ou seja, uma atitude punitiva em situações de falha e desapontamento pessoal (Castilho, Gouveia, & Amaral, 2010; Joeng & Turner, 2015). O autocriticismo não tem apenas conotações negativas, isto porque a autocrítica pode dar origem a autocorrecções, com vista ao aperfeiçoamento do *self*, sendo esta a segunda função (Castilho et al., 2010).

*Sentimentos de condição humana vs. Isolamento:*

A condição humana remete para olharmos para as nossas experiências individuais como parte da pluralidade da experiência humana e não como experiências isoladas (Neff & Lamb, 2009). É o reconhecimento de que todas as pessoas falham e cometem erros em diversas situações. Esta consciencialização reforça sentimentos de ligação e conexão aos outros, minimizando eventuais sentimentos de isolamento. A frustração está na origem da incapacidade em concretizar os objetivos e pode ser acompanhada por uma sensação de isolamento, por se acreditar que os outros não erram e não sofrem. A autocompaixão é, nesta componente, a consciencialização da imperfeição como um aspeto transversal ao ser humano (Fontinha, 2009).

*Mindfulness vs Sobre-identificação:*

O *mindfulness* tem como base um conjunto de competências que podem ser adquiridas e/ou alvo de treino e tem sido, nos últimos tempos, alvo de um crescente interesse nos

campos de estudo da Psicologia devido aos seus benefícios e vantagens ao nível do bem-estar e na diminuição dos sintomas psicopatológicos (Barnard & Curry, 2011; Neves, 2011). O *Mindfulness* significa prestar atenção num contexto específico, de forma propositada, no presente e na inexistência de julgamentos (Brown & Ryan, 2003; Henriques, 2012). A sua prática permite ao indivíduo uma maior atenção ao que está a decorrer no presente, ao invés de ser influenciado ou preso a pensamentos referentes a projeções do futuro ou recordações do passado. A característica essencial do *mindfulness* consiste em estar atento sem responder (Gilbert, 2005).

Também, segundo Dalai Lama, a compaixão integra a bondade amorosa, pois a verdadeira compaixão deve ter sabedoria para compreender a natureza do sofrimento do outro e uma experiência profunda de intimidade e empatia com os seres sencientes (bondade). Assim podemos concluir que no budismo, para além de uma resposta emocional, a compaixão é também uma resposta que tem por base a razão e a sabedoria, que se preocupa com a intenção altruísta de libertar os outros do sofrimento (Strauss et al., 2016)

Para Kanov et al. (2004) a compaixão tem por base três capacidades: perceber, sentir e responder. Perceber corresponde à consciência e reconhecimento cognitivo do sofrimento do outro; sentir é definido como a resposta emocional dada a esse sofrimento através de uma experiência de "preocupação empática", colocando-se no lugar do outro, imaginando a sua condição; por fim, responder envolve o comportamento no sentido de aliviar o sofrimento do outro.

Wispe (1991), define compaixão pelos outros, como a capacidade de ter consciência e de ser movido pelo sofrimento do outro no sentido de o ajudar, e pela capacidade de adotar uma postura tolerante face ao seu próprio sofrimento e de não julgamento em relação ao outro. Na mesma linha de pensamento, para Gilbert (2009) a Compaixão corresponde à profunda consciência do sofrimento do outro, associada ao desejo de o aliviar e faz parte da mentalidade e vontade de prestar cuidados a quem necessita. De acordo com esta visão, a Compaixão tem por seis componentes: sensibilidade, simpatia, empatia, motivação/cuidado, tolerância à angústia e não julgamento. Assim, a sensibilidade é a capacidade de perceber quando a pessoa precisa de ajuda; simpatia corresponde à demonstração de preocupação com o outro e com o que este sente; empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro; a motivação envolve a ação; tolerância à angústia é definida como a capacidade de tolerar as suas próprias emoções negativas ao mesmo tempo que se confronta com o sofrimento de outra pessoa, o que para Gilbert é fundamental uma vez que quando a pessoa sente uma angústia pessoal

extrema, ao se identificar com o sofrimento do outro, há possibilidade de se afastar ou reduzir a consciência do sofrimento do outro, comprometendo a resposta compassiva; finalmente o não julgamento, que é definido por Gilbert como a capacidade em aceitar e tolerar o outro ainda que a condição do mesmo gere emoções negativas como a raiva, medo, nojo, etc (Gilbert, 2009). Também nas concepções budistas surge esta ideia. Dalai Lama (2002 as cited in Strauss et al., 2016) defende que para uma pessoa que sente amor e compaixão, o inimigo que corresponde a qualquer circunstância negativa, é na verdade um professor, pois sem ele não seria possível ser tolerante, e sem tolerância, não é possível construir uma base sólida de compaixão.

Feldman e Kuyken (2011) sugerem que a Compaixão é reconhecer que a dor por vezes não tem resolução, mas que tendo por base a Compaixão, todo o sofrimento se pode tornar mais acessível, no que toca à aspiração à sua cura. Assim a Compaixão é uma resposta à dor que inclui a bondade, empatia, generosidade e aceitação. A compaixão é uma resposta multiestruturada à dor, tristeza e angústia. Inclui bondade, empatia, generosidade e aceitação.

Importa ainda referir que alguns autores são defensores da ideia de que a compaixão pode ser sentida para além dos outros próximos, por pessoas que não conhecemos (Gilbert, 2005 as cited in Strauss et al., 2016). Também Sprecher e Fehr (2005) defendem a mesma ideia, criando uma medida de “amor compassivo” que inclui versões associadas a pessoas próximas e à humanidade em geral.

### **1.1.2. Autocompaixão**

Como referido acima a compaixão pode dizer respeito aos sentimentos pelos outros, mas, também inclui o sentimento pelo próprio sujeito. Quando estamos na presença de uma consciência do nosso próprio sofrimento/dor, designamos esse fenómeno por: autocompaixão. O conceito de autocompaixão tem as suas origens no pensamento Budista e remete para a compreensão da natureza do eu e do ser humano. Segundo esta abordagem teórica, a compaixão era vista como o desejo de todos os indivíduos se sentirem livres e libertos do sofrimento (Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken, & Mikulincer, 2005 as cited in Castilho & Gouveia, 2011). Ao longo do tempo temos vindo a assistir a esforços por parte da Psicologia Ocidental no desenvolvimento de estudos acerca da autocompaixão, sendo esta uma temática ainda pouco estudada. Contudo, os estudos já realizados permitem perceber que a Psicologia Ocidental adotou uma definição mais ampla e abrangente deste conceito, ao defini-lo como uma junção de sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos que nos levam a compreender

os nossos próprios sentimentos e o sofrimento dos outros de uma forma não avaliativa (Gilbert, 2005 as cited in Gaspar, 2014).

A promoção da autocompaixão e, conseqüentemente, o aumento de estratégias/competências autocompassivas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo e, sobretudo na fase da adolescência (por ser uma fase que está associada à formação da identidade, a sentimentos de confusão, de isolamento e de tarefas de desenvolvimento stressantes) manifesta-se bastante importante para o desenvolvimento e adoção de comportamentos pró-ativos essenciais ao bem-estar, resiliência, ajustamento e saúde psicológica (Neff, 2003b; Neff & Mcgehee, 2010).

Após o levantamento dos conceitos de compaixão e autocompaixão na literatura, verifica-se que há um consenso entre estas definições. Em suma, trata-se de uma atitude de aceitação dos pensamentos e sentimentos dolorosos, sem sobre-identificação com os mesmos (Barros, 2012). Deste modo, a compaixão e a autocompaixão traduz o estar aberto ao sofrimento dos outros ou do seu próprio sofrimento e à manifestação do desejo de ajudar ou ajudar-se, diminuindo essa dor, através da adoção de uma lógica não crítica ao reconhecer que o erro é um aspeto transversal à condição humana. Implica também estar aberto ao sofrimento do próprio, numa perspetiva de compreensão dos nossos próprios erros, experimentando sentimentos de calor e compreensão decorrentes das nossas experiências, colocando a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada.

Segundo Ryan e Deci (2001), a autocompaixão é uma fonte fundamental de felicidade eudaimónica, pois não evita a dor, mas recebe-a com bondade e gera uma sensação de bem-estar que está enraizada na experiência de ser humano. Neste sentido, Neff e Costigan (2014) consideram que a autocompaixão é uma reminiscência das concepções de Maslow (1971 as cited in Neff & Costigan, 2014) e Rogers (1980 as cited in Neff & Costigan, 2014) de uma personalidade saudável, que enfatizam a autoaceitação incondicional e o esforço para atingir o potencial completo.

Segundo Barnard e Curry (2011) os indivíduos mais autocompassivos sofrem menos e apresentam mais prosperidade. Outros investigadores começaram a utilizar métodos de pesquisa como induções de humor (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007); observações comportamentais (Sbarra, Smith, & Mehl, 2012) ou intervenções de curto prazo (Shapira & Mongrain, 2011), com o objetivo de avaliar o impacto da autocompaixão no bem-estar.

Posto isto verifica-se uma consistência, que sugere que uma elevada autocompreensão está inversamente associada a estados mentais negativos, como depressão, ansiedade e *stress*. Sabe-se também que uma característica fundamental da autocompaixão é a falta de autocrítica, que por sua vez, constitui um fator preditor de ansiedade e depressão (Blatt, 1995). Assim, a autocompaixão proporciona uma proteção contra a ansiedade e a depressão ao manter o controlo sobre a autocrítica e o afeto negativo (Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). A autocompaixão está também associada a menos ruminacões, menos preocupação com o perfeccionismo e medo de fracassar (Neff, 2003b; Neff, Hsieh, & Dejjitterat, 2005). Sendo a autocompaixão capaz de reduzir os níveis de cortisol e aumentar a variabilidade da frequência cardíaca (associada à capacidade da pessoa de acalmar num momento de stress) então esta poderá ser a justificação para o facto de a autocompaixão proporcionar resiliência contra estados psicológicos negativos (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008).

Importa referir que apesar de a autocompaixão proporcionar uma capacidade acrescida de controlo da negatividade, não consegue nem tem como objetivo eliminar completamente emoções negativas (Neff & Costigan, 2014).

## **1.2. Compaixão e outras dimensões**

De acordo com Coan, Schaefer, e Davidson (2006), a compaixão manifesta-se através do calor, toque e sentimento de confiança, permitindo a redução da resposta autonómica de *stress* relacionado com a atividade da amígdala, e da redução da ativação das regiões centrais do cérebro para a tomada de perspectiva (Vignemont & Singer, 2006). Estudos de neuroimagem, através da ressonância magnética implicaram a ínsula e o córtex cingulado anterior na resposta empática à dor do outro. Num estudo levado a cabo por Lutz, Brefcync-Lewis, Johnstone, e Davidson (2008) foram avaliadas as atividades cerebrais de praticantes especialistas e principiantes de meditação, através da ressonância magnética, no momento em que estes geravam um estado de meditação de bondade e compaixão. Durante esses períodos foram apresentados sons emocionantes (positivos e negativos) e neutros. Verificou-se durante a meditação, ao apresentar sons que despertavam as emoções o aumento da pupila e a ativação das regiões do sistema límbico (ínsula e córtex cingulado anterior). Esta ativação foi superior em especialistas em meditação, quando estes ouviram sons que despertavam emoções negativas.

Alguns estudos mostram que a motivação para a prestação de cuidados está relacionada com a compaixão que por sua vez promove a experiência de semelhança com o outro (Batson, Lishner, Cook, & Sawyer, 2005; Penner, Dovidio, Piliavin, &

Schroeder, 2005; Piliavin & Charng, 1990). Assim a compaixão encontra-se associada a sentimentos positivos como a felicidade, autoestima, a bondade e o perdão (Mongrain, Chin, & Shapira, 2011) e sentimentos de proximidade, ligação, confiança e relações interpessoais funcionais e adaptativas (Crocker & Canevello, 2008). Outros autores defendem que a compaixão pode camuflar sentimentos negativos como o medo, a raiva, a vingança e a ansiedade (Crocker & Canevello, 2008) evitando comportamentos agressivos para como o outro (Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010; Singer & Steinbeis, 2009).

Na mesma linha, alguns autores defendem que as intervenções baseadas na compaixão têm influência no bem-estar, no enfrentamento e conexão social (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008; Hofmann, Grossman, & Hinton, 2011; Hutcherson, Seppala, & Gross, 2008; Mascaro, Rilling, Tenzin, & Raison, 2012; Mongrain, Chin, & Shapira, 2011) e aumenta o comportamento pró-social (Leiberg, Klimecki, & Singer, 2011) trazendo benefícios para pessoas com psicopatologia (Braehler, Gumley, Harper, Wallace, Norrie, & Gilbert, 2012; Lucre & Corten, 2012). Para além disto, as práticas de compaixão por outros produzem também, mudanças no córtex frontal (Lutz et al., 2008; Fredrickson et al., 2008; Hutcherson et al., 2008; Sprecher & Fher, 2006).

Segundo Buchanan e Bardi (2010), ter atitudes de bondade para com os outros aumenta a satisfação com a vida. Na mesma linha, Schwartz e Sendor (1999), concluíram que pessoas que apoiam outros com doenças semelhantes experienciaram melhorias significativas na confiança, autoconsciência, autoestima e depressão.

Dadas as evidencias, conclui-se que ter uma atitude compassiva para consigo mesmo e com os outros, traz benefícios psicológicos quer imediatos, quer de longo prazo, para a saúde dos indivíduos que mantém essas atitudes, incluindo estados de humor positivos (M. Millar, K. Millar, & Tesser, 1988), redução da sintomatologia depressiva (Krause, Herzog, & Baker, 1992; Taylor & Turner 2001) e aumento da autoestima (Krause & Shaw 2000; Yogev & Ronen 1982), o que no seu conjunto aumenta o bem-estar da pessoa.

Segundo Neff (2003a), a atitude compassiva protege o ser humano do egocentrismo dos seus problemas, preservando uma ligação aos outros e a nós próprios. Face a esta conceção, a autora defende que a autocompaixão pode ser uma importante componente da inteligência emocional, dado que este tipo de inteligência se relaciona com a capacidade de identificar e monitorizar emoções e, conseqüentemente, de orientar os nossos pensamentos e comportamentos.

Autores como Gustin e Wagner (2013), estudaram o “efeito borboleta da compaixão”. Segundo os estes quanto mais autocompassivos, mais sensíveis e menos críticos somos relativamente a nós próprios, maior o desenvolvimento e utilização de estratégias compassivas para com os outros. Também para Akin e Akin (2015), a autocompaixão pode ter um papel preditivo na autoeficácia social pois promove a ligação e as relações sociais, o que pode fazer com que os indivíduos com maior nível de autocompaixão mostrem uma maior tendência em sentir compaixão pelos outros.

Posto isto, é notória a importância da autocompaixão, na medida em que permite aos indivíduos desenvolverem comportamentos e atitudes imprescindíveis no alívio da dor e do sofrimento, bem como na forma como estes lidam com acontecimentos inesperados (Neff & Vonk, 2009).

Estudos desenvolvidos na área da autocompaixão provam que esta encontra relacionada a indicadores de um funcionamento psicológico saudável e que aumenta e promove a resiliência e o bem-estar dos indivíduos (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011). Assim, é possível afirmar que indivíduos com elevados níveis de autocompaixão relatam níveis mais elevados de ligação social e, conseqüentemente, menores níveis de autocrítico, depressão, ruminação e supressão de pensamentos e ansiedade (Stolow, Zuroff, Young, Karlin, & Abela, 2016).

Até ao momento, estudos que envolvem a variáveis idade e autocompaixão produziram resultados distintos. Um estudo realizado no âmbito do desenvolvimento de competências autocompassivas na adolescência, que pretendia comparar uma amostra de adolescentes com uma amostra de jovens adultos demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, ou seja, os níveis de autocompaixão são semelhantes entre adolescentes e jovens adultos. Posto isto, a idade não parece ser uma variável mediadora dos níveis de autocompaixão (Neff & McGehee, 2010). Segundo os autores deste estudo, a autocompaixão é um preditor da saúde mental, sendo que indivíduos autocompassivos, isto é, que reportam níveis mais elevados de autocompaixão, apresentam menor associação com sintomas depressivos e ansiedade, assim como maiores níveis de sentimentos de conexão social. Concluíram ainda que o suporte materno, a existência de um contexto familiar harmonioso e um estilo de vinculação seguro são alguns dos fatores que promovem e contribuem de forma positiva para predizer a autocompaixão. Também Fontinha (2009) concluiu que uma vinculação segura é uma das bases essenciais para desenvolver sentimentos e atitudes de compaixão/autocompaixão.

Já outros autores como Phillips e Ferguson (2013) consideram a idade um fator fundamental a ser levado em consideração, quando se pretende determinar o nível de autocompaixão. Por exemplo, segundo Neff e McGehee (2010) a autocompaixão foi considerada menor em adolescentes quando comparada com os níveis alcançados pelos adultos mais velhos, justificando-se estes resultados com o facto de os adolescentes atravessarem um período contínuo de autoavaliação e comparação social, com o propósito de estabelecerem a sua identidade. Numa investigação realizada junto de 385 estudantes universitários e 400 adultos de uma comunidade, com idades médias de 20 anos e 33 anos respetivamente, concluiu-se que a idade era de facto um fator preditor significativo de autocompaixão. Porém, os resultados revelaram que a amostra de estudantes obteve-se valores mais altos de autocompaixão do que a amostra de adultos (Neff & Pommier, 2013). Já em 2011, Neff concluiu que a autocompaixão é superior em adultos mais velhos, fundamentando estes resultados devido através dos estádios de desenvolvimento propostos por Erikson (1966) nomeadamente o 7º- Generatividade versus Estagnação, que envolve aprender a cuidar dos outros e incluiu temas da humanidade comum, e o 8º- Integridade do ego versus Desespero que envolve conceitos como a sabedoria, integração e autoaceitação (Phillips & Ferguson, 2013). Ainda que esta teoria ainda não tenha sido muito explorada, os autores mencionados acima, acreditam que a autocompaixão pode associar-se à integridade do ego devido às associações comuns com aceitação, sabedoria e humanidade comum. Tal significa que, à medida que os participantes atingem os estádios propostos por Erikson, as resoluções podem levar a níveis mais elevados de autocompaixão.

Outros estudos, ainda com populações adolescentes, demonstraram que a autocompaixão é uma variável atenuante na relação entre uma história de maus tratos na infância e dificuldades de regulação emocional, o que apresenta concordância com os contributos anteriormente apresentados relativamente à associação entre estilos de vinculação seguros e autocompaixão (Vettese, Dyer, Li, & Wekerle, 2011).

No que diz respeito à relação entre autocompaixão e a variável género, sabe-se que as mulheres tendem a apresentar menores níveis de autocompaixão comparativamente com os homens (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a). Segundo a autora da escala original, estes resultados podem estar associados às características frequentemente associadas às diferenças de género, nomeadamente o facto de se considerar que as mulheres quando são confrontadas com situações dolorosas não tendem a sentir-se isoladas e sozinhas no seu sofrimento (Neff, 2003b). Portanto, quanto menor a autocompaixão, mais elevados serão os níveis de autocriticismo, isolamento e sobre-

identificação. Nos homens espera-se um cenário inverso (Castilho & Gouveia, 2011; Neff, 2003a).

Na última década, notou-se que o interesse pelos estudos da autocompaixão e compaixão pelos outros aumentou relativamente rápido e embora se presuma que estes dois conceitos estejam intimamente relacionados, as pesquisas que avaliam sua associação ainda são escassas. Alguns estudos que tiveram como objetivo avaliaram a compaixão por outros, juntamente com a autocompaixão, revelam que estes dois conceitos envolvem regiões cerebrais semelhantes (Longe et al. 2010) e que aqueles que são mais compassivos com os outros podem ser mais compassivos consigo mesmos (Breines & Chen 2013; Neff & Pommier 2013).

Num estudo levado a cabo por Lopéz, Sanderman, Ranchor, e Schroevers (2017), que teve como objetivo explorar os níveis médios de compaixão pelos outros e autocompaixão na população em geral, a sua interrelação e sua associação com o bem-estar psicológico e fatores demográficos, concluiu-se que a relação entre compaixão pelos outros e a autocompaixão não é estatisticamente significativa. No entanto, a autocompaixão foi associada a níveis baixos de sintomas depressivos e afetos negativos e a níveis mais altos de afetividade positiva, enquanto a compaixão pelos outros não apresentou uma relação estatisticamente significativa com o bem-estar psicológico. Já as mulheres e indivíduos com baixa escolaridade apresentam níveis mais elevados de compaixão pelos outros do que seus pares, enquanto os indivíduos com alta escolaridade apresentam mais autocompaixão do que indivíduos com baixa escolaridade (Lopéz et al, 2017).

## **2. Bem-estar**

### **2.1. Definição e contextualização inicial**

Após a Segunda Guerra Mundial os estudos no âmbito da psicologia focavam-se mais nas questões patológicas, enquanto os conceitos positivos como o otimismo, a esperança, a felicidade e o bem-estar, caíram no esquecimento (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Como tal, a Psicologia Positiva tenta orientar a psicologia para aspetos positivos da vida, já que o que foco desta ciência, foram durante muito tempo, as emoções negativas, assim, neste ramo da Psicologia, a análise do comportamento centra-se nos mecanismos internos e externos de funcionamento

positivo e sobre os fatores que influenciavam a qualidade de vida e a felicidade das pessoas, dando ênfase a fatores como o bem-estar (Machado, 2008).

O bem-estar é um conceito multidimensional que está associado aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da vida das pessoas (Kiefer, 2008) e que influencia o funcionamento psicológico e a experiência ideal (Ryan & Deci, 2001). Os conceitos de felicidade, experiências positivas, satisfação com a vida, prazer e prosperidade, são exemplos que se relacionam com o bem-estar e que remetem para duas perspectivas que têm a sua origem na Grécia Antiga e que apesar de terem raízes filosóficas diferentes, estão na base das concepções atuais do bem-estar (Ryan & Deci, 2001). Portanto, no que respeita à questão sobre o que constitui uma boa vida, bem vivida e com bem-estar, surgiu a perspectiva hedônica e a perspectiva eudaimônica.

Segundo a perspectiva hedônica o objetivo de vida passa por alcançar a felicidade. O bem-estar corresponde ao alcance do prazer e ao evitamento da dor ou desconforto ou ao equilíbrio entre as emoções (Huta & Waterman, 2014; Ryan & Deci, 2001). Portanto o hedonismo pode ser visto como forma de completar o sentimento de felicidade (Tomer, 2011 as cited in Lima & Mariano, 2011) uma vez que se relaciona ao acúmulo de prazeres. No entanto, para muitos, este tipo de felicidade é instável e momentâneo, e por isso também, não é capaz de gerar um sentimento que perdure ao longo do tempo (Dambrum & Ricard, 2012). A hedonia defende que com a realização dos desejos, com o envolvimento em atividades que geram prazer e com a presença de afetos positivos e ausência de afetos negativos, procurava-se obter um equilíbrio homeostático (Delle Fave, Massimini, & Bassi, 2011 as cited in Alves 2017).

Com a especial importância que dá à dimensão afetiva de experienciar os afetos positivos em detrimento dos negativos, a perspectiva hedônica remete para o conceito de bem-estar subjetivo (Ryan & Deci, 2001). Segundo Tov e Diener (2013) o bem-estar subjetivo, que surgiu nos anos 60 com os estudos de Diener (Novo, 2000) diz respeito à capacidade que os indivíduos têm para avaliar as suas vidas e experiências, incluindo reações emocionais que surgem associadas a determinados acontecimentos, aos estados de humor e a julgamentos que fazem acerca da satisfação em certos domínios da sua vida (Diener, 2000; Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Assim Diener, Suh, Lucas, e Smith (1999) referem que a pessoa aprecia a sua própria vida através de uma avaliação afetiva, isto é, aquilo que a pessoa sente acerca da própria vida e uma avaliação cognitiva, o que a pessoa pensa acerca da sua vida. O bem-estar subjetivo é frequentemente interpretado como significado de um elevado nível de afeto positivo,

um baixo nível de afeto negativo e um elevado grau de satisfação com a vida (Deci & Ryan, 2006).

Por outro lado, surgiu com Aristóteles, a perspetiva eudaimónica designada por bem estar psicológico (Watterman, 1993 as cited in Deci & Ryan, 2006). Esta segunda visão considera que o bem-estar vai além da felicidade, considerando-se que o facto das pessoas se sentirem felizes não significa que estejam psicologicamente bem. Portanto segundo a perspetiva eudaimónica o percurso para o bem-estar é uma vida de contemplação e virtude, em concordância com os valores. Ou seja, a melhor forma de atingir uma vida boa, é desenvolvendo os próprios potenciais na procura de objetivos complexos com significados individuais e sociais (Keyes & Annas, 2009).

O bem-estar psicológico surgiu no final dos anos 80 por Ryff que desenvolveu um modelo de bem-estar no sentido de colmatar as fragilidades teóricas do bem-estar subjetivo. Posto isto, a autora propôs-se a definir a estrutura básica do bem-estar no âmbito psicológico.

Segundo uma proposta de Ryff o bem-estar psicológico caracteriza-se por seis dimensões: autonomia, associada ao funcionamento pessoal e o uso de padrões internos de autoavaliação; crescimento pessoal, como a capacidade de abertura a novas experiências; autoaceitação, que envolve atitudes positivas para com o próprio; propósito de vida, que se foca nas intenções pessoais e no sentido de direção perante a vida; mestria do meio envolvente, ou seja, a capacidade de escolher, criar e gerir ambientes complexos; e relações positivas, como amar e manter amizades (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). O desenvolvimento de objetivos de vida que visam estas seis dimensões referidas anteriormente, resultaria no bem-estar psicológico (Blatný, Millová, Jelínek, & Osecká, 2015).

Na perspetiva de Ryff (1989) é a partir dos recursos psicológicos individuais, isto é, processos cognitivos, afetivos e emocionais que o bem-estar pode ser identificado, sendo que esses processos são descritos através das 6 dimensões referidas, e que devem ser vistas como componentes do bem-estar e não como elementos que contribuem para o bem-estar. Estas componentes são portanto, determinantes na construção do bem-estar que por sua vez irá resultar numa aceitação de si, avaliação positiva, desenvolvimento integral, relações sociais positivas, autogestão e autodeterminação no que respeita aos objetivos pessoais (Ryff 1989).

## **2.2. Bem-estar: motivos hedónicos e eudaimónicos**

Segundo uma revisão de Huta e Waterman (2014), acerca dos conceitos associados às perspectivas hedônicas e eudaimônicas estas podiam dividir-se em categorias de bem-estar que por sua vez continham diferentes conteúdos de bem-estar que se enquadravam nas duas perspectivas- hedónica e eudaimónica. Seguem-se as quatro categorias e respetivos conteúdos, propostas pelos autores:

- **Orientações:** correspondem aos valores, motivos e objetivos para realizar uma determinada atividade. Na eudaimonia refere-se à procura do crescimento pessoal, à vontade de servir um propósito maior, ter valores que fazem parte da sua identidade; Na hedonia, as orientações correspondem à procura e alcance de experiências de prazer, conforto, relaxamento e equilíbrio.
- **Comportamentos:** correspondem às ações e pensamentos. São exemplos de comportamentos eudaimónicos, o voluntariado e a expressão de gratidão. Já a hedonia corresponde por exemplo a comportamentos como ir a um evento desportivo ou ouvir música.
- **Experiências:** correspondem às emoções subjetivas e as avaliações cognitivas que a pessoa tem ou faz. Na eudaimonia estão presentes sentimentos de auto-conexão, pureza, clareza, sentimentos de significado, importância, propósito, ressonância, elevação, temor, inspiração, transcendência, competência, orgulho, trabalho bem feito e progresso. Já na hedonia estão presentes o afeto positivo, satisfação de desejos e necessidades, despreocupação, liberdade e baixo afeto negativo.
- **Funcionamento:** corresponde às capacidades, realizações e hábitos saudáveis, que resultam do estilo de vida da pessoa. É necessário um período extenso de utilização das orientações e realização de comportamentos hedónicos e/ou eudaimónicos para construir o funcionamento. Um funcionamento eudaimónico caracteriza-se pela capacidade em ser íntegro, honesto, integrativo, autónomo, resistente ao conformismo, perspetivar o futuro, pensar a longo prazo, ter uma visão geral, ser hábil, ter perseverança, maturidade, sabedoria, insight (crescimento) autorregulação e ser capaz de planear. Já um funcionamento hedónico caracteriza-se pelo ser sensual, extroversão, pelo prioritário, pelo presente, prazer e divertimento.

As categorias: orientações e comportamentos referem-se ao modo como a pessoa vive a sua vida; as categorias: experiências e funcionamento são as consequências desse modo de viver.

De uma forma geral os conteúdos hedônicos envolvem prazer, diversão, satisfação e conforto, indolência, facilidade e associam-se a mentalidades, que se focam no eu, no momento presente e no tangível, e em satisfazer os seus desejos e necessidades. Quanto aos conteúdos eudaimônicos têm a sua origem no significado, valor, crescimento pessoal, autorealização, maturidade, excelência, autenticidade, autonomia e integração. Estas variáveis estão associadas a mentalidades, que procuram um equilíbrio entre focar no eu e nos outros, entre o presente e o futuro e uma tendência a ser guiada por conceitos abstratos e gerais.

Já há cerca de 2500 anos, que se discute, a distinção entre hedonia e eudaimonia, quando se fala acerca de bem-estar. O termo eudaimonia ficou conhecido por Aristóteles no século IV aC, sendo este o primeiro a estudar sobre a distinção destes dois termos. No entanto, Aristóteles rejeitou a hedonia, considerando as atividades hedônicas comportamentos de animais humildes, e acreditou que uma vida bem vivida deve ter por base a eudaimonia, tendo atitudes virtuosas e com base na razão (Huta, 2015). Hoje, acredita-se que são necessárias tanto a hedonia como a eudaimonia para uma existência ideal, pois ambas complementam-se e são fundamentais ao estudo do bem-estar (Huta, 2015 as cited in Huta, 2015).

Steger e Shin (2012 as cited in Huta, 2015) apresentaram estudos de base biológica para a distinção entre hedonia (que designaram por prazer) e eudaimonia (designada por matéria). Segundo estes autores, os processos prazer baseiam-se nos sistemas "quentes" do cérebro, isto é, as estruturas subcorticais mais antigas e simples presentes nos humanos e noutros animais, enquanto os processos importantes baseiam-se nos sistemas "frios", que existem no córtex cerebral desenvolvido recentemente e apenas nos seres humanos. Os sistemas quentes são projetados para fornecer sentimentos imediatos de prazer ou dor e para avaliar rapidamente a segurança e o bem-estar. Os sistemas frios permitem o envolvimento com a autoreflexão, deliberação e avaliação do abstrato a longo prazo.

Já Vittersø, Dyrdal, e Røysamb (2005 as cited in Huta, 2015) propuseram que os processos hedônicos se associam aos opióides endógenos no cérebro, que se encontram associados ao prazer e à regulação dos processos homeostáticos. Já os processos eudaimônicos podem estar relacionados ao sistema dopaminérgico, envolvidos no crescimento, interesse e procura da novidade.

Concluindo, está provado que pessoas que procuram tanto a hedonia quanto a eudaimonia em vez de apenas uma das dimensões leva a níveis superiores de bem-estar

o que instigam os investigadores do bem-estar a avaliar cada vez mais ambas as perspectivas (Anić & Tončić, 2013; Huta & Ryan, 2010; Peterson, Park, & Seligman, 2005), e também se verificam associações entre altos níveis de saúde mental e pontuações altas nos resultados hedônicos e eudaimônicos (Keyes, 2002).

### **3. *Distress* e mal-estar psicológico**

#### **3.1. Definição e contextualização inicial**

O *distress* é um conceito que ressalta frequentemente quando se aborda a saúde mental no contexto da saúde pública, pesquisas populacionais, estudos epidemiológicos entre outros.

De acordo com Russel e Carroll (1999), o *distress* pode ser designado por afeto negativo e constitui um construto unitário, sendo que os seus níveis variam ao longo do tempo. Assim, quanto mais elevados os níveis elevados de *distress* mais elevados os níveis de afeto negativo (inutilidade, ansiedade, tristeza) e quanto mais baixos os níveis de *distress* mais baixos os níveis de afeto negativo (David, Montgomery, Macavei, & Bovbjerg, 2005). Mirowsky e Ross (1995) referem o *distress* como uma condição emocional precipitada por situações percebidas pelo indivíduo, como ameaçadoras, prejudiciais, frustrantes ou inquietantes.

Para Ritsner, Modai, e Ponizovsky (2002), o *distress* psicológico, é a forma como o indivíduo reage a fatores internos ou externos, que provocam *stress* e a forma como percebe a experiência de um estado psicológico desagradável associado a um elevado desgaste emocional. Podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, como a baixa autoestima, a desesperança, ansiedade, inquietação e tristeza. De acordo com Ridner (2004), o *distress* psicológico é o mesmo que, desconforto do cuidador perante os sintomas de doença ou doença crónica. Outros autores identificaram os antecedentes e consequências do *distress* psicológico e referem que se distingue de problemas como a tensão, *stress*, e angústia, tratando-se de um problema cada vez mais presente no quotidiano dos cuidadores (Walker & Avant, 1995 as cited in Ridner, 2004).

O *distress* constituiu um grave problema de saúde pública (Stallman & Shochet, 2009) que afeta tanto os estudantes como a população em geral trabalhadora. Os sintomas associados ao *distress* tornam-se incapacitantes e podem até prejudicar o desempenho escolar dos alunos e o desempenho dos trabalhadores no exercício das suas funções (Leijon, Balliu, Lundin, Vaez, Kjellberg, & Hemmingsson, 2017; Stallman, 2010). De

acordo com um estudo desenvolvido por Kessler et al., 2009) os países desenvolvidos são os mais afetados por perturbações do foro psicológico, sendo que, as perturbações que prevalecem são a ansiedade e humor. Posto isto, torna-se fundamental encontrar as medidas mais adequadas para atenuar ou eliminar estes sintomas (Pereira, Oliveira, Bártolo, Monteiro, Vagos, & Jardim, 2017).

Num estudo levado a cabo por Pereira e colaboradores (2017) que teve como objetivo avaliar os níveis de *distress* numa amostra de estudantes universitários e numa amostra de trabalhadores em Portugal, concluiu-se que os níveis de *distress* não revelaram diferenças significativas entre géneros, mas sim entre faixa etária. Assim o grupo de participantes com 40 ou mais anos revelou um nível de sintomas de *distress* superior aos dos estudantes. Outra conclusão foi o facto do estatuto de emprego influenciar o sofrimento psicológico.

Num estudo que pretendia avaliar se a autocompaixão protege contra a ansiedade, 91 estudantes do ensino superior foram expostos a uma simulação de entrevista de emprego stressante. Inicialmente os participantes preencheram questionários de autorresposta que avaliam a autocompaixão, autoestima, afeto negativo e ansiedade e depois responderam a duas questões da entrevista, que avaliavam as suas maiores fraquezas. No final da entrevista responderam novamente ao questionário de ansiedade. Concluiu-se que maior nível de autocompaixão se associa com significância a níveis baixos de ansiedade (Neff et al., 2007). No entanto, uma vez que o estudo se realizou em laboratório, os participantes podem ter experimentado menos ansiedade em do que numa entrevista de emprego real.

Vários estudos correlacionais têm revelado com alguma consistência que existe uma relação negativa entre autocompaixão e depressão (Raes, 2011), revelando que a autocompaixão pode trazer benefícios ao bem-estar, protegendo contra o *distress*. Num estudo realizado por Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig, e Holtforth (2013) que teve como objetivo comparar os níveis de autocompaixão, a ruminação e o evitamento entre 142 participantes com diagnósticos de depressão e 196 participantes sem depressão os resultados revelaram que pessoas deprimidas são significativamente menos autocompassivos do que pacientes sem depressão. Também se concluiu que níveis mais elevados de autocompaixão se associam negativamente à ruminação e ao evitamento (Krieger et al., 2013).

### **3.2. *Distress* psicológico e bem-estar**

O bem-estar psicológico parece ter uma forte influência sobre o estado de saúde, mas, ainda assim, não garante a ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva, que são componentes que constituem o *distress* (Silva et al., 2009).

Freidli 2009 (as cited in Winefield, Gill, Taylor e Pilkington, 2012) refere que é notória a capacidade das escalas de bem-estar de prever resultados, associados à longevidade, saúde física, qualidade de vida, criminalidade, uso de drogas e álcool, emprego, renda e comportamento pró-social. Neste sentido Winefield et al. (2012) referem que são necessárias e imprescindíveis os instrumentos de avaliação com fortes propriedades psicométricas para o bem-estar psicológico, pois a menos que este esteja correlacionado negativamente ao *distress*, dar importância apenas ao mal-estar psicológico deixa lacunas na compreensão da saúde, bem-estar, qualidade de vida e resiliência. Posto isto, estes autores realizaram um estudo em que foram entrevistados por telefone 1933 adultos. Foram utilizados instrumentos de avaliação como um questionário sociodemográfico, uma escala de *distress* (K10) e três escalas que avaliam aspectos do bem-estar psicológico: relações positivas com outros, senso de controle, e satisfação com a vida. Algumas variáveis associadas positivamente ao bem-estar psicológico foram negativamente associadas ao *distress* e vice-versa. Variáveis como: ser o único adulto na casa, falar outro idioma que não o inglês em casa, ser divorciado ou estar separado, ter habilitações literárias até ao ensino médio, não ter trabalho, baixo rendimento, pagar renda de habitação, foram associadas a um baixo nível de bem-estar e um elevado nível de *distress*. Contudo, os autores referem que o bem-estar psicológico não é exatamente o extremo oposto ao *distress* psicológico.

Num estudo realizado por Bore, Kelly, e Nair (2016) junto de uma amostra de estudantes de medicina de uma universidade na Austrália, que teve como objetivo avaliar os níveis de *distress* e determinar os possíveis preditores de *distress* e bem-estar. Como tal, 127 estudantes preencheram um questionário que incluía questões sociodemográficas gerais, horas de estudo por semana, trabalho remunerado, trabalho de voluntariado, exercício físico, saúde física e mental passada e presente, suporte social, uso de substâncias, escala de Kessler e traços de personalidade. Concluiu-se neste estudo que as mulheres apresentam valores mais elevados de *distress* do que os homens. Quanto aos preditores de *distress* e bem-estar, destacaram-se com significância os traços de personalidade de resiliência emocional e, em menor grau, o autocontrole, juntamente com o nível de apoio social.



## Referências Bibliográficas

Akin, A., & Akin, U. (2015). Investigating predictive role of self-compassion on social self-efficacy. *Journal of Educational and Instructional Studies*, 5(3), 11-19. doi: 10.1007/s10943-015-0138-y

Anglim, J., & Grant, S. (2016). Predicting psychological and subjective well-being from personality: Incremental prediction from 30 facets over the Big 5. *Journal of happiness studies*, 17(1), 59-80. doi: 10.31234/osf.io/5jfsu

Anić, P., & Tončić, M. (2013). Orientations to happiness, subjective well-being and life goals. *Psihologijske teme*, 22(1), 135-153.

Baltar, A. L., Cerrato, I. M., Fernández de Trocóniz, M. I., & González, M. M. (2006). *Estudo y intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. IMSERSO: Madrid.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754

Barros, P. F. R. (2012). *O papel do mindfulness, dos quatro imensuráveis e da auto-compaixão no bem-estar e na sintomatologia psicopatológica* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra).

Batson, C. D., Lishner, D. A., Cook, J., & Sawyer, S. (2005). Similarity and nurturance: Two possible sources of empathy for strangers. *Basic and Applied Social Psychology*, 27(1), 15-25. doi: 10.1207/s15324834basp2701\_2

Bein, S. (2013). *Compassion and moral guidance*. Honolulu: University of Hawaii Press.

Blatný, M., Millová, K., Jelínek, M., & Osecká, T. (2015). Personality predictors of successful development: Toddler temperament and adolescent personality traits predict well-being and career stability in middle adulthood. *PLoS ONE*, 10(4), 1-21. doi: 10.1371/journal.pone.0126032

- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, *50*(12), 1003-1020. doi: 10.1037/0003-066X.50.12.1003
- Boerner, K., Schulz, R., & Horowitz, A. (2004). Positive Aspects of Caregiving and Adaptation to Bereavement. *Psychology and Aging*, *19*(4), 668-675. doi: 10.1037/0882-7974.19.4.668
- Bore, M., Kelly, B., & Nair, B. (2016). Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Advances in Medical Education and Practice*, *2*(7), 125-135. doi: 10.2147/AMEP.S96802
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(2), 199–214. doi: 10.1111/bjc.12009
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of supporting schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, *49*(1), 58–64. doi: 10.1016/j.jesp.2012.07.015
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Buchanan, K. E., & Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, *150*(3), 235–237. doi: 10.1080/00224540903365554
- Castilho, P. & Gouveia, J. P. (2011). Auto-compassão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compassão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, *54*, 203-230. doi: 10.14195/1647-8606\_54\_8
- Castilho, P., Gouveia, J. P., & Amaral, V. (2010). Recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância e na psicopatologia: O efeito mediador do auto-criticismo. *Psychologica*, *52*(2), 475-498. doi: 10.14195/1647-8606\_52-2\_20

- Coan, J. A., Scafer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand. *Social Regulation of the Neural Response to Threat. Psychological Science, 17*(12), 1032-1039. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x
- Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(3), 555-575. doi: 10.1037/0022-3514.95.3.555
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Journal of Child and Adolescent Psychology, 4*(2), 95-117.
- Dambrum, M., & Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review of General Psychology, 15*(2), 138-157. doi: 10.1037/a0023059
- David, D., Montgomery G. H., Macavei, B., & Bovbjerg, D. H. (2005). An empirical investigation of Albert Ellis's binary model of distress. *J Clin Psychol, 61*(4), 499-516. doi:10.1002/jclp.20058
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for anational index. *American Psychologist, 55*(1), 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology, 54*(1), 403-425. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Erikson, E. H. (1966). Eight ages of man. *International Journal of Psychiatry, 2*(3), 281-300.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 143-155. doi: 10.1080/14639947.2011.564831

Fontinha, J. M. G. M. (2009). *Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros: estilo de vinculação como determinante da compaixão e auto-compaixão* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa).

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. A. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045–1062. doi: 10.1037/a0013262.

Garcia, J. (2010). *Los tiempos del cuidador: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO: Madrid.

Gaspar, A. C. V. (2014). *Compaixão submissa, uma estratégia de ranking social: Compreensão da sua natureza e função* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra).

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In, P Gilbert (Ed). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 9-74). London: Routledge.

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

Gilbert, P., (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. doi: 10.1111/bjc.12043

Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. doi: 10.1037/a0018807

Gustin, L. W., & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 175-183. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x.

Henriques, F. (2012). *O Papel da descentração e do bem-estar para a psicopatologia* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra).

- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1126–1132. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.003.
- Huta, V. (2015). *An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts*. In L. Reinecke & M. B. Oliver (Eds.), *Handbook of media use and well-being*. International perspectives on theory and research on positive media effects. New York: Routledge.
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies, 11*(6), 735-762. doi:10.1007/s10902-009-9171-4
- Huta, V., & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies, 15*(6), 1425-1456. doi: 10.1007/s10902-013-9485-0
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion, 8*(5), 720–724. doi: 10.1037/a0013237
- Irwin, W. (2013). Liberation through Compassion and Kindness: The Buddhist Eightfold Path as a Philosophy of Life. *Journal of Philosophy of Life, 3*(1), 68-82.
- Joeng, J. R., & Turner, S. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 453-463. doi: 10.1037/cou0000071
- Kanov, J. M., Maitlis, S., Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P. J., & Lilius, J. M. (2004). Com-compassion in Organizational Life. *American Behavioral Scientist, 47*(6), 808–827. doi: 10.1177/0002764203260211
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, ... (2009). The Global Burden of Mental Disorders: An Update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 18*(1), 23-33. doi: 10.1017/s1121189x00001421
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., ... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*(6), 959- 976.

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 184-189.

Keyes, C. L., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, *4*(3), 197- 201. doi: 10.1080/17439760902844228

Kiefer, R. A. (2008). An Integrative Review of the Concept of Well-Being. *Holistic Nursing Practice*, *22*(5), 244-252. doi: 10.1097/HNP.0b013e318203d06a

Krause, N. M., Herzog, A. R., & Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *Journals of Gerontology*, *47*(5), 300–311. doi: 10.1093/geronj/47.5.p300

Krause, N., & Shaw, B. A. (2000). Giving social support to others, socioeconomic status, and changes in self-esteem in late life. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *55B*(6), S323–S333. doi: 10.1093/geronb/55.6.s323

Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, *44*(3), 501-513. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.004

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J.(2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887

Leiberg, S., Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Short-term compassion training increases prosocial behavior in a newly developed prosocial game. *PLOS ONE* *6*(3), e17798. doi: 10.1371/journal.pone.0017798

Leijon O, Balliu N, Lundin A, Vaez M, Kjellberg K, & Hemmingsson T. (2017). Effects of psychosocial work factors and psychological distress on self-assessed work ability: A 7-year follow-up in a general working population. *American Journal of Industrial Medicine*, *60*(1), 121-130. doi: 10.1002/ajim.22670

- 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*(2), 1849-1856. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
- Lopéz, A., Sanderman, R., Ranchor, A., & Schroevers, M. (2017). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness*, *9*(1), 325-331. doi: 10.1007/s12671-017-0777-z
- Lucre, K., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion focused therapy for personality disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *86*(4), 387-400. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of the meditative expertise. *Public Library of Science*, *3*(3), 1-5. doi: 10.1371/journal.pone.0001897
- Machado, R. (2008). *Bem-Estar Psicológico e sentido de coerência interno na velhice em Portugal*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa).
- Marks, N., Lambert, J. D., & Choi, H. (2002). Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: A prospective U.S. national study. *Journal of Marriage and Family*, *64*(3), 657-667. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00657.x
- Mascaro, J. S., Rilling, J. K., Tenzin, N. L., & Raison, C. L. (2012). Compassion meditation enhances empathic accuracy and related neural activity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(1), 48-55. doi: 10.1093/scan/nss095
- Millar, M. G., Millar, K. U., & Tesser, A. (1988). The effects of helping and focus of attention on mood states. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *14*(3), 536-543. doi: 10.1177/0146167288143012
- Mirowsky, J., & C.E. Ross. (1995). Sex Differences in Distress: Real or Artifact?. *American Sociological Review*, *60*(3), 449-468. doi: 10.2307/2096424
- Mongrain, M., Chin, J., & Shapira, L. (2011). Practicing Compassion Increases Happiness and Self-Esteem. *Journal of Happiness Studies*, *12*(6), 963-981. doi: 10.1007/s10902-010-9239-1

- Monin, J. K., & Schulz, R. (2009). Interpersonal Effects of Suffering in Older Adult Caregiving Relationships. *Psychology and Aging, 24*(3), 681-695. doi: 10.1037/a0016355
- Neff, K. D., & Lamb, L. M. (2009). Self-Compassion. In S. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*. (p. 864-867). Oxford: Blackwell Publishing.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., Costigan, A. P. (2014). Sel-Compassion, Wellbeing and Happiness. *Psychologie in Osterreich, 2*(3), 114-119.
- Neff, K.D., Hsieh, Y.P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity, 4*(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-Compassion and Its Link to Adaptive Psychological Functioning. *Journal of Research in Personality, 4*(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9*(3), 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity, 12*(2), 160-176. doi: 10.1080/15298868.2011.649546
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

- Neves, C. (2011). *A relação entre mindfulness, auto-Compaixão, vergonha e psicopatologia em praticantes e não praticantes de meditação/yoga* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra).
- Novo, R. (2000). *Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa).
- Oliveira, C. A. R. (2014). *Perfeccionismo e Distress Psicológico: Prevenção no Ensino Superior* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro).
- Penner, L. A., Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., & Schroeder, D. A. (2005). Prosocial Behaviour: Multilevel Perspectives. *Annual Reviews Psychology*, 56, 14.1-14.28. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070141
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41. doi: 10.1007/s10902-004-1278-z
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: a resource for positive aging. *The Journals of Gerontology*, 68(4), 529-539. doi: 10.1093/geronb/gbs091
- Piliavin, J. A., & Charng, H-W. (1990). Altruism: A Review of recent theory and research. *Annual Review Sociology*, 16(1), 27-65. doi: 10.1146/annurev.so.16.080190.000331
- Raes, F. (2011). The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36. doi: 10.1007/s12671-011-0040-y
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- Ritsner, M., Modai, I., & Ponizovsky, A. (2002). Assessing psychological distress in psychiatric patients: Validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 229–234. doi: 10.1053/comp.2002.30800
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132-139. doi:10.1038/lmp.2012.2

- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, *125*(1), 3–30. doi: 10.1037/0033-2909.125.1.3
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, *52*(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- 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*(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When Leaving Your Ex, Love Yourself: Observational Ratings of Self-Compassion Predict the Course of Emotional Recovery Following Marital Separation. *Psychological Science*, *23*(3), 261-269. doi: 10.1177/0956797611429466
- Schwartz, C. E., & Sendor, R. M. (1999). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. *Social Science and Medicine*, *48*(11), 1573–1575. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00049-0
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, *55*(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.5
- Shapira, L. B. & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, *5*(5), 377-389. doi: 10.1080/17439760.2010.516763
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). The emerging role of Buddhism in clinical psychology: toward effective integration. *Psychology of Religion and Spirituality*, *6*(2), 123–137. doi: 10.1037/a0035859
- Silva, D., Paz, A., Soliva, B., Comiran, F., Picini, G., Souza, L., & Marçal, S. (2009). Bem-estar psicológico vs distress: um estudo exploratório sobre saúde mental. *Akropolis*, *17*(2), 59-68.

Singer, T., & Steinbeis, N. (2009). Differential roles of fairness- and compassion-based motivations for cooperation, defection, and punishment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167(1), 41-50. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04733.x

Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 629-651. doi: 10.1177/0265407505056439

Stallman H. M. (2011). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109

Stallman, H. M., & Shochet, I. M. (2009). Prevalence of mental health problems in Australian university health services. *Australian Psychologist* 44(2). doi: 10.1080/00050060902733727

Stolow, D., Zuroff, D. C., Young, J. F., Karlin, A., & Abela, J. R. Z. (2016). A prospective examination of self-compassion as a predictor of depressive symptoms in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(1), 1-20. doi: 10.1521/jscp.2016.35.1.1

Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.004

Taylor, J., & Turner, R. J. (2001). A longitudinal study of the role and significance of mattering to others for depressive symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(3), 310-325. doi: 10.2307/3090217

Tov, W., & Diener, E. (2013). Subjective Well-being. *Research Collection School of Social Sciences*, 1395, 1-7. doi: 10.1002/9781118339893.wbecp518

Vetteese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *Journal Mental Health Addiction*, 9(5), 480-491. doi: 10.1007/s11469-011-9340-7

Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why?. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435–441. doi: 10.1016/j.tics.2006.08.008

Waterman, A. S., Schwartz, S. J., & Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 41-79. doi: 10.1007/s10902-006-9020-7

Wei, M., Liao, K. Y-H., Ku, T-Y, & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191-221. doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x

Winefield, H., Gill, T., Taylor A., & Pilkington, R. (2012). Psychological well-being and psychological distress: Is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(3), 1-14. doi: 10.1186/2211-1522-2-3

Wispe, L. (1991). *The psychology of sympathy*. New York: Plenum.

Yogev, A., & Ronen, R. (1982). Cross-age tutoring: Effects on tutors' attributes. *Journal of Educational Research*, 75(5), 261–268. doi: 10.1080/00220671.1982.10885392