



UC/FPCE 2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades  
psicométricas da versão portuguesa da Escala de  
Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)**

Ana Sofia de Sá Salgueiro (ana.sa.salgueiro@live.com.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subespecialização em  
Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações  
Psicológicas da Saúde sob a orientação de Professora Doutora Paula  
Castilho

**As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da  
versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)**

**Ana Sofia de Sá Salgueiro**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (especialização em  
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde)  
sob orientação da Professora Doutora Paula Castilho

• U



C •

FPCEUC

FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Castilho, por toda a disponibilidade, apoio e ânimo durante este percurso. Por dispor de tempo, quando ele já era escasso. Pelos ensinamentos que me permitiram aprender e crescer. Foi um privilégio trabalhar consigo.

Às do número 17, pelo cultivo de memórias inesquecíveis, pelo traçar de uma nostalgia eterna, por me fazerem sentir em casa. À Teresa, pela irmandade, por se mesclar tão intensamente com Coimbra, ao ponto de se tornarem indissociáveis para mim. À Cláudia, pelo amor-ódio, pelo apoio firme e constante. À Eduarda, pelo percurso e conquistas em conjunto. À Marina, pelas traquinices, por rir e chorar comigo. À Inês, pelos erros e aprendizagens, pela folha em branco. À Catarina, pelo entusiasmo e companhia.

Aos novos amigos. À Mónica, pelo ânimo, pelos abraços. Pelo elo criado, pelo ouvido sempre disponível para o meu melodrama. Ao Cascas, pela diversão de o atormentar. Ao Zé, pela ajuda, pelas *nerdices* e pela amizade.

Aos amigos de sempre. Ao Márces, por todas as idiotices e devaneios. Porque mais que amigos, somos irmãos. À Soda, pela compatibilidade, pela distância só ser prova do significado da nossa amizade. À Lilas, por toda a paciência deste mundo, pela tua generosidade.

Aos colegas de curso. Pela mesma batalha travada, pela partilha de inseguranças e de vitórias.

À minha família, por serem o conjunto de pessoas que são. Por nunca duvidarem das minhas capacidades. Pelo incentivo e pelo afeto!

À minha irmã, por desde sempre tomar conta de mim. Por todas as diferenças que nos tornam tão semelhantes, pela compreensão e pelo amor. Ao afilhado Duarte, pelos '*inha* que tanto me apertam o coração, por ser toda uma alegria num corpo de meia-leca. Ao sobrinho Vasco, pela tranquilidade de quem acabou de nascer. Ao cunhado Ricardo, pela porta sempre aberta.

Aos meus pais, pelo otimismo inabalável, pelo apoio incansável e pelos valores fundamentais. À minha mãe, pela força e pelo exemplo que é. Ao meu pai, pelo humor e pelo carinho. Nada seria possível sem vocês na minha retaguarda.

Um gigante obrigada a todos que, de alguma forma, tornaram possível este final. Eternamente grata pelo tempo, dedicação e disponibilidade.

Obrigada Coimbra por carimbares em mim o olhar de uma sonhadora!

### **Nota introdutória**

A compaixão reflete-se na ativação do sistema de tranquilização, que se traduz num senso de segurança, tranquilidade, afiliação, e numa maior proximidade, interesse e preocupação com o outro, associados à mentalidade de prestação de cuidados (Gilbert, 2005b; Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005). Paralelamente, tem subjacente a desativação do sistema de ameaça e a consequente redução dos estados afetivos negativos (Gilbert & Procter, 2006). Contudo, quando a compaixão (e o ato de cuidar) são vistos como uma obrigação ou estão associados a objetivos autocentrados (compaixão submissa, Catarino, Gilbert, McEwan, & Baião, 2014), limitam a saúde física e mental do cuidador, gerando sofrimento (Martin, Gilbert, McEwan, & Irons, 2006). Mais especificamente, podem surgir sentimentos de vergonha e culpa numa relação de cuidados devido às expectativas dos outros, ao autocriticismo, a objetivos de autoimagem, a um exacerbamento da responsabilidade e a sentimentos de aprisionamento (Catarino *et al.*, 2014; Gilbert, 1989; Martin *et al.*, 2006).

Assim, o objetivo da presente dissertação é o estudo das características psicométricas e da dimensionalidade da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC; Martin *et al.*, 2006). Os resultados obtidos demonstraram que a escala apresenta boas propriedades psicométricas ao nível da consistência interna, estabilidade temporal e validade convergente e divergente, assim como bons índices de ajustamento. Estes resultados indicam que a EVCC é um instrumento de medida fidedigno e com potencial para ser útil em diferentes populações (e.g., cuidadores, população normal e clínica) para avaliar sentimentos de vergonha e culpa em relações de prestação de cuidados.

## Índice

<b>I – Enquadramento concetual .....</b>	<b>1</b>
1.1. Compaixão na sociedade atual e no desenvolvimento individual .....	1
1.2. Compaixão: a sua natureza e vantagem evolucionária .	2
1.3. As motivações relativas aos comportamentos compassivos: empáticas vs. vantagens de controlo social ..	2
1.4. Submissão, as emoções autoconscientes e a psicopatologia .....	3
1.5. Os efeitos nefastos da prestação de cuidados .....	4
1.6. Escala da vergonha e da culpa na relação de prestação de cuidados.....	4
<b>II – Objetivos .....</b>	<b>5</b>
<b>III – Metodologia .....</b>	<b>5</b>
3.1. Amostra .....	5
3.2. Instrumentos de medida .....	6
3.3. Procedimento metodológico .....	8
3.4. Estratégia analítica .....	9
<b>IV – Resultados .....</b>	<b>10</b>
4.1. Análise preliminar dos dados .....	10
4.2. Estudo da dimensionalidade da escala .....	10
4.2.1. Análise Fatorial Exploratória .....	10
4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória .....	12
4.2.2.1. Estratégia analítica .....	13
4.2.3. Análise multigrupos .....	15
4.3. Propriedade dos itens .....	16
4.4. Validade divergente e convergente .....	17
4.5. Validade temporal .....	18
4.6. Sensibilidade da medida .....	18
<b>V – Discussão .....</b>	<b>20</b>
5.1. Implicações clínicas e limitações .....	23
<b>VI – Conclusão .....</b>	<b>24</b>
<b>VII – Bibliografia .....</b>	<b>24</b>

Artigo

Salgueiro, A.S. & Castilho, P. (2015). *As emoções autoconscientes e o papel do cuidador: Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)*. Manuscrito em Preparação

**As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da  
versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)**

Autores

Sofia Salgueiro<sup>1</sup>

Paula Castilho<sup>1,2</sup>

Filiação

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de  
Coimbra

<sup>2</sup> Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-comportamental (CINEICC)

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Ana Salgueiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: ana.sa.salgueiro@live.com.pt



**As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão  
portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)**

**Resumo**

A compaixão emerge como a grande impulsionadora dos comportamentos de cuidar (Catarino *et al.*, 2014), relacionando-se com a mentalidade social de prestação de cuidados (Gilbert, 2005a). Todavia, a tendência natural para a compaixão pode ser contrariada por múltiplos fatores, entre os quais se destacam os objetivos de autoimagem (Crocker, 2008; Crocker & Canevello, 2011). Assim, quando ser compassivo com os outros surge como resultado do medo da rejeição, fala-se em compaixão submissa (Catarino *et al.*, 2014). A compaixão submissa e um senso de responsabilidade exagerado podem levar à vergonha e culpa na relação de cuidados (Martin *et al.*, 2006).

O presente estudo pretendeu aferir e validar a Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC; Martin *et al.*, 2006) para a população portuguesa, numa amostra de 464 estudantes universitários (32.11% do género masculino e 67.89% do género feminino). A estrutura fatorial não correspondeu totalmente à versão original. A dimensionalidade da medida foi corroborada através da Análise Fatorial Confirmatória, demonstrando bons índices de ajustamento ao modelo. A medida demonstrou uma boa consistência interna, validade divergente e convergente e estabilidade temporal. A EVCC parece ser útil e confiável para a avaliação da vergonha e culpa na relação de prestação de cuidados.

**Palavras chave:** Vergonha, culpa, prestação de cuidados, análise fatorial, propriedades psicométricas, compaixão submissa

**The self-conscious emotions and the role of carer:  
Confirmatory Factor Analysis and psychometric properties of the  
portuguese version of the Caring Shame and Guilt Scale (CSGS)**

**Abstract**

Compassion emerges as the big booster of the caring behaviour (Catarino *et al.*, 2014), being related with the social mentality of care provision (Gilbert, 2005a). However, the natural tendency for compassion can be thwarted by multiple factors, among which the self-image goals stand out (Crocker, 2008; Crocker & Canevello, 2011). Thereby, when being compassionate to others comes as result of fear of rejection, it's called submissive compassion (Catarino *et al.*, 2014). Submissive compassion and a exaggerated sense of responsibility can lead to shame and guilt in the caring relationship (Martin *et al.*, 2006).

The present study had as goal to assess and validate the Caring Shame and Guilt Scale (Martin *et al.*, 2006) to the Portuguese population, in a sample of 464 university students (32.11% males and 67.89% females). The factorial structure didn't totally correspond with the original version. The adequacy of the measure was corroborated through Confirmatory Analyses, which revealed good fit to the model. The measure showed a great internal consistency, convergent and divergent validity and temporal stability. The CSGS seems to be useful and reliable to the evaluation of shame and guilt in the caring relationship.

**Key Words:** Shame, guilt, care provision, factorial analysis, psychometric properties, submissive compassion

## I – Enquadramento Concetual

### 1.1. Compaixão na sociedade atual e no desenvolvimento individual

Cuidar e ajudar o outro assume-se como um símbolo do caráter humano. Esta natureza compassiva reflete-se no comportamento de um vasto número de indivíduos, que, devido a múltiplas motivações, dedicam uma significativa quantidade de tempo, energia e recursos próprios em prol do cuidado dos que se encontram mais debilitados e necessitados.

Pese embora a sociedade ocidental moderna em que nos enquadrámos contemplar o indivíduo como uma unidade (Gilbert, 2005a), o padrão comportamental de ajudar e cuidar os outros mantém-se inalterado. Todavia, o comportamento do sujeito não se alheia perante a sobrecarga de obrigações e o desgaste decorrente de uma sociedade cada vez mais exigente, que, em conjunto com múltiplos fatores psicossociais (e.g. vinculação insegura), assumem um papel preponderante na eventual distorção da tendência natural para a compaixão, para a empatia e para o altruísmo, capacidades intrinsecamente enraizadas na qualidade de ser humano (Gilbert, 1989; 2005a; Mikulincer, Shaver, Gillath, & Nitzberg, 2005). Ou seja, a faceta empática do comportamento de ajuda aos mais desamparados e necessitados surge precocemente no desenvolvimento individual (Gilbert, 2005b). Tal é notória essa motivação, se atendermos que as crianças desde muito cedo indicam as necessidades dos outros como o fator motivacional dos seus comportamentos pró-sociais (Bierhoff, 2005; Eisenberg-Berg & Neal, 1979). Isto evidencia, indubitavelmente, que a compaixão se encontra na base comportamentos prototípicos de ajuda e de cuidado, sendo esta uma estrutura motivacional, que abarca uma sensibilidade ao sofrimento do eu e dos outros enquanto forma não defensiva e não avaliativa, concomitante com um desejo de prevenir ou amenizar esse sofrimento e com uma tentativa de compreender as suas causas (Bierhoff, 2005; Gilbert, 2005a; 2005b; 2009; Graber & Mitcham, 2009).

Assim, a compaixão resulta da combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos, e sustenta a construção de relações pró-sociais (Cole-King & Gilbert, 2011; Gilbert, 2005a; 2005b). A compaixão pode então ser descodificada como uma propriedade fenotípica e emergente da mentalidade social de prestação de cuidados, que implica que a pessoa se importe com o bem-estar do outro, e, por consequência, exige e recruta emoções e competências de processamento de informação (e.g. suprimir a agressão ao outro, responsividade ao sofrimento) que lhe permitem estar atenta e analisar as necessidades dos outros (Gilbert, 1989; 2005a; 2005b). Este sistema de cuidados foi delineado pela evolução para auxiliar os progenitores na criação da sua descendência, desde a prematuridade até à maturidade (Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010). Assim, o papel de cuidador engloba um conjunto de comportamentos que funcionam como resposta aos sinais e ações de vinculação do bebé, com o intuito de reduzir o

seu sofrimento e ajudá-lo no seu desenvolvimento (Mikulincer *et al.*, 2005).

### **1.2. Compaixão: a sua natureza e vantagem evolucionária**

Pela realidade do cérebro humano ser maior, todos os bebés serão, aquando do seu nascimento, precoces o que, conseqüentemente, personifica um maior período de dependência dos outros (Phillips, Barnard, Ferguson, & Reader, 2008). A “prematividade” da descendência manifesta-se na vulnerabilidade que se protela durante um largo período de tempo, moderando uma pressão nos progenitores para cuidar dos seus descendentes. Tal exigência expressa-se em várias adaptações, como, por exemplo, respostas intensas por parte dos cuidadores a vocalizações de sofrimento, comportamentos táteis específicos, e uma experiência afetiva sincronizada entre cuidador e descendência (Goetz *et al.*, 2010).

Este paradigma está igualmente presente aquando do ato de seleção de parceiro por parte das fêmeas, porquanto estas tendem a procurar amostras de comportamentos de altruísmo nos machos, visto a existência de uma relação entre esse padrão comportamental e a disponibilidade e capacidade para providenciar continuamente recursos e proteção (Buss, 2007; Phillips *et al.*, 2008). O comportamento de altruísmo representa então uma vantagem evolucionária, que pode ter impulsionado o desenvolvimento da compaixão (Catarino *et al.*, 2014).

### **1.3. Motivações relativas aos comportamentos compassivos: empáticas vs. vantagens de controlo social**

Quando existe um agir compassivo em virtude de uma preocupação genuína relativamente às necessidades e bem-estar do outro, essas ações revelam-se gratificantes, através dos benefícios resultantes para o indivíduo, como, por exemplo, relações mais saudáveis, uma rede de suporte mais alargada, uma visão mais positiva do *self* pelos outros, e, conseqüentemente, menos solidão e conflito e maior bem-estar (Cole-King & Gilbert, 2011; Crocker, 2011; Crocker & Canevello, 2008; Volling, Kolak, & Kennedy, 2009). Contudo, averiguando as motivações implícitas à compaixão, verificou-se que os atos compassivos podem não ser genuínos, pois podem ter subjacentes objetivos de autoimagem, que estão intimamente ligados a estratégias submissas para alcançar aceitação e inclusão social, assim como a valorização por parte dos outros (e.g., agradar submisso) (Crocker, 2011; Crocker & Canevello, 2008). Assim, tal comportamento mostra-se adverso, surgindo como polo de uma relação contrária com o bem-estar, resultando em mais conflito, solidão e sentimentos negativos (medo, confusão) e não acarreta um aumento no suporte social disponível (Crocker, 2011; Crocker & Canevello, 2008; Martin *et al.*, 2006; Morse, Shaffer, Williamson, Dooley, & Schulz, 2012; Underworld, 2009; Vitalino, Zhang & Scanlan, 2003; Volling *et al.*, 2009).

Quando a preocupação com o outro e o desejo de auxiliar surgem como resultado do medo da rejeição e do desejo de ser aceite, trata-se de

compaixão submissa (Catarino *et al.*, 2014). A compaixão submissa traduz-se num cuidar que tem como função a proteção das necessidades sociais do cuidador e que permite à pessoa avançar socialmente, ao exteriorizar uma imagem altruísta do *self*, que é avaliada como atrativa e útil por parte dos outros (Catarino *et al.*, 2014; Gilbert, Price, & Allan, 1995). Assim, a necessidade de aprovação social, o medo da vergonha e o desejo de manter uma reputação na relação com os outros, podem reduzir a capacidade de agir genuinamente de forma compassiva (Gilbert, 2005a).

#### **1.4. Submissão, as emoções autoconscientes e a psicopatologia**

Por sua vez, comportamentos de submissão relacionam-se com uma panóplia de problemas psicológicos, incluindo depressão e ansiedade, sensibilidade interpessoal, hostilidade e raiva (Allan & Gilbert, 1997; Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 1997). A compaixão submissa surge associada à vergonha e à culpa devido às expectativas dos outros, ao autocrítico, a objetivos de autoimagem, a sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão, stresse) e a sentimentos de aprisionamento (Catarino *et al.*, 2014; Gilbert, 1989; Martin *et al.*, 2006).

Apesar da vergonha e da culpa geralmente serem equiparadas, apresentam diferenças entre si, com implicações profundas ao nível do ajustamento psicológico e do comportamento social (Tangney & Dearing, 2002). Pioneira nessa distinção, Lewis (1971) conceitualizou a distinção entre culpa e vergonha em termos de foco, no que concerne ao papel do *self* nas experiências. Seguindo a sua linha de entendimento, a vergonha é diretamente sobre o *self* e sobre a avaliação do mesmo por parte dos outros. Já a culpa tem como foco o comportamento e o efeito que tem nos outros, sendo que o *self* é avaliado consoante o comportamento, não sendo o centro da experiência (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002; Tracy & Robins, 2004).

A vergonha é uma emoção dolorosa, associada a uma visão do eu como inadequado, defeituoso e/ou inferior (Gilbert, 1997), estando associada à mentalidade de *ranking* social (Gilbert, 2005b). É um sentimento de escrutínio por parte dos outros, de se ter uma posição indesejada de inferioridade, que instiga uma preocupação exagerada com a opinião dos outros e a adoção de comportamentos defensivos submissos (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1997; 1998; 2004; Gilbert *et al.*, 1995; Lewis, 1971; McEwan, Gilbert, & Duarte, 2012; Tangney & Dearing, 2002).

Diferentemente, a culpa é uma experiência menos dolorosa, porque o âmago da preocupação é um comportamento específico, separado do *self*, não afetando o autoconceito do indivíduo. Engloba um sentido de tensão, remorso e arrependimento sobre a transgressão, através da ruminação sobre a atitude, do desejo de comportar-se de forma diferente ou de desfazer o feito (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002).

### 1.5. Os efeitos nefastos da prestação de cuidados

Nas relações de prestação de cuidados, a autoestima e o bem-estar do cuidador deterioram-se quando este descobre que perdeu as capacidades para ter uma postura empática ou quando percebe que já não consegue nutrir sentimentos positivos em relação às pessoas que estão a seu cargo (Gilbert, 1989), o que converge para o surgimento de sentimentos de vergonha e culpa (Martin *et al.*, 2006). No que respeita à culpa, esta pode ter diversas fontes e motivos, entre elas o sentimento de estar a fazer algo errado ou não estar a cuidar o suficiente (Losada, Márquez-González, Peñacoba, & Romero-Moreno, 2010).

Recentemente, tem aumentado a curiosidade relativamente aos efeitos nefastos que cuidar de alguém acarreta. Mais especificamente, cuidar de idosos e/ou doentes (e.g., demência, limitações físicas), sejam eles familiares ou desconhecidos, relaciona-se com consequências negativas significativas na saúde física e mental do cuidador (Gonyea, Paris, & Zerden, 2008; Losada *et al.*, 2010; Lyonette & Yardley, 2003; Pinquart & Sorensen, 2003, 2007; Vitalino *et al.*, 2003), sendo a culpa e a vergonha consequências proeminentes, que em conjunto com o exacerçamento do senso de obrigação e de aprisionamento, são apontadas como o fator central para a ocorrência de elevados níveis de depressão e stresse nos cuidadores (Losada *et al.*, 2010; Martin *et al.*, 2006; Morse *et al.*, 2012; Pinquart & Sorensen, 2003, 2007; Spillers, Wellisch, Kim, Matthews, & Baker, 2008; Springate & Tremont, 2014).

### 1.6. Escala da vergonha e da culpa na relação de prestação de cuidados

Com o intuito de avaliar a relação entre depressão e experiências de vergonha, culpa e de aprisionamento no papel de cuidador, Martin e colaboradores (2006) construíram uma escala de autorresposta, composta por 12 itens, onde seis itens são relativos à vergonha focando-se no autocriticismo (e.g. *Se achar que não tenho cuidado dos outros o suficiente, sou crítico(a) comigo próprio(a)*), na necessidade de viver à altura das expectativas dos outros (e.g. *Sinto que tenho que viver de acordo com as expectativas dos outros*) e no medo à crítica (e.g. *Preocupo-me que os outros me critiquem se não cuidar o suficiente deles*). Por outro lado, os seis itens relativos à culpa focam-se no medo de magoar os outros (e.g., *Se passasse menos tempo a cuidar dos outros, sentir-me-ia culpado(a) ou preocupado(a) que eles se sentissem sós ou infelizes*), nos arrependimentos (e.g. *Alguns dias arrependo-me e sinto-me triste por não ter passado mais tempo com os meus relativos*) e no sentido de responsabilidade (e.g. *Sinto que é minha responsabilidade cuidar dos outros*). O instrumento aplicado junto de uma população de cuidadores de pessoas com Alzheimer, evidenciou, em ambas as dimensões, uma boa consistência interna: vergonha ( $\alpha = .87$ ) e culpa ( $\alpha = .78$ ) (Martin *et al.*, 2006). Os dados obtidos mostraram ainda uma relação altamente significativa entre o sentimento de aprisionamento e sintomas depressivos. Relativamente às emoções autoconscientes, ficou aparente uma relação entre a vergonha e a depressão, mesmo quando controlada a

sensação de aprisionamento, sendo que essa relação é inexistente com a culpa. Entre a vergonha e a sensação de aprisionamento evidenciou-se uma associação significativa, apesar de pequena, que sugere que quanto maior o sentimento de inadequação sentido pelo cuidador, maior a sensação de aprisionamento.

## II – Objetivos

O presente estudo, teve como objetivo principal a aferição e validação para a população portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC), e mais especificamente: (1) tradução e adaptação da medida para a população portuguesa, (2) a análise fatorial da escala, e (3) o teste das qualidades psicométricas e a sensibilidade da escala. As variáveis de *ranking* social (vergonha, submissão e compaixão submissa) e associadas à mentalidade de prestação de cuidados e ao sistema de tranquilização (proximidade e ligação aos outros) foram escolhidas para o estudo da validade convergente e divergente.

## III – Metodologia

### 3.1. Amostra

Para a realização deste estudo foi constituída uma amostra de conveniência, composta por 464 estudantes de vários cursos da Universidade de Coimbra, recolhida em formato *online* (37.15%) e presencial (em papel) (62.85%). De forma a permitir a realização da validade fatorial da medida em estudo, considerou-se como critério de exclusão dos respondentes: (1) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (2) preenchimento incompleto da bateria de escalas; (3) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta, e por último, (4) dificuldades na compreensão verbal e semântica, por esta comprometerem o correto preenchimento das medidas. A amostra compreende 149 sujeitos do género masculino (32.11%) e 315 sujeitos do género feminino (67.89%). A média das idades do total da amostra é de 21.94 ( $DP = 4.07$ ) e a média dos anos de escolaridade é de 13.78 ( $DP = 1.70$ ). Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre os géneros, no que diz respeito à escolaridade,  $t(462) = -4.30$ ,  $p < .001$ , em que as mulheres ( $M = 14.01$ ;  $DP = 1.66$ ) apresentam mais anos escolaridade do que os homens ( $M = 13.30$ ;  $DP = 1.66$ ). Relativamente ao tamanho do efeito da diferença, verifica-se que se trata de um efeito pequeno ( $d = .43$ ; efeito pequeno:  $0.20 \leq d < 0.50$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à idade,  $t(462) = .86$ ,  $p > .05$ .

Quanto ao estado civil, existe um predomínio de indivíduos solteiros (96.12%), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nesta variável sociodemográfica ( $\chi^2 = 2.88$ ,  $p > .05$ ). As características demográficas da amostra de aferição estão representadas na Tabela 1.

**Tabela 1.***Caraterísticas demográficas da amostra em estudo (N = 464)*

	Masculino (n = 149)		Feminino (n = 315)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	22.22	5.61	21.80	3.08	.86	.39
Anos Escolaridade	13.30	1.66	14.01	1.66	-4.30	.00
	N	%	N	%	$\chi^2$	p
Estado Civil					2.88	.58
Solteiro	143	95.97	303	96.19		
União de Facto	3	2.01	5	1.59		
Casado	2	1.34	6	1.90		
Divorciado	-	-	1	0.32		
Viúvo	1	0.67	-	-		

### 3.2. Instrumentos de medida

**Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC;** *Caring Shame and Guilt Scale*; Martin *et al.*, 2006; versão portuguesa de Castilho & Salgueiro, 2015). É uma escala de autorresposta, composta por doze itens, que explora sentimentos de vergonha e de culpa em relação ao papel de cuidador. Os seis itens relativos à vergonha refletem o autocrítico (e.g. *Se achar que não tenho cuidado dos outros o suficiente, sou crítico(a) comigo próprio(a)*), a necessidade de viver em função das expectativas dos outros (e.g., *Sinto que tenho que viver de acordo com as expectativas dos outros*) e o medo e sensibilidade à crítica (e.g., *Preocupo-me que os outros me critiquem se não cuidar o suficiente deles*). Os seis itens relacionados com a culpa focam-se no medo de magoar os outros (e.g., *Se passasse menos tempo a cuidar dos outros, sentir-me-ia culpado(a) ou preocupado(a) que eles se sentissem sós ou infelizes*), no arrependimento (e.g. *Alguns dias arrependo-me e sinto-me triste por não ter passado mais tempo com os meus relativos*) e no sentido de responsabilidade (e.g. *Sinto que é minha responsabilidade cuidar dos outros*). Cada item é cotado numa escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos (0 = *Nada como eu*; 3 = *Extremamente como eu*). A medida permite obter resultados parciais, para cada uma das subescalas constituintes, onde um resultado mais elevado indica mais vergonha ou mais culpa na prestação de cuidados.

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, no estudo da versão original, ambas as subescalas evidenciaram uma boa consistência interna: vergonha ( $\alpha = .87$ ) e culpa ( $\alpha = .78$ ) (Martin *et al.*, 2006).

**Escala da Compaixão Submissa (ECS;** *Submissive Compassion Scale*; Catarino *et al.*, 2014; versão portuguesa de Castilho, Gaspar, & Catarino, 2014). A ECS é uma escala de autorresposta, que avalia vários motivos para prestar cuidados, com uma matriz defensiva e submissa. Mais especificamente, esta escala pretende avaliar de que maneira os motivos subjacentes aos comportamentos de cuidado e de apoio podem ser estratégias defensivas ou submissas, que visam passar uma imagem desejável e atrativa aos outros como forma de evitar a rejeição. A ECS é

As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)

Ana Sofia de Sá Salgueiro (e-mail: ana.sa.salgueiro@live.com.pt) 2015



composta por dez itens, nos quais o respondente indica o quanto se identifica com as afirmações, numa escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Não sou nada assim*; 4 = *Sou extremamente assim*).

O estudo das qualidades psicométricas de ambas as versões, original e portuguesa, revelaram uma boa consistência interna (para ambas,  $\alpha = .89$ ; Catarino *et al.*, 2014; Gaspar & Castilho, 2014). A consistência interna obtida no presente estudo é de .90.

**Escalas de Ansiedade Depressão e Stress - 21 (DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale-21;** Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A DASS-21 é a versão reduzida da DASS-42, que pretende atender à totalidade dos sintomas da ansiedade e depressão e ainda permitir uma discriminação máxima entre os dois constructos (Lovibond & Lovibond, 1995). A DASS-21 é uma medida de autorrelato composta por 21 itens, distribuídos de igual forma por três dimensões do sofrimento emocional: a subescala Ansiedade, caracterizada pelas ligações entre estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo; a subescala Depressão, onde se salienta a perda de autoestima e a desmotivação; e por último a subescala de Stresse, definido por estados de excitação, tensão persistentes e de agitação psicomotora. Cada item contém uma instrução que avalia a extensão em que cada respondente experimentou cada sintoma emocional negativo durante a última semana. A escala apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de 4 pontos (0 = *Não se aplicou nada a mim*; 3 = *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*), em que pontuações elevadas traduzem mais sintomas de ansiedade, de depressão e de stresse.

A consistência interna da escala original (Lovibond & Lovibond, 1995) revelou-se elevada para as três subescalas: subescala de Depressão  $\alpha = .81$ ; subescala de Ansiedade,  $\alpha = .83$  e subescala Stresse,  $\alpha = .81$ . A versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) apresentou uma estrutura fatorial semelhante, apontando para três subescalas: depressão ( $\alpha = .85$ ), ansiedade ( $\alpha = .74$ ) e stresse ( $\alpha = .81$ ). No presente estudo, a consistência interna obtida variou de .89, .82 e .87, para as subescalas depressão, ansiedade e stresse, respetivamente.

**Escala de Vergonha Externa - 2 (OAS2: Other as Shamer Scale - 2;** Goss, Gilbert, & Allan, 1995; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, Duarte, & Figueiredo, 2015). A OAS avalia a vergonha externa, ou seja, a forma como os sujeitos pensam que são vistos (negativamente) pelos outros. A OAS2 é a versão reduzida da OAS, sendo uma medida de autorresposta, composta por oito itens, em que é solicitado aos respondentes que indiquem a frequência, numa escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Nunca*; 4 = *Quase sempre*), com que sentem ou experienciam o que está descrito na afirmação.

A versão original da OAS (Goss *et al.*, 1994) obteve bons valores de fidelidade ( $\alpha = .92$ ), semelhantes ao *alfa* da versão portuguesa da OAS ( $\alpha = .91$ ). Na versão portuguesa reduzida (Matos *et al.*, 2015), o *alfa* obtido foi de .82, valor que apoia a boa fidelidade da OAS2 como uma medida global de vergonha externa. No presente estudo, o valor de *alfa de Cronbach* obtido

As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)

Ana Sofia de Sá Salgueiro (e-mail: ana.sa.salgueiro@live.com.pt) 2015

foi de .89.

**Escala de Comportamentos de Submissão (SBS:** *Submission Behaviour Scale*; Allan & Gilbert, 1997; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). A SBS é uma escala unidimensional que avalia a frequência de comportamentos de submissão social. A submissão é uma estratégia de defesa pessoal e social, focada no medo, sendo útil para lidar com ameaças sociais externas, englobando um conjunto de comportamentos submissos, tais como, evitamento, passividade, desejo de fuga e inibição social (Allan & Gilbert, 1997). É composta por dezasseis itens que representam exemplos de comportamentos de submissão, em que cada item é avaliado em termos de frequência comportamental, numa escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Nunca*; 4 = *Sempre*). Quanto mais elevada a pontuação, maior a frequência de comportamentos de submissão.

Os dados da análise psicométrica da escala original (Allan & Gilbert, 1997) revelaram uma boa consistência interna, tanto para estudantes ( $\alpha = .82$ ), como para a população clínica ( $\alpha = .85$ ). Na validação da escala para a população portuguesa (Castilho, 2011), a consistência interna foi avaliada em três grupos populacionais: estudantes ( $\alpha = .81$ ), população geral ( $\alpha = .84$ ) e população clínica ( $\alpha = .90$ ), tendo revelado uma boa consistência interna. No presente estudo, a escala apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ).

**Escala de Proximidade e Ligação aos Outros (EPLO:** *Social Safeness and Pleasure scale*; Gilbert *et al.*, 2009; tradução e adaptação de Dinis, Matos, & Pinto-Gouveia, 2009). Medida de autorresposta construída para avaliar a extensão com que as pessoas avaliam o seu mundo social (e.g., relações sociais), como sendo seguro, caloroso e tranquilizador. Os onze itens que compõem a escala traduzem sentimentos de pertença, ligação, aceitação, suporte e calor na interação social com os outros. Os respondentes são solicitados a assinalar o seu grau de concordância em relação a cada uma das afirmações, de acordo com uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Quase nunca*; 5 = *Quase sempre*). No estudo original (Gilbert *et al.*, 2009), a escala exibiu uma consistência interna muito boa, com um valor de .91 para o total. Neste estudo, a escala apresenta uma excelente consistência interna ( $\alpha = .93$ ).

### 3.3. Procedimento metodológico

Procedeu-se à adaptação da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC) para a língua portuguesa após acreditados os aspetos éticos referentes à autorização por parte do autor original da sua utilização. Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por um psicólogo bilingue. De seguida, realizou-se a retroversão e a revisão da tradução por um tradutor especializado, de forma a assegurar a equivalência de conteúdo das versões inglesa e portuguesa. Para uma análise preliminar da medida recolheu-se uma amostra de, aproximadamente, 30 sujeitos, estudantes do ensino superior, que voluntariamente preencheram a escala, com o objetivo de explorar o conteúdo semântico dos itens. A bateria de

questionários foi administrada presencialmente pela investigadora aos respondentes, alunos matriculados em várias licenciaturas da Universidade de Coimbra, em contexto de sala de aula, demorando o seu preenchimento em média 15 minutos. A restante amostra foi recolhida *online*, sendo que a bateria se encontrava alojada no domínio *limesurvey*.

Anexa ao protocolo encontrava-se uma folha de rosto com uma explicação sumária dos objetivos do estudo e com espaço para recolha dos dados sociodemográficos. Na página inicial fazia-se ainda referência ao anonimato de cada respondente, à importância do preenchimento global da bateria de escalas e à confidencialidade dos dados usados (apenas no contexto da investigação). Os respondentes preencheram e assinaram a declaração de consentimento informado.

### 3.4. Estratégia analítica

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso ao *software* SPSS versão 20.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL). O estudo teve um *design* transversal. Com o intuito de analisar a estrutura dimensional subjacente aos 12 itens, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), por esta técnica estatística permitir descrever e agrupar variáveis amplamente intercorrelacionadas em fatores latentes, procurando igualmente que os fatores latentes obtidos sejam relativamente independentes entre si (Tabachnick & Fidell, 2007). Assim, com o intuito de realizar uma AFE sobre a matriz das correlações observadas, os 12 itens foram submetidos a uma Análise Fatorial de Componentes Principais (AFCP), dado ser este o método de extração de fatores mais utilizado (Marôco, 2010). Numa primeira fase da análise, averiguou-se a adequação dos dados ao procedimento estatístico, em função do tamanho da amostra e da força da relação entre os itens. Relativamente ao tamanho da amostra, Nunnally (1978) recomenda um rácio de 10 observações por cada item da escala, sendo que a amostra utilizada ( $N = 232$ ) cumpre esse pressuposto. Já a inspeção à matriz de correlações inter-item revelou que a maioria dos itens apresentava coeficientes de correlação adequados, ou seja, superiores a .30 (Pallant, 2010). Não foram igualmente detetados desvios significativos à normalidade, nem a presença de valores extremos em nenhum dos itens que compõem a escala. A fatorabilidade da matriz de correlações foi inicialmente analisada através do Teste de Esfericidade de Bartlett. Contudo, pelo facto de este teste ser muito sensível ao tamanho da amostra, sendo possível, quando se utiliza uma amostra de grande dimensão obter um valor significativo na presença de correlações reduzidas entre as variáveis (Marôco, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007), analisou-se, em complementaridade, a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que consiste numa medida da homogeneidade das variáveis obtida através da comparação das correlações simples com as correlações parciais entre as variáveis (Marôco, 2010). No sentido de determinar o número de componentes principais a reter, analisaram-se os critérios de Kaiser e do *scree plot* de Cattell. A aplicação destes critérios

teve como objetivo obter uma indicação relativamente ao número mínimo de fatores latentes a reter, que fossem capazes de, apropriadamente, resumir a informação presente nos 12 itens (o padrão de correlações obtido na matriz de correlações), e conseqüentemente, que conseguissem explicar uma proporção considerável da sua variância total. O critério de Kaiser determina a retenção dos componentes que expliquem mais variância do que a variância estandardizada de uma variável original (ou seja superior a 1.0; Marôco, 2010). Por sua vez, o critério da *scree plot* de Cattell consiste em analisar a curva que representa graficamente a relação entre os componentes (no eixo das abcissas) e os respetivos *eigenvalues* (no eixo das ordenadas), e reter os componentes até aquele em que se observa uma inflexão da curva (Marôco, 2010). Por fim, assegurou-se que os fatores extraídos explicassem pelo menos 5% da variância total (Marôco, 2010). A utilização da Rotação Oblíqua justifica-se por se tratar de uma metodologia estatística aplicável quando os componentes subjacentes se mostram correlacionados.

## IV - Resultados

### 4.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Os resultados mostraram que as variáveis não têm uma distribuição normal (K-S,  $p \leq .001$ ) e os valores de assimetria e de achatamento não apresentaram graves enviesamentos. No que concerne aos itens da medida em estudo (EVCC), os dados obtidos indicaram que a sua distribuição não se mostra marcadamente enviesada ou achatada, variando entre .045 (item 1) e 1.086 (item 2) na assimetria, e entre -.164 (item 4) e 2.036 (item 8) no achatamento (valores de assimetria  $< 3$  e de achatamento  $< 10$ ; Kline, 1998). Utilizaram-se testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Marôco, 2010). A análise dos *outliers* foi efetuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*), tendo sido identificadas algumas observações extremas. Optou-se pela não eliminação destes valores residuais, por não comprometerem os procedimentos estatísticos realizados.

### 4.2. Estudo da dimensionalidade da escala

#### 4.2.1. Análise Fatorial Exploratória

Para estudar a estrutura fatorial dos itens da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC), e tratando-se do primeiro estudo de validade da escala na população portuguesa, optou-se por realizar a Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) num primeiro momento. Para a análise, dividiu-se a amostra em 50% e, assim, dos 464 sujeitos foram selecionados aleatoriamente 232 respondentes. A amostra é constituída por 69 sujeitos do

As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)

Ana Sofia de Sá Salgueiro (e-mail: ana.sa.salgueiro@live.com.pt) 2015

sexo masculino e 163 do sexo feminino, com uma média das idades de 21.85 ( $DP = 3.36$ ) anos e de 13.85 ( $DP = 1.69$ ) anos de escolaridade.

O valor da medida de adequabilidade amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (.900) obtido e o teste de esfericidade de Bartlett de 1196.332 ( $p < .001$ ), permitem a realização da AFCP, pois são indicadores da adequabilidade de utilização deste procedimento de análise ao instrumento em estudo (Tabachnick & Fidell, 2007).

Utilizando o critério de *eigenvalue* igual ou superior a 1, como critério para a retenção de fatores, a análise da solução permitiu extrair dois fatores, que explicam 60.47% da variância total, sendo que o Fator 1 explica 11.40% da variância total, enquanto o Fator 2 explica 49.07%. Já o *scree test* que consiste na visualização do gráfico *scree plot* revelou que o ponto de inflexão ocorria entre o fator 2 e o fator 3, e como tal, que cada um dos sucessivos componentes contribuía para uma menor explicação da variância total das variáveis originais. Face aos resultados encontrados e que se mostraram consistentes com a proposta dos autores da versão original da escala, procedeu-se, num segundo momento, à Análise Fatorial Exploratória forçando dois fatores, com o objetivo de analisar a distribuição dos diversos itens nos respetivos fatores.

A interpretabilidade e a utilidade científica dos fatores extraídos é aprimorada através da rotação dos dados (Tabachnick & Fidell, 2007). Entre as várias hipóteses, os métodos de rotação oblíqua são usados quando os fatores estão correlacionados entre si. Pelo exposto, optou-se pela rotação oblíqua, com o valor de Delta igual a zero, obtendo-se uma solução de fatores moderadamente correlacionados entre si ( $r = .44$ ).

A análise da distribuição dos itens pelos fatores permitiu encontrar diferenças entre os fatores e os respetivos itens da versão original e os encontrados na versão portuguesa. Na versão original, os itens agrupam-se da seguinte forma: os itens 2, 4, 5, 7, 8, 10, compõem o Fator Vergonha, enquanto os itens 1, 3, 6, 9, 11, 12 pertencem ao Fator Culpa. De acordo com Costello e Osborne (2005), os valores de saturação dos itens devem ser superiores a .30, não devem existir saturações duplas e os fatores devem ser constituídos no mínimo por três itens. Ao analisar-se os valores de saturação de todos os itens da versão portuguesa, verificou-se que o item 9 (“*Ficaria triste se os outros ficassem chateados por eu não fazer o meu melhor para cuidar deles*”) saturou em ambos os fatores (Vergonha e Culpa), pelo que foi removido, repetindo-se o procedimento estatístico novamente. Salienta-se a evidente estabilidade da matriz, sendo que após a eliminação do item problemático, a repetição do procedimento não modificou significativamente os restantes valores obtidos.

Na Tabela 2 são apresentados os fatores com os itens que os compõem e respetivas saturações, os valores de consistência interna de cada fator, bem como as comunalidades para cada item.

**Tabela 2.**

*Análise de Componentes Principais (Rotação Oblíqua, solução forçada a 2 fatores), na amostra da população (N = 232).*

Fator 1 – Vergonha ( $\alpha = .82$ )	F	Comunalidades
2. Sinto que tenho que viver de acordo com as expetativas dos outros.	.798	.564
4. Preocupo-me que os outros me critiquem se não cuidar o suficiente deles.	.765	.738
8. Sinto que os outros me desprezariam se fizesse menos por eles.	.742	.626
10. Ficaria preocupado(a) acerca do que os outros poderiam pensar de mim se eu não cuidasse deles.	.731	.689
Fator 2 – Culpa ( $\alpha = .87$ )	F	Comunalidades
1. Ficaria preocupado(a) com os outros se não cuidasse deles como faço.	.720	.528
3. Se passasse menos tempo a cuidar dos outros, sentir-me-ia culpado(a) ou preocupado(a) que eles se sentissem sós ou infelizes.	.778	.679
5. Se achar que não tenho cuidado dos outros o suficiente, sou crítico(a) comigo próprio(a).	.743	.656
6. Se não dedicasse o meu tempo a cuidar dos outros, sentiria um arrependimento profundo.	.809	.765
7. Sinto que deveria ser capaz de fazer mais para ajudar os outros e sinto-me inadequado(a) por não o fazer.	.625	.532
11. Alguns dias arrependo-me e sinto-me triste por não ter passado mais tempo com os outros.	.616	.431
12. Sinto que é minha responsabilidade cuidar dos outros.	.734	.445

Os resultados obtidos na AFE apontam para uma solução final que explica 60.47% da variância total, distribuindo-se por dois fatores: o Fator Vergonha, responsável por 12.43% da variância (*eigenvalue* de 1.37), é constituído por itens que refletem a preocupação com o existir negativamente na mente dos outros; e o Fator Culpa que contribui com 48.04% da variância (*eigenvalue* de 5.29) e diz respeito ao senso de responsabilidade e ao autocriticismo em relação ao cuidado prestado.

#### 4.2.2. Análise Fatorial Confirmatória

Com o intuito de testar a qualidade do ajustamento do modelo teórico em relação à matriz correlacional observada entre as variáveis manifestas, submeteu-se o modelo bidimensional da EVCC a uma Análise Fatorial Confirmatória (Marôco, 2010). Por outro lado, por existir um modelo teórico subjacente (e.g., Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002), fazia sentido proceder à realização de uma análise que confirmasse a matriz fatorial obtida, com outros métodos mais robustos. Sendo a AFC a opção estatística a implementar (Marôco, 2010), seguiu-se a regra de 10 respondentes por variável, como o tamanho mínimo aceitável. Para esse efeito, foi constituída uma amostra randomizada de 50% dos respondentes, sendo composta por 69

homens (29.7%) e 123 mulheres (70.3%) com uma idade média de 22.28 ( $DP = 3.95$ ) e em média 13.82 ( $DP = 1.70$ ) anos de escolaridade.

#### 4.2.2.1. *Estratégia analítica*

Os procedimentos estatísticos para o estudo da AFC foram efetuados com o software AMOS (*Analysis of Moment Structures*) (versão 20; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

O modelo teórico testado é composto por dois componentes gerais designados, respetivamente, “Vergonha” e “Culpa”, e pelas respetivas variáveis manifestas (12 itens/indicadores de medida). Através da AFC pretendeu-se avaliar a qualidade de ajustamento do modelo teórico proposto à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas na amostra em estudo, tendo sido para esse efeito analisados os índices de ajustamento. De modo a proceder à estimação do modelo proposto, optou-se pelo método da máxima verosimilhança, por ser o método mais comumente utilizado (Marôco, 2010). A normalidade dos indicadores de medida foi igualmente avaliada, tendo-se verificado que os valores absolutos de assimetria eram inferiores a 3 e valores absolutos de curtose univariada eram inferiores a 8-10, validando a inexistência de violações severas à distribuição normal (Kline, 1998). Apesar de algumas observações apresentarem valores da distância quadrada de *Mahalanobis* (DM2) indicativos da existência de *outliers*, optou-se pela sua manutenção, dado que a sua remoção conduziria a uma diminuição da variabilidade associada aos componentes em estudo. A qualidade global de ajustamento foi avaliada através dos seguintes índices empíricos de ajustamento: (1) *normed chi-square* ( $\chi^2/g.l.$ ; Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977), (2) *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), (3) Tucker-Lewis Index (TLI; Tucker & Lewis, 1973) e o (4) *Root Mean Square Error of Approximation* com intervalo de confiança de 90% (RMSEA; Steiger & Lind, 1980; Steiger, 1990). Foram considerados os seguintes valores de referência para cada um dos índices de ajustamento mencionados: (1) valores de  $\chi^2/g.l.$  entre 2 e 5 como indicadores de um ajustamento aceitável e valores inferiores a 2 como indicadores de um bom ajustamento (Marôco, 2010), (2) valores de CFI e TLI entre .90 e .95 como indicadores de um ajustamento aceitável e valores iguais ou superiores a .95 como indicadores de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999), (3) no caso do RMSEA, Hu e Bentler (1999) consideraram que um valor igual ou inferior a .06 é indicador de um bom ajustamento. O ajustamento local foi avaliado através da fiabilidade e da validade de constructo do instrumento. A fiabilidade ou consistência interna, que consiste na capacidade da EVCC em medir de forma consistente e reproduzível os dois fatores de interesse, foi avaliada através do *alfa de Cronbach* e da fiabilidade compósita (FC). Em relação ao *alfa*, tomou-se o valor de .70 como indicador de um nível de consistência interna aceitável (Nunnally, 1978). De igual modo, considerou-se uma fiabilidade compósita de valor igual ou superior a .70 como indicativa de uma boa fiabilidade do constructo (Fornell & Larcker, 1981). A validade de constructo foi avaliada através de três componentes: o fatorial, o discriminante e o convergente. De acordo com Marôco (2010), a validade

fatorial consiste na correta especificação dos itens do constructo em estudo, a validade convergente implica que os itens que compõem o constructo apresentem correlações positivas e elevadas entre si, e a validade discriminante ocorre quando se comprova que os fatores avaliam aspetos distintos do mesmo constructo. De acordo com os valores de referência, os fatores apresentam validade fatorial quando todos os itens que os compõem são estatisticamente significativos, apresentam pesos fatoriais estandardizados de valor igual ou superior a .50, e uma fiabilidade individual (que é igual ou aproximadamente igual aos pesos estandardizados ao quadrado) igual ou superior a .25. Já a validade convergente, foi analisada em termos da Variância Extraída Média (VEM) como descrito em Fornell e Larcker (1981), sendo considerada adequada para valores iguais ou superiores a .50. Por fim, a validade discriminante comprova-se no caso dos valores de VEM dos fatores serem iguais ou superiores ao quadrado da correlação entre esses fatores (Marôco, 2010). O modelo bifatorial relativo à vergonha e culpa (no prestar cuidados aos outros) possui dois fatores e 11 variáveis observadas, como pode ser verificado na especificação pictográfica (*cf.* Figura 1).

Os índices de qualidade de ajustamento global revelaram uma boa adequação da estrutura fatorial da EVCC à matriz de observações: valores de  $\chi^2/g.l.$   $< 5$  ( $= 2.028$ ), valores de CFI e TLI superiores a 0.95 (CFI = .965; TLI = .956), um valor de RMSEA  $\leq .06$  ( $= .067$ ; IC 90%: [.046; .087]), bem como um  $p[rmsea \leq .05] < .85$ .

Relativamente ao ajustamento local, os pesos de regressão estandardizados variaram entre .429 (item 12) e .870 (item 4), sendo todos estatisticamente significativos ( $p \leq .001$ ). Todos os itens apresentam uma correlação múltipla ao quadrado superior a .25, exceto o item 12 (*cf.* Figura 1). Ao ter em conta outras considerações sobre as propriedades psicométricas do modelo, nomeadamente, a sensibilidade psicométrica dos itens e a consistência interna dos fatores, optou-se por manter o item 12. A correlação entre a dimensão Culpa e a dimensão Vergonha é  $r = .76$ .

A análise da validade convergente através da Variância Extraída Média (VEM) foi boa ( $\geq .50$ ; Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998) para as duas subescalas, sugerindo que os fatores latentes são bem explicados pelas variáveis observadas:  $VEM_{culpa} = .62$ ,  $VEM_{vergonha} = .71$ . Por fim, calculou-se a validade discriminante através da comparação entre as VEM e o quadrado da correlação dos fatores. Assim, sendo que  $VEM_{VER} = .71$  e  $VEM_{CUL} = .62$  são superiores ao  $r^2 = .58$ , podemos demonstrar a validade discriminante dos fatores, o que significa que avaliam componentes distintos.

De um modo geral, o modelo bifatorial testado demonstrou um bom ajustamento global e um adequado ajustamento local. Verificou-se ainda que a EVCC apresenta boa fiabilidade, e a análise aos itens que a compõem sugerem que a medida apresenta uma boa validade de constructo, convergente e discriminante.



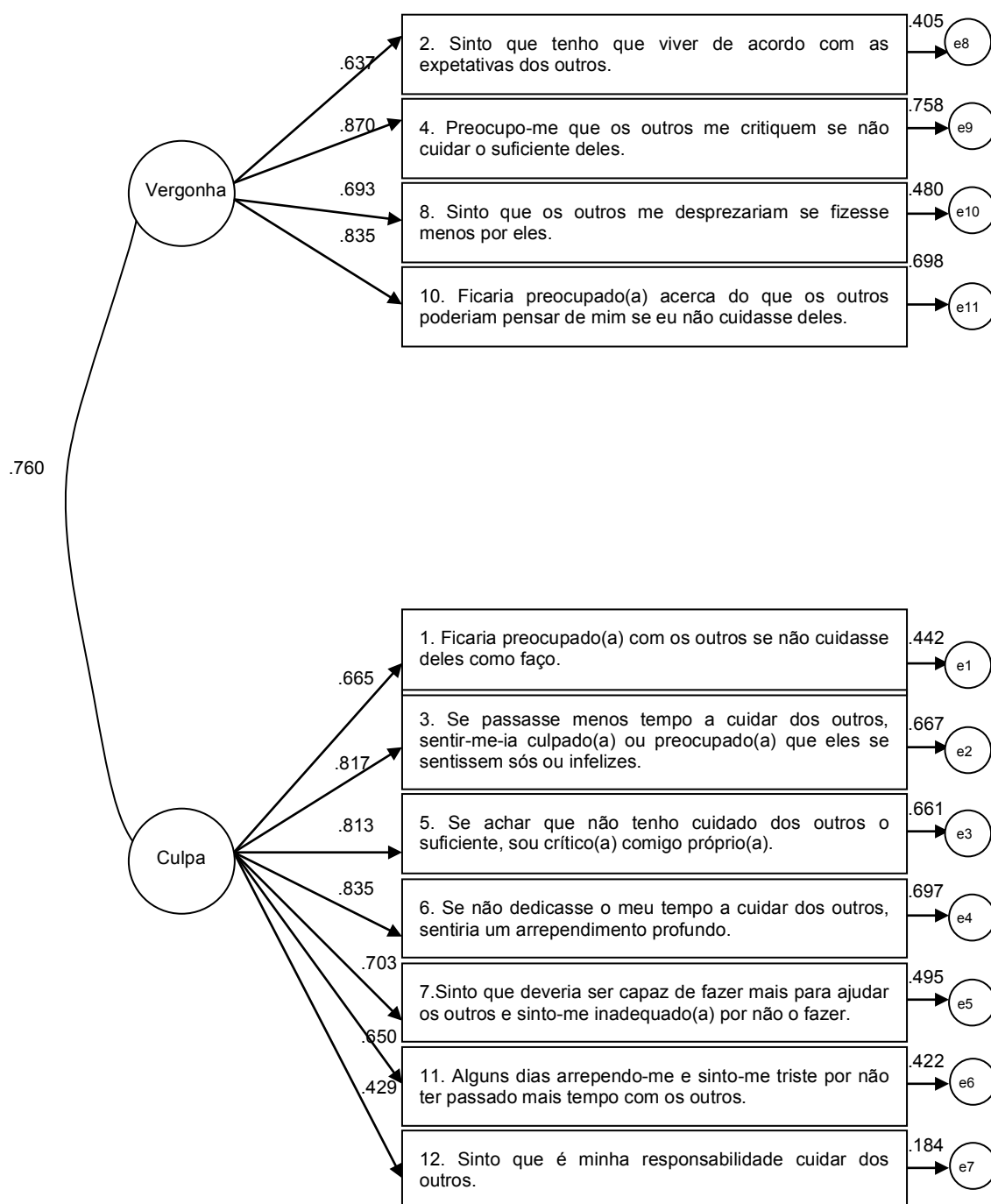


Figura 1. Valores estandardizados de 11 itens da EVCC e correlação com as variáveis latentes (Vergonha e Culpa). Os retângulos representam as variáveis observadas (itens das escalas) e os círculos representam os erros.

#### 4.2.3. Análise multigrupos

Uma vez que o género pode influenciar as propriedades psicométricas

As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)

Ana Sofia de Sá Salgueiro (e-mail: ana.sa.salgueiro@live.com.pt) 2015

de instrumentos de medida que avaliam aspetos psicológicos, traços e emoções, torna-se importante avaliar se a estrutura fatorial de uma medida é invariante ou equivalente para os grupos em análise (Meredith, 1993). Neste estudo realizou-se uma análise multigrupos com o objetivo de avaliar se a estrutura do modelo de medida é equivalente ou invariante, isto é, se é estruturalmente equivalente nas suas propriedades de medida, em diferentes grupos, neste caso, para o género (Marôco, 2010).

A invariância do modelo de medida foi avaliada nos dois grupos por comparação do modelo livre (com pesos fatoriais e variâncias/covariâncias dos fatores livres) com um modelo restrito onde foram fixados os pesos fatoriais e as variâncias/covariâncias dos dois grupos. A significância estatística da diferença dos dois modelos foi feita com o teste do Qui-Quadrado (Marôco, 2010).

Os resultados mostram que o modelo de avaliação da vergonha e da culpa no cuidar apresenta um bom ajustamento para os homens e para as mulheres:  $\chi^2/g.l. = 1.56$ ; CFI = .96; TLI = .95; RMSEA = .049; I.C. 90% para o RMSEA [.032; .065],  $p = .504$ . Adicionalmente, o modelo restrito com pesos fatoriais e variâncias/covariâncias fixas nos homens e mulheres não apresentou um ajustamento significativamente pior do que o modelo com parâmetros livres ( $\chi^2_{dif}(9) = 16.692$ ;  $p = .054 < \chi^2_{.95}(9) = 16.919$ ), demonstrando invariância do modelo entre homens e mulheres.

### 4.3. Estudo da propriedade dos itens

O estudo da propriedade dos itens, assim como o estudo das subsequentes características psicométricas foi conduzido na amostra total ( $N = 464$ ).

No estudo da consistência interna dos itens da EVCC recorreu-se ao cálculo do *alfa de Cronbach*, adotando o valor de .70 como indicio de um nível de consistência interna aceitável (Nunnally, 1978). Os valores de *alfa* dos fatores são superiores a .70, evidenciando que a estrutura fatorial da versão portuguesa da medida apresenta uma boa consistência interna. A fiabilidade do modelo foi calculada através da fiabilidade compósita (FC) dos fatores, e que permite estimar a consistência interna dos itens reflexivos do fator, cujos valores iguais ou superiores a .70 são indicadores de uma fiabilidade de constructo apropriada. A fiabilidade compósita obtida para a dimensão Culpa foi .92 e para a Vergonha .91, o que atesta que todos os itens são, consistentemente, manifestações dos respetivos fatores latentes. Analisou-se a qualidade dos itens através da correlação item-total: a correlação de cada item com a pontuação dos restantes itens do fator a que pertence. Quando este valor é inferior a .30, significa que o item correlaciona-se pobremente com o fator que integra e deve ser eliminado. Tal como expõe a Tabela 3, todas as correlações de *Pearson* obtidas são superiores a .30, o que indica que todos os itens de cada fator contribuem positivamente para o resultado do constructo. Ainda pela análise da Tabela 3, verifica-se que a eliminação do item 12 aumentaria ligeiramente o *alfa de Cronbach* do fator Culpa. No entanto, o item 12 apresenta uma correlação

item-total de .41, claramente superior ao valor recomendado ( $r \geq .30$ , Tabachnick & Fidell, 2007) e contribui para a validade de conteúdo da subescala Culpa, pelo que se optou pela sua manutenção.

**Tabela 3.**

*Média, desvio-padrão e valores da correlação item-total e o alfa de Cronbach se o item for eliminado do respetivo fator, para a amostra da população (N = 464).*

Fatores da EVCC	M	DP	r	$\alpha$ se item removido
<b>Fator 1 – Vergonha (<math>\alpha = .86</math>)</b>				
2. Sinto que tenho que viver de acordo com as expectativas dos outros.	.81	.95	.60	.86
4. Preocupo-me que os outros me critiquem se não cuidar o suficiente deles.	.91	.97	.76	.79
8. Sinto que os outros me desprezariam se fizesse menos por eles.	.62	.88	.68	.82
10. Ficaria preocupado(a) acerca do que os outros poderiam pensar de mim se eu não cuidasse deles.	.92	1.00	.76	.79
<b>Fator 2 – Culpa (<math>\alpha = .87</math>)</b>				
1. Ficaria preocupado(a) com os outros se não cuidasse deles como faço.	1.70	1.08	.61	.85
3. Se passasse menos tempo a cuidar dos outros, sentir-me-ia culpado(a) ou preocupado(a) que eles se sentissem sós ou infelizes.	1.35	1.12	.74	.84
5. Se achar que não tenho cuidado dos outros o suficiente, sou crítico(a) comigo próprio(a).	1.39	1.13	.73	.84
6. Se não dedicasse o meu tempo a cuidar dos outros, sentiria um arrependimento profundo.	1.13	1.07	.77	.83
7. Sinto que deveria ser capaz de fazer mais para ajudar os outros e sinto-me inadequado(a) por não o fazer.	1.23	1.11	.65	.85
11. Alguns dias arrependo-me e sinto-me triste por não ter passado mais tempo com os outros.	1.76	1.15	.60	.85
12. Sinto que é minha responsabilidade cuidar dos outros.	1.37	1.16	.41	.88

#### 4.4. Validade divergente e convergente

Com o objetivo de estudar a validade convergente e divergente do instrumento, foram calculadas matrizes de correlações produto-momento de *Pearson*, de modo a analisar a magnitude e direção das associações entre os dois fatores da EVCC (Vergonha e Culpa), estratégias defensivas (compaixão submissa e submissão), com a vergonha externa, com a qualidade das relações interpessoais (ligação e proximidade aos outros) e a psicopatologia (depressão, ansiedade, stresse), (cf. Tabela 4).

A análise da matriz de correlações de *Pearson* mostrou que ambos os fatores, Vergonha e Culpa, apresentam uma associação positiva e significativa com os sintomas psicopatológicos e com as estratégias defensivas, comprovando a relação entre estas emoções e o sofrimento

As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)

Ana Sofia de Sá Salgueiro (e-mail: ana.sa.salgueiro@live.com.pt) 2015

psicológico. Apesar de na totalidade a subescala Vergonha exibir correlações mais elevadas do que a subescala Culpa, apenas apresenta um efeito moderado com a Depressão. Como esperado, a subescala da Vergonha da EVCC correlaciona-se negativamente com a qualidade das relações interpessoais. O mesmo padrão se verificou com o fator Culpa, no entanto, sem alcançar significância estatística. Globalmente, a análise da magnitude das correlações demonstrou associações baixas a moderadas, e no sentido esperado.

**Tabela 4.**

*Matriz de correlação entre Culpa e Vergonha e DASS-21, ECS, OAS2, SBS e EPLO, na amostra da população (N = 464).*

	Vergonha (EVCC)	Culpa (EVCC)
	População Normal (N = 464)	
Ansiedade (DASS-21)	.282**	.207**
Depressão (DASS-21)	.309**	.177**
Stresse (DASS-21)	.258**	.220**
Compaixão Submissa (ECS)	.610**	.419**
Vergonha Externa (OAS2)	.461**	.301**
Comportamentos Submissos (SBS)	.565**	.428**
Proximidade e Ligação aos Outros (EPLO)	-.229**	-.037

*Nota.* \*\*  $p \leq .01$ . DASS-21 = Escalas de Ansiedade Depressão e Stress – 21; ECS = Escala da Compaixão Submissa; OAS2 = Escala de Vergonha Externa – 2; SBS = Escala de Comportamentos Submissos; EPLO = Escala de Proximidade e Ligação aos Outros.

#### 4.5. Validade temporal

A estabilidade temporal da medida foi determinada através do coeficiente de correlação de *Pearson* para os respetivos fatores. Utilizou-se uma amostra de estudantes universitários ( $N = 32$ ) que voltaram a preencher a EVCC após aproximadamente quatro semanas. Os resultados indicaram uma boa validade temporal para a vergonha ( $r = .77$ ) e para a culpa ( $r = .63$ ).

#### 4.6. Sensibilidade da medida

Tendo em conta os resultados obtidos e com o intuito de melhor perceber a relação entre a Vergonha e Culpa em relação ao cuidar e a psicopatologia, efetuou-se uma análise comparativa por grupos. Ou seja, no sentido de analisar se os indivíduos com mais vergonha e mais culpa (medidas pela EVCC) se distinguiram de indivíduos com pontuações mais baixas na EVCC, em relação a sintomas de Depressão, Ansiedade e Stresse, a variáveis de *ranking* social (vergonha, submissão e compaixão submissa) e a segurança na ligação aos outros, formámos quatro grupos (elevada vergonha e baixa vergonha, elevada culpa e baixa culpa) recorrendo ao valor

As emoções autoconscientes e o papel do cuidador:  
Análise Fatorial Confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)

Ana Sofia de Sá Salgueiro (e-mail: ana.sa.salgueiro@live.com.pt) 2015

da mediana. A análise do Teste *t* de *Student* para amostras independentes (cf. Tabela 5) permitiu apurar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com pontuações altas na subescala Vergonha da EVCC ( $\geq 3$ ), apresentando pontuações mais elevadas nos comportamentos submissos ( $t_{(462)} = 12.47$ ), na vergonha externa ( $t_{(462)} = 9.16$ ), na compaixão submissa ( $t_{(462)} = 13.18$ ), e nos sintomas depressivos ( $t_{(462)} = 5.17$ ), ansiosos ( $t_{(462)} = 4.06$ ) e no stresse ( $t_{(462)} = 4.40$ ). Por outro lado, apresentam pontuações inferiores em termos de proximidade e ligação aos outros ( $t_{(462)} = -3.87$ ). No que concerne a subescala Culpa no cuidar, sujeitos com pontuações mais elevadas ( $\geq 9.5$ ), apresentam níveis mais elevados de comportamentos submissos ( $t_{(462)} = 7.96$ ), de vergonha externa ( $t_{(462)} = 5.12$ ), de compaixão submissa ( $t_{(462)} = 8.78$ ), e de sintomas psicopatológicos, nomeadamente, depressão ( $t_{(462)} = 2.89$ ), ansiedade ( $t_{(462)} = 4.05$ ), e stresse ( $t_{(462)} = 3.66$ ). Relativamente ao tamanho do efeito das diferenças, verifica-se que variam entre “pequeno” ( $.20 \leq d < .50$ ) (e.g., Ansiedade tanto na subescala Culpa como na subescala Vergonha da EVCC), a “grande” ( $d \geq .80$ ) (e.g., Compaixão submissa em ambas as variáveis da escala em estudo).

**Tabela 5 e 6.**

*Médias e desvios-padrão nas variáveis em estudo, com Testes *t* de Student para as diferenças entre sujeitos com a culpa elevada e baixa e com a vergonha elevada e baixa e os respetivo tamanho dos efeitos das diferenças (*d* de Cohen).*

	Elevada vergonha ( <i>n</i> = 235)		Baixa vergonha ( <i>n</i> = 229)		<i>T</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ansiedade (DASS-21)	3.46	3.35	2.24	3.09	4.06	.000	.37
Depressão (DASS-21)	4.26	3.99	2.47	3.43	5.17	.000	.48
Stresse (DASS-21)	6.54	3.99	4.91	4.00	4.40	.000	.40
Compaixão Submissa (ECS)	15.10	7.25	7.21	5.56	13.18	.000	1.22
Vergonha Externa (OAS2)	8.34	5.19	4.27	4.37	9.16	.000	.85
Comportamentos Submissos (SBS)	22.72	7.98	14.14	6.77	12.47	.000	1.16
Proximidade e Ligação aos Outros (EPLO)	38.34	8.36	41.36	8.43	-3.87	.000	-.36

*Nota.* DASS-21 = Escalas de Ansiedade Depressão e Stress – 21; ECS = Escala da Compaixão Submissa ; OAS2 = Escala de Vergonha Externa – 2; SBS = Escala de Comportamentos Submissos; EPLO = Escala de Proximidade e Ligação aos Outros.

	Elevada culpa (n = 232)		Baixa culpa (n = 232)		t	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
Ansiedade (DASS-21)	3.46	3.55	2.25	2.86	4.05	.000	.37
Depressão (DASS-21)	3.88	4.08	2.87	3.50	2.89	.004	.27
Stresse (DASS-21)	6.42	4.07	5.05	3.97	3.66	.000	.34
Compaixão Submissa (ECS)	14.06	7.51	8.34	6.49	8.78	.000	.81
Vergonha Externa (OAS2)	7.54	5.39	5.13	4.75	5.12	.000	.47
Comportamentos Submissos (SBS)	21.45	8.36	15.52	7.68	7.96	.000	.73
Proximidade e Ligação aos Outros (EPLO)	40.01	8.423	39.66	8.63	.44	.659	

*Nota.* DASS-21 = Escalas de Ansiedade Depressão e Stress – 21; ECS = Escala da Compaixão Submissa; OAS2 = Escala de Vergonha Externa – 2; SBS = Escala de Comportamentos Submissos; EPLO = Escala de Proximidade e Ligação aos Outros.

Em síntese, os indivíduos que apresentam mais vergonha e culpa relativamente aos cuidados que prestam aos outros, tendem a apresentar mais comportamentos de submissão e mais compaixão submissa, a ter mais pensamentos e sentimentos acerca de existirem negativamente na mente dos outros, bem como a apresentar níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse. Sujeitos com níveis mais elevados de vergonha no cuidar apresentam mais dificuldades em sentirem-se próximos e seguros nas suas relações interpessoais.

#### IV – Discussão

Segundo o prisma evolucionário, o potencial para sentir compaixão pelo eu e pelos outros é visto como instintivo no ser humano. Contudo, este pode ser refreado ou inibido por outros fatores (Gilbert, 1989; 2005; Mikulincer *et al.*, 2005). A compaixão pode ser descodificada como uma propriedade fenotípica e emergente da mentalidade de prestação de cuidados, que permite a desativação do sistema de ameaça e a redução da sensação de insegurança e das defesas (Gilbert & Procter, 2006). Por outro lado, ao englobar a ativação do sistema de prestação de cuidados, possibilita uma compreensão da dor do outro, corporizada numa intenção genuína de amenizar ou aliviar esse sofrimento (Gilbert, 2005a; 2005b; Gilbert & Procter, 2006). Assim, pode ser concetualizada como a impulsionadora do preocupar-se e, conseqüentemente, do ato de prestar cuidados aos outros

(Bierhoff, 2005; Gilbert, 2005a; 2009; Graber & Mitcham, 2009). Ser compassivo com os outros frequentemente associa-se a consequências positivas (e.g., maior suporte social) quando alicerçado em motivações genuinamente altruístas (Crocker, 2011; Crocker & Canevello, 2008). No entanto, quando os comportamentos não são baseados em motivações orientadas pelo sofrimento do outro, ou seja, quando se fala de uma compaixão submissa (Catarino *et al.*, 2014), há um grupo de consequências negativas que frequentemente surgem (e.g., sintomas psicopatológicos, sentimento de aprisionamento). Por outro lado, um exacerbamento do senso de obrigação também tem um impacto direto na saúde física e mental dos cuidadores (Martin *et al.*, 2006; Springate & Tremont, 2014). É neste contexto que surgem os sentimentos de vergonha e culpa no cuidar, quando as preocupações estão centradas na opinião dos outros ou há um senso de responsabilidade e obrigação exagerado (Martin *et al.*, 2006).

O presente estudo procurou dar um contributo para o estado da arte no que diz respeito aos efeitos que cuidar de alguém tem na vida do cuidador. Assim, reporta-se à adaptação e validação da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (*Caring Shame and Guilt Scale*, Martin *et al.*, 2006) numa amostra de estudantes universitários portugueses. Mais especificamente, pretendeu-se testar a estrutura fatorial da versão portuguesa da EVCC, bem como as suas características psicométricas, em particular, a propriedade dos itens e consistência interna, a validade convergente e divergente e, ainda, o poder discriminativo da medida. O estudo da dimensionalidade da escala, foi efetuado através da Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) e Confirmatória (AFC). Os dados apresentados tratam-se dos primeiros dados da medida existentes, uma vez que no artigo original apenas é revelada, pelos autores, a divisão dos itens pelas subescalas. A AFCP revelou que a EVCC possui uma estrutura bifatorial, como sustentado na versão original da escala, que explica 60.47% da variância total, distribuída pelos dois fatores, onde o Fator Vergonha explica 12.43% e o Fator Culpa explica 48.04%. Relativamente à distribuição dos itens pelos dois fatores, não houve uma correspondência total entre a versão original e a versão portuguesa. Uma explicação possível à não correspondência total entre itens pode prender-se com particularidades semânticas e culturais, podendo na população portuguesa a autocrítica estar mais relacionada com a culpa e não com a vergonha. Pelo enquadramento de Portugal numa cultura ocidental, individualista, enraizada numa tradição de culpa e pecado, relacionada com a prática da religião católica, facilmente se compreende a confusão entre autocriticismo, que resulta da comparação das nossas ações com certos padrões morais internalizados, e culpa, uma vez que esta última tem como foco o possível dano causado ao outro (Gilbert, 1989; Wong & Tsai, 2007).

A estrutura latente concetual e empírica da medida foi testada e confirmada através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFC revelou um modelo com bom ajustamento global e um adequado ajustamento local. Os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 11 variáveis em análise, revelando saturações significativas e de valor apropriado na marcação do respetivo fator. Por sua

vez, os fatores empíricos testados validaram os fatores teóricos propostos e demonstraram bons coeficientes de consistência interna. Realizou-se também uma análise multigrupos, devido à influência que o género poderá ter nas propriedades psicométricas do instrumento de medida, em que os resultados obtidos comprovaram que se trata de um modelo invariante, sendo estruturalmente equivalente para ambos os géneros.

No que concerne à fidedignidade da escala, esta revelou uma boa consistência interna, resultado idêntico ao obtido no estudo original (Martin *et al.*, 2006), numa amostra de 464 estudantes universitários. O estudo da validade convergente da EVCC mostrou associações positivas, de magnitude baixa a moderada, com os indicadores de psicopatologia (depressão, ansiedade e stresse), vergonha externa (OAS2), submissão (SBS) e compaixão submissa (ECS). Estes resultados indicam que, quando os indivíduos sentem mais vergonha e culpa no seu papel de cuidador, tendem a apresentar mais motivações autocentradas para os seus comportamentos, mais sentimentos de vergonha e medo da avaliação dos outros, mais sofrimento psicológico e, por sua vez, mais comportamentos submissos. Estes resultados são esperados e vão de encontro ao que a literatura indica, na medida em que sentir inadequação e culpa no cuidar está associada a consequências negativas na saúde mental do cuidador (Martin *et al.*, 2006; Morse *et al.*, 2012; Underworld, 2009; Vitalino *et al.*, 2003), principalmente quando estão subjacentes motivações autocentradas, relacionadas com a compaixão submissa (Catarino *et al.*, 2014; Gaspar & Castilho, 2014). Em relação à ligação entre a vergonha e culpa e empatia, pode-se afirmar que experiências de vergonha relacionam-se com uma preocupação com a avaliação do *self* por parte dos outros (preocupação egocêntrica), enquanto as experiências de culpa envolvem uma preocupação com o efeito que o *self* tem nos outros (preocupação orientada para os outros) (Tagney & Dearing, 2002). Assim, como esperado, a relação da compaixão submissa é superior com a vergonha, estando em concordância com a literatura, pois em termos de resposta empática, *estados* de culpa estimulam uma resposta empática, enquanto *estados* de vergonha interferem com a ligação empática aos outros (Tagney & Dearing, 2002).

No que diz respeito à associação entre a vergonha e culpa com o cuidar e os comportamentos de submissão, esta encontra-se identificada na literatura. A apreensão de ter traços condenáveis ou não valorizados, ou não ser bom o suficiente, origina perceções de se ter uma posição baixa no *ranking* social em domínios que são valorizados, estimados e relevantes para os outros (Gilbert, 1997; 2000). O medo de perder esse estatuto e de ser visto como não atrativo e inferior ativa comportamentos submissos (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1997; Gilbert & McGuire, 1998), que operam como uma estratégia de apaziguamento (Allan & Gilbert, 1995; Gilbert & McGuire, 1998), evitando o conflito e a subsequente rejeição. Pelo facto da vergonha e dos comportamentos de submissão estarem intimamente ligados ao sistema de defesa e à mentalidade *ranking*, vulnerabilizam o indivíduo para a psicopatologia (Gilbert & Procter, 2006; McEwan *et al.*, 2012), pois pessoas que tendencialmente sentem vergonha experienciam mais



sofrimento emocional e pessoal (e.g., depressão) (Gilbert, 2005b; Tagney & Dearing, 2002). Isto é visível nos dados de um estudo de McEwan e colaboradores (2012): cuidar quando associado a variáveis de *ranking* social relaciona-se com depressão numa amostra de estudantes, e com depressão, ansiedade e stresse numa população clínica. Esta ideia é corroborada no estudo original da escala (Martin *et al.*, 2006), uma vez que transparece uma relação significativa entre a vergonha na relação de cuidados e a depressão, sendo que a relação entre a culpa e a depressão não alcança significância estatística. Contudo, no presente estudo, foi também encontrada uma relação negativa com a culpa, que pode ser explicada devido à construção e compreensão semântica dos itens que compõem a subescala. Esta relação vai ao encontro dos dados recolhidos na metanálise de Kim, Thibodeau e Jorgensen (2011), onde foi distinguida uma relação significativa entre depressão e culpa, porém, sendo de força inferior relativamente à relação entre vergonha e depressão. Os resultados obtidos indicaram uma relação negativa significativa entre a vergonha e a qualidade e segurança nas relações interpessoais. Isto é também evidenciado na literatura, onde a vergonha ao surgir associada a preocupações centradas na imagem do eu, e dessa forma, a uma compaixão não genuína, resvala numa deterioração das relações interpessoais, resultando em mais conflito, solidão e sentimentos negativos (medo, confusão) e afastamento (Crocker, 2011; Crocker & Canevello, 2008; Tagney & Dearing, 2002). Por seu lado, a culpa não atinge significância estatística relativamente à qualidade das relações interpessoais. Isto pode dever-se ao facto da culpa parecer associar-se mais à mentalidade de prestação de cuidados, conduzindo a sentimentos de arrependimento e uma procura de reparação do dano causado (Tagney & Dearing, 2002).

Para testar a sensibilidade da medida conduziu-se um estudo comparativo entre dois pares de grupos com sujeitos com elevada culpa e vergonha e baixa culpa e vergonha e as variáveis em estudo. Os resultados sugerem que os indivíduos que sentem mais vergonha e culpa relativamente ao seu papel de cuidador, tendem a apresentar mais comportamentos e motivações submissas, a percecionaram-se como existindo negativamente na mente dos outros, bem como a apresentar níveis mais elevados de sintomas de ansiedade, depressão e stresse. Sujeitos com níveis mais elevados de vergonha sentem-se menos seguros e manifestam menos prazer na ligação e proximidade aos outros.

### 5.1. Implicações clínicas e limitações

Apesar de se tratar de um estudo preliminar, que requer a sua replicação em diferentes tipos de população (e.g., cuidadores, população clínica, população geral), podem ser retiradas algumas implicações clínicas importantes. Primeiramente, em contexto clínico, seria importante avaliar as motivações intrínsecas aos comportamentos de cuidado, dada a relação da compaixão submissa, isto é, das motivações autocentradas, com a vergonha e a culpa. Em segundo lugar, a vergonha e a culpa podem surgir no seguimento de uma deterioração da imagem que o indivíduo tem de si

enquanto cuidador ou devido a um exacerbamento da sua responsabilidade. Assim, em consulta com alguém que cuida de outro seria útil discutir fatores sociais e ambientais (e.g., sobrecarga) que possam estar a interferir na sua capacidade de compaixão, de forma a possibilitar a recuperação da sua autoestima e da visão de si enquanto cuidador. Dado que vivemos numa sociedade intensa e extenuante, um total compromisso para cuidar dos outros poderá ser considerado utópico, em termos de tempo, responsabilidades e recursos. Assim, uma forma de aliviar a vergonha e a culpa seria trabalhar as expectativas que o sujeito tem relativamente à sua função, à sua responsabilidade e à sua capacidade.

Ao nível das limitações, em primeiro lugar, este estudo deve ser replicado junto de amostras diferentes (e.g., população clínica, adultos, cuidadores), para possibilitar a generalização dos dados e a exploração das diferenças entre géneros e outras características demográficas, de forma a alcançar dados relativos a fatores de vulnerabilização para a culpa e a vergonha no cuidar. Em segundo lugar, o estudo encontra-se vulnerável a enviesamentos, uma vez que se trata de um instrumento de autorresposta, estando desprotegido, por exemplo, relativamente a um viés relacionado com a desejabilidade social. O facto de se tratar de um estudo transversal também acarreta limitações, uma vez que não permite extrair relações de causalidade entre as variáveis.

## VI – Conclusão

Em suma, a versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar apresenta-se como uma medida de autorresposta robusta, válida e com potencial para avaliar os sentimentos de vergonha e culpa na relação de prestação de cuidados, podendo ser aplicada no contexto clínico e de investigação.

## VII – Bibliografia

- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293–299. doi: 10.1016/0191-8869(95)00086-L.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 467–488. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238.
- Bierhoff, H. (2005). The psychology of compassion and prosocial behavior. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 148-167). London: Routledge.

- Buss, D.M. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39(3), 502-512. Disponível em: [http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/group/busslab/pdf/evolution\\_of\\_human\\_mating\\_2007.pdf](http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/group/busslab/pdf/evolution_of_human_mating_2007.pdf).
- Castilho, P. (2011). Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Catarino, F., Gilbert, P., McEwan, K., & Baião, R. (2014). Compassion Motivations: distinguishing submissive compassion from genuine compassion and its association with shame, submissive behavior, depression, anxiety and stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(5), 399-412. doi: 0.1521/jscp.2014.33.5.399.
- Cole-King, A., & Gilbert, P. (2011). Compassionate care: The theory and the reality. *Journal of Holistic Healthcare*, 8(3), 29-37. Disponível em: <http://planetreegrove.com/wp-content/uploads/2013/08/Compassionate-care.-The-theory-and-the-reality.pdf>
- Costello, A.B., & Osborne, J.W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9. Disponível em: <http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf>
- Crocker, J. (2011). The paradoxical consequences of interpersonal goals: Relationships, distress, and the self. *Psychological Studies*, 56(1), 142-150. doi: 10.1007/s12646-011-0064-3.
- 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.
- Eisenberg-Berg, N., & Neal, C. (1979). Children's moral reasoning about their own spontaneous prosocial behavior. *Developmental Psychology*, 15(2), 228-229. doi: 10.1037/0012-1649.15.2.228.
- Fornell, C., & Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Gaspar, C., & Castilho, P. (2014). A Compaixão Submissa: Análise fatorial confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Motivos para a Compaixão (MCS). Manuscrito em Preparação.
- Gaspar, C., & Castilho, P. (2014). A Compaixão Submissa: Análise fatorial confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Motivos para a Compaixão (MCS). Manuscrito em Preparação.
- Gilbert, P. (Ed.) (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1998). What Is Shame? Some core issues and controversies. In P.

- Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-38). New York, NY: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113-147. doi: 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174-189. doi: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U.
- Gilbert, P. (2005a). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R. & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6135-6143.
- Gilbert, P., & McGuire, M. (1998). Shame status and social roles. *Psychobiology and evolution*. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 99-125). New York, NY: Oxford University Press.
- Gilbert, P., Price, J.S., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13(2), 149-165. doi: 10.1016/0732-118X(95)00002-X.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507.
- Gillath, O., Shaver, P., & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 121-147). London: Routledge.
- Goetz, J.L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. doi: 10.1037/a0018807.
- Gonyea, J.G., Paris, R., & Zerden, L. (2008). Adult daughters and aging mothers: the role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging and Mental Health*, 12(5), 559-567. doi: 10.1080/13607860802343027.

- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures. I: The 'other as shamer scale'. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713–717. doi: 10.1016/0191-8869(94)90149-X.
- Graber, D.R., & Mitcham, M.D. (2009). Compassionate clinicians: Exemplary care in hospital settings. In B. Fehr, S. Sprecher, & L. G. Underwood (Eds.), *The science of compassionate love: Theory, research, and applications* (pp. 345–372). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis* (5<sup>th</sup> ed). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. doi: 10.1037/a0021466.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY: The Guilford Press.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., & Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 650-660. doi: 10.1017/S1041610210000074.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Lyonette, C., & Yardley, L. (2003). The influence on carer wellbeing of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient. *Aging and Society*, 23, 487–506. doi: 10.1017/S0144686X03001284.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Reportnumber.
- McEwan, K., Gilbert, P., & Duarte, J. (2012). An exploration of competitiveness and caring in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 19-36. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02010.x.
- Martin, Y., Gilbert, P., McEwan, K., & Irons, C. (2006). The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 10(2), 101-106. doi: 10.1080/13607860500311953.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The other as shamer scale – 2: Development and validation

- of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11. doi: 10.1016/j.paid.2014.09.037.
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58(4), 525-543. doi: 10.1007/BF02294825.
- Mikulincer, M., Shaver, P., Gillath, O., & Nitzberg, R. (2005) Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 817-839. doi: 10.1037/0022-3514.89.5.817.
- Morse, J.Q., Shaffer, D.R., Williamson, G.M., Dooley, W.K., & Schulz, R. (2012). Models of self and others and their relation to positive and negative caregiving responses. *Psychology and Aging*, 27(1), 211-218. doi: 10.1037/a0023960.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2<sup>a</sup> ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress (EDAS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pallant J. (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4<sup>a</sup> ed). Open University Press.
- Phillips, T., Barnard, C., Ferguson, E., & Reader, T. (2008). Do humans prefer altruistic mates? Testing a link between sexual selection and altruism towards non-relatives. *British Journal of Psychology*, 99(4), 555-572. doi:10.1348/000712608X298467.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. doi:10.1037/0882-7974.18.2.250.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journals of Gerontology*. 62b(2), 126-137. doi: 10.1093/geronb/62.2.P126.
- Spillers, R.L., Wellisch, D.K., Kim, Y., Matthews, B.A., & Baker, F. (2008). Family caregivers and guilt in the context of cancer care. *Psychosomatics*, 49(6), 511-9. doi: 10.1176/appi.psy.49.6.511.
- Springate, B.A., & Tremont, G. (2014). Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. *Journal of Applied Gerontology*, 22(3), 294-300. doi: 10.1016/j.jagp.2012.09.006.
- Steiger, J.H. (1990). Structural model evaluation and modification: an interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180. Disponível em: <http://www.statpower.net/Steiger%20Biblio/Steiger90b.pdf>
- Steiger, J.H., & Lind, J.C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. In *Annual Meeting of the Psychometric Society*, Iowa City, May, 30, 1980.

- Tabachnick, G.G., & Fidell, L.S. (2007). *Experimental designs using ANOVA*. Belmont, CA: Duxbury.
- Tangney J. P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York, NY: Guilford.
- Tucker, L.R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1-10. doi: 10.1007/BF02291170.
- Underwood, G. (2009). Compassionate love: A framework for research. In B. Fehr, S. Sprecher & L. Underwood (Eds.), *The science of compassionate love: Theory, research, and applications* (pp. 3-25). Malden, MA: Blackwell.
- Vitalino, P.P., Zhang, J., & Scanlan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972. doi: 10.1037/0033-2909.129.6.946.
- Volling, B.L., Kolak, A.M., & Kennedy, D.E. (2008). Empathy and compassionate love in early childhood: Development and family influence. In B. Fehr, S. Sprecher & L. G. Underwood (Eds.), *The science of compassionate love: Theory, research, and applications* (pp. 161–200). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D., & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panelmodels. In D.R. Heise (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 84-136). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Wong, Y., & Tsai, J.L. (2007). Cultural models of shame and guilt. In J. Tracy, R. Robins & J. Tangney (Eds.). *Handbook of self-conscious emotions* (pp. 210-223). New York, NY: Guilford Press.