



UC/FPCE_2018

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O papel do sistema de tranquilização e afiliação e seus *outputs* na qualidade de vida profissional: a satisfação por compaixão em profissionais de reabilitação

Margarida Dinis Tomé (e-mail: margaridatome3@gmail.com)

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

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Castilho, pela forma bondosa com que me orientou durante este percurso. Por ser a prova de que uma boa opção nunca vem só; por me ensinar que é possível colocar compaixão em tudo o que fazemos. Pela sua imensa sabedoria.

Às Associações que, juntando mais um gesto de altruísmo aos seus dias, participaram no presente projeto de investigação: Associação Socio-Cultural dos Deficientes de Trás os Montes; Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa, do Porto, de Santarém, de Soure, de Viseu, de Valpaços; Associação de Paralisia Cerebral de Viseu, de Coimbra; Associação Somos Nós; Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo de Coimbra, de Viseu, de Setúbal; Associação de Famílias Solidárias com a Deficiência Cavalo Azul; Associação Nacional de Displasias Ósseas; Associação Educar, Reabilitar, Incluir Diferenças; Associação de Beneficência Popular de Gouveia; Centro de Desenvolvimento Infantil do Porto; Associação Nacional de Arte e Criatividade de e para Pessoas com Deficiência; Associação Salvador; Associação O Fio de Ariana; Associação dos Amigos das Deficiências Intelectuais e Desenvolvimentais; Centro de Apoio a Deficientes de Santo Estêvão; Raríssimas – Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras; Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal; Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã; Centro de Reabilitação Profissional de Gaia; Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais; Centro de Recuperação de Crianças Deficientes e Inadaptadas de Oliveira de Azeméis; Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Ovar; Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado de Montijo e Alcochete; Cooperativa de Empreendedorismo para o Desenvolvimento Económico e Social de Todo o País; Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Pombal; Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade de Lisboa. Um agradecimento muito carinhoso ao Doutor Paulo Santos, à Lena e à Dora, por todo o auxílio na entrega dos questionários.

À Doutora Ana Xavier, pela ajuda na estatística; pelo tempo disposto.

À equipa da APPDA Coimbra, por me ensinar o verdadeiro significado de cuidar.

À Joana, à Catarina, à Inês, à Frederica e à Mafalda, por de colegas termos passado a amigas. Pela entreaajuda que se transformou em afeto genuíno.

Ao Rafael, por ser um porto de abrigo. À Catarina, pela presença em todos os momentos e pelos laços tão fortes. À Lia, pelo calor do chá e do abraço; pelas palavras de encorajamento. Ao Rui, pelo carinho constante e demonstrado de todas as formas possíveis. Ao Fábio, por ser o amigo que sempre sonhei ter. À Mariana, por ser a minha base segura. À Carolina e à Mariana, por terem o amor e a tranquilidade do lugar onde nasci.

Ao João, pelo humor que acompanha o afeto. Ao Tiago, pelos mimos e momentos juntos. Ao meu pai, por me segurar e me suportar; por ser segurança e carinho. À minha mãe, por cuidar sempre de mim, de todas as maneiras e feitios; por todos os seus gestos serem uma forma de amor.

A todos, a minha eterna gratidão.

Nota introdutória

Os profissionais de reabilitação podem experienciar, pela prestação compassiva de cuidados que caracteriza a sua profissão, um estado de contentamento, felicidade, conectividade e recompensa emocional: a satisfação por compaixão, valência positiva da qualidade de vida profissional (Alkema, Linton, & Davies, 2008; Figley, 1995; Marcal & Trifoso, 2017; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian, 2013; Stamm, 2010). O estado da arte aponta como fatores contributivos para a satisfação por compaixão o autocuidado, a autocompaixão, o suporte social e o afeto positivo em várias profissões de prestação de cuidados (e.g., contextos de enfermagem, cuidados paliativos e serviço social - Alkema et al., 2008; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Radey & Figley, 2007). Não obstante, existe uma carência de investigação científica que explore o impacto do sistema de tranquilização e afiliação (e dos seus *outputs* emocionais e relacionais – afeto positivo, ligação e proximidade aos outros) na satisfação por compaixão, bem como do seu estudo em profissionais de reabilitação, na área da deficiência ou incapacidade. Com efeito, temos conhecimento de apenas um estudo que explore a autocompaixão em profissionais de reabilitação (Azad, Shariat, Farhadi, & Shahidi, 2018), sendo que este comprova a importância de competências de autotranquilização no bem-estar psicológico destes profissionais.

Assim, o presente estudo tem como objetivo explorar o impacto do sistema de tranquilização e afiliação (e dos seus *outputs*) na satisfação por compaixão experienciada por profissionais de reabilitação.

Índice

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Metodologia	7
Resultados	12
Discussão	18
Bibliografia.....	23

Tomé, M., & Castilho, P. (2018). *A satisfação por compaixão em profissionais de reabilitação: o contributo da autocompaixão, do afeto positivo e da ligação aos outros*. Manuscrito em preparação.

Tomé, M., & Castilho, P. (2018). *Compassion satisfaction in rehabilitation professionals: the impact of self-compassion, positive affect and social safeness*. Manuscript in preparation.

Resumo

No contexto da reabilitação, os profissionais de ajuda, pelos cuidados prestados e compaixão dirigida aos utentes, podem vivenciar uma sensação de profunda felicidade e conexão no contexto laboral: a satisfação por compaixão. A literatura identifica como preditores desta satisfação o autocuidado, a autocompaixão, o afeto positivo e o suporte social. No entanto, carece de investigação o papel do sistema de regulação emocional de tranquilização e afiliação (autocompaixão, *outputs* emocionais e relacionais, como o afeto positivo e a ligação e proximidade aos outros) na satisfação por compaixão em profissionais de reabilitação. Assim, o presente estudo visou explorar o impacto da autocompaixão, dos tipos de afeto positivo (i.e., ativo, relaxado, seguro) e da ligação e proximidade aos outros na satisfação sentida por estes profissionais. Uma bateria de instrumentos de autorresposta que medem as variáveis em estudo foi preenchida por 152 profissionais de Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade. O estudo correlacional revelou associações positivas significativas, como esperado. Com recurso a uma regressão linear múltipla, verificou-se que o afeto ativo prediz a satisfação por compaixão. O modelo mediacional explicativo do papel da autocompaixão na satisfação por compaixão mediado pelo afeto ativo e ligação e proximidade aos outros mostrou-se significativo e explica 24% da variância da variável dependente. Os resultados sugerem que a estimulação do sistema de afiliação e tranquilização (ao qual está ligada a autocompaixão) se revela fundamental para a qualidade de vida que o profissional de reabilitação vivencia como cuidador (satisfação por compaixão).

Palavras chave: Satisfação por compaixão, autocompaixão, afeto positivo, ligação e proximidade aos outros, reabilitação.

Abstract

Helping professionals, in the rehabilitation context, provide care and compassion to the individuals they assist. As such, they may experience compassion satisfaction, the state of happiness and connectedness derived from their role as a caregiver. Research has shown that self-care, self-compassion, positive affect and social support can contribute to compassion satisfaction. Nevertheless, there is an absence of studies exploring the role and the activation of the soothing system (self-compassion, emotional and social *outputs*, such as positive affect and social safeness) in compassion satisfaction felt by rehabilitation professionals. The present study aimed to understand the impact of self-compassion, types of positive affect (i.e., active, relaxed, safe) and social safeness in rehabilitation professionals' compassion satisfaction. A series of self-report instruments measuring these variables were completed by 152 rehabilitation professionals. Correlational analysis demonstrated significant positive correlations, as expected. A multiple linear regression showed that active affect significantly predicts compassion satisfaction. A mediational model of the relationship between self-compassion and compassion satisfaction mediated by active affect and social safeness significantly explained 24% of the dependent variable's variance. Thus, the results obtained suggest that of the soothing system (to which self-compassion is related) is fundamental to the quality of life experienced by the professional as a caregiver (compassion satisfaction).

Key Words: Compassion satisfaction, self-compassion, positive affect, social safeness, rehabilitation.

I – Introdução

Os seres humanos são seres emergentes do processo evolutivo e filogenético, sendo o cérebro (mente) o resultado desse mesmo processo (Castilho, 2011; Gilbert, 2009). O cérebro e a mente que possuímos são o resultado de um passado de tentativas e aperfeiçoamentos de adaptação, desenhados de determinada forma para cumprir certas funções, relacionadas com a reprodução, a obtenção de recursos e prosperidade, a segurança no grupo e a sobrevivência. Percebe-se, então, que esta mente evoluída contém uma série de sentimentos, emoções, fantasias e desejos com uma história partilhada com os outros seres vivos. Como espécie social que somos, a nossa sobrevivência e oportunidades reprodutivas dependem da forma como nos relacionamos intra e interpessoalmente. Possuímos necessidades inatas de pertença, de conexão/ligação, de valorização pelos outros e de participação em relações de partilha (Baumeister & Leary, 1995).

Investigações recentes na área das neurociências da emoção e da neurofisiologia demonstraram que os seres humanos são dotados de três sistemas de regulação de afeto: 1) o sistema de ameaça-defesa; 2) o sistema de procura de incentivos e recompensas (*drive*); e 3) o sistema de *soothing*, contentamento, segurança e ligação aos outros, que funcionam em mútua interdependência e reciprocidade, estando os dois últimos associados a diferentes tipos de afeto positivo (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). O sistema de ameaça-defesa tem como função a identificação rápida de ameaças, energizando o organismo através de emoções como a ansiedade, raiva ou aversão, e impulsionando ações de autodefesa tanto comportamentais (e.g., fuga, luta, submissão) como cognitivas e fisiológicas, operando na amígdala e potenciando a produção de cortisol (Gilbert, 2009, 2014). Por sua vez, o sistema de procura de incentivos e recursos está associado à vitalidade e entusiasmo, mobilizando comportamentos de procura/aquisição e esforços dirigidos à concretização de objetivos valorizados e recompensadores (i.e., centra-se no querer, perseguir, alcançar e consumir) (Panksepp, 1998). Por último, o sistema de *soothing* e contentamento está na origem de sentimentos de felicidade, segurança (*safeness*), tranquilidade e conexão com os outros, estando os circuitos neurofisiológicos deste sistema relacionados com os opiáceos endógenos (oxitocina) (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman, & Feldman, 2010). A sua ativação advém da troca de sinais sociais positivos e recíprocos, como o abraçar ou acarinhar, e, quando ativado, emerge a sensação de ser amado e querido pelos outros. Este sistema está intimamente ligado à bondade, ao calor, ao afeto, à compaixão e à prestação de cuidados (Castilho, 2011; Gilbert, 2009; Gilbert et al., 2009).

Além do seu efeito tranquilizador, calmante e de segurança, este sistema, por estar relacionado com a afiliação, a bondade e a ligação aos outros, proporciona uma maior e mais ativa exploração do meio e da interação com os outros, criando na mente um estado de segurança (Castilho, 2011; Leiberg, Klimecki, & Singer, 2011). Neste padrão de organização mental sentimo-nos seguros, relaxados, com uma atenção aberta ao

momento presente, curiosos, exploradores e não defensivos (Gilbert, 1993; Gilbert & Choden, 2013). O contentamento implica um estado de tranquilidade, de quietude e de bem-estar, com o sistema de proteção e defesa desligado, o que é por si só demonstrativo da sua importância para a regulação do afeto negativo e stresse e para os sentimentos de segurança e felicidade (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Ou seja, este sistema de regulação de afeto funciona como inibidor dos restantes (i.e., diminui a percepção de ameaça e a procura de incentivos), permitindo, deste modo, que o indivíduo não apenas se sinta relaxado e seguro, mas também acione comportamentos de exploração, partilha, jogo, afiliação, convívio e estabelecimento de laços (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Fredrickson, 2001; Gilbert et al., 2008a; Richardson, McEwan, Maratos, & Sheffield, 2016), com a experiência de sentimentos de felicidade, serenidade, contentamento e prazer social (Panksepp, 2000). Deste modo, a natureza deste sistema de afeto positivo (e dos seus *outputs*) explica porque é regulado pelas relações sociais, na medida em que o ser humano, pela sua jornada evolucionária, é extremamente responsivo aos sinais sociais (e.g., toque, abraço, tom de voz, postura corporal, expressão facial). Estes sinais funcionam como reguladores de ativação de respostas emocionais, de processos fisiológicos (e.g., produção de cortisol) e de maturação neurocortical (Schore, 1994). A partilha de afeto positivo estimula o sentimento de estar ligado, existindo uma orientação tácita e evolucionária de estimular afeto positivo nos outros. As relações afiliativas e interpessoais influenciam a fisiologia ao longo da vida (Castilho, 2011; Schore, 1994), sendo que a fisiologia da prestação de cuidados nas relações de proximidade envolve sistemas cerebrais evoluídos e integrados (e.g., oxitocina, vasopressina) nucleares para o desenvolvimento da autocompaixão. Assim, a autocompaixão deriva da evolução do sistema fisiológico dos mamíferos subjacente à vinculação e ao comportamento de prestação de cuidados (Gilbert, 2005) e traduz-se num estado interno de calma, comportamentos ativos de exploração, criatividade, afiliação e cuidado pelo eu. A relação interna autocompassiva implica o investimento e a atenção para com o objeto de cuidado (eu), a supressão da agressão, a responsividade à sua angústia e sofrimento, a avaliação e satisfação das suas necessidades, a empatia, a simpatia, o não-julgamento e o calor emocional dirigidos ao próprio (Gilbert, 2009; Gilbert & Procter, 2006b).

A (auto)compaixão é uma qualidade da mente assumida e integrada nos ensinamentos centenários do Budismo, tendo sido amplamente investigada no que concerne à sua natureza e benefícios nas últimas décadas (Gilbert, 2009, 2010; Neff, 2003a; Neff & Germer, 2013; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Apesar da diversidade de modelos conceptuais, existe um consenso inegável de que a compaixão pressupõe o desejo de que os outros estejam livres de sofrimento, a consciência da angústia experienciada por estes, a bondade, e o esforço ativo e intencional no sentido do seu alívio (Dalai Lama, 2001; Gilbert, 2009). Cultivar o eu compassivo significa estimular o compromisso genuíno e profundo em ajudar, a sabedoria (compreensão, reconhecimento e empatia pelo eu) e força e coragem, o que

proporciona uma fonte de vitalidade, felicidade interna, aceitação e amor profundo pelo eu, com implicações consistentes e concretas na relação com os outros e com o ambiente físico envolvente (Dalai Lama, 2003; Gilbert & Choden, 2013).

A investigação sobre os processos relacionados com o estar no momento presente (e.g., *mindfulness*), a aceitação e a compaixão tem sofrido um incremento exponencial e significativo, comprovando-se, de forma inquestionável, o papel positivo da compaixão no bem-estar psicológico (Gunnell, Mosewich, McEwen, Eklund, & Crocker, 2017; Hall, Row, Wuensch, & Godley, 2013; MacBeth & Gumley, 2012). A adoção de uma atitude compassiva e tranquilizadora para consigo mesmo encontra-se associada a estados afetivos positivos (López, Sanderman, Ranchor, & Schroevers, 2018; Neff et al., 2007) e à qualidade de vida global (Neff & Germer, 2013) e profissional (Dev, Fernando, Lim, & Consedine, 2018; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016; Neff, 2012). Ademais, a autocompaixão mostrou estar relacionada com a adoção de comportamentos pró-sociais e com a vivência de segurança, confiança, suporte e proximidade nas relações interpessoais (Bierhoff, 2005; Lindsay & Creswell, 2014; Salazar, 2015).

Tem sido também demonstrada uma associação entre autocompaixão e compaixão pelos outros, preocupação com os demais e adoção de comportamentos de ajuda (Neff & Pommier, 2013; Welp & Brown, 2014). Estes dados são consistentes com os ensinamentos tradicionais da psicologia budista – tal como afirma o 14º Dalai Lama (2003), o cuidado e a compaixão para com o próprio são basilares ao desenvolvimento de compaixão genuína para com os outros, ou seja, cuidar dos outros requer, impreterivelmente, cuidar de si. Assim, a cultivação da autobondade possibilita que se gere a perceção de todos os seres cientes como merecedores de afeto, traduzindo-se em pensamentos e comportamentos compassivos (Makransky, 2012). Estas qualidades da mente sábia (e.g., bondade, coragem, ligação aos outros e alívio consciente do sofrimento) coabitam na mente como sementes, que necessitam de cuidado e estimulação persistente e intencional para crescerem e, desta forma, mudarem o modo habitual e automático de funcionamento da mente/cérebro. O ser humano, pela sua interconectividade e humanidade comum (qualidade da (auto)compaixão), possui a responsabilidade ética de desenvolver e demonstrar compaixão pelos demais, prestando atenção e cuidando do bem-estar da totalidade dos seres (compaixão global) (Dalai Lama, 2001; P. Ekman, 2008). Por sua vez, ao ser exercida em contexto laboral, a compaixão cria espaços socio-relacionais em que os destinatários são compreendidos e cuidados; indivíduos compassivos formam instituições compassivas (Benner, 2002; Nussbaum, 2003).

Os profissionais da área da reabilitação e apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade têm um papel determinante na vida, saúde e bem-estar dos utentes, uma vez que promovem nestes uma vivência autodirigida e um papel contributivo e participativo na comunidade (Gray-Stanley & Muramatsu, 2014; Lourenço, 2011; Smyth, Healy, & Lydon, 2015; Taylor, Bradley, & Warren, 1996). As suas tarefas são diversificadas e

complexas: envolvem prestação de cuidados, promoção da inclusão, gestão de comportamentos desadequados, aquisição de competências pessoais, sociais e profissionais, assistência nas atividades de vida diária e apoio em diversas áreas (Caçote & Faria, 2016; Gray-Stanley & Muramatsu, 2014; Hatton et al., 1999; Hewitt & Larson, 2007; Lourenço, 2011; Proença & Cristina, 2013). Por outro lado, a condição de deficiência implica limitações sociais, médicas e/ou pessoais que tornam imprescindível uma supervisão constante e auxílio por parte dos cuidadores (Prata, 2014). Partindo deste referencial, parece-nos que a compaixão é uma componente indissociável deste tipo de trabalho: os profissionais de ajuda são movidos por valores compassivos e um desejo altruísta de contribuir para a melhoria das condições individuais e sociais (Radey & Figley, 2007).

Estando repleta de exigências físicas e emocionais, e requerendo uma prestação de cuidados humanística e compassiva, o exercício de profissões de auxílio aos outros pode levar à experiência de *burnout* (Devereux, Hastings, Noone, Firth, & Totsika, 2009; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Griffith, Barbakou, & Hastings, 2014; Smyth, Healy, & Lydon, 2015) ou de fadiga por compaixão. Este fenómeno é definido como a consequência de auxiliar (ou do desejo de auxiliar) alguém em sofrimento, sendo frequentemente descrita como “o custo de cuidar” (Figley, 2002, p. 1436). De facto, existe uma escassez de literatura que retrate a fadiga por compaixão em contextos de apoio à pessoa com deficiência. Não obstante, cuidar de pessoas dependentes, em sofrimento persistente ou cuja condição é permanente (e.g., deficiência ou incapacidade) pode constituir um precipitante da fadiga por compaixão (Markaki, 2014).

Por oposição, a satisfação por compaixão representa o contentamento com o seu papel de cuidador, i.e., refere-se ao estado positivo de felicidade e conectividade experienciados em contexto laboral (Figley, 1995; Marcal & Trifoso, 2017), correspondendo à valência positiva da qualidade de vida profissional tal como conceptualizada por Stamm (2010). A atitude compassiva indispensável ao exercício de profissões de ajuda nem sempre ativa estados de fadiga e depleção, podendo, alternativamente, levar à sensação de felicidade e de recompensa emocional pelo cuidado prestado (Alkema et al., 2008; Slocum-Gori et al., 2013). Verifica-se uma carência de investigação científica acerca da satisfação por compaixão em técnicos de reabilitação; no entanto, esta tem sido estudada noutras profissões de prestação de cuidados (e.g., contextos de enfermagem, cuidados paliativos e serviço social), identificando-se como fatores contributivos para a mesma o afeto positivo, o autocuidado, a autocompaixão e o suporte social (Alkema et al., 2008; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Radey & Figley, 2007).

Com efeito, e de acordo com Stuntzner (2014), urge examinar o efeito da autocompaixão no relacionamento terapêutico dos profissionais de reabilitação com os utentes e desenvolver estratégias para a sua prática em contexto laboral. Tal como referido anteriormente, a autocompaixão está associada a um funcionamento interpessoal mais eficaz, aumentando qualidades indispensáveis à prática reabilitativa, como o altruísmo e a preocupação empática (Neff & Pommier, 2013), bem como uma maior

bondade para com os utentes (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). A autocompaixão é, desta feita, um pré-requisito imprescindível a uma prestação de cuidados compassiva e humanística, aumentando a qualidade empática dos serviços e potenciando os resultados terapêuticos e de reabilitação (Gustin & Wagner, 2013; Raab, 2014). Em acréscimo, a nível individual, a autocompaixão contribui para o bem-estar psicológico dos profissionais de reabilitação. Azad, Shariat, Farhadi e Shahidi (2018) avaliaram, numa amostra de cinquenta e quatro cuidadores profissionais de indivíduos com deficiência, a autocompaixão, a autoestima e o bem-estar psicológico. Os autores concluíram que a autocompaixão prediz significativamente o nível de bem-estar, o que sugere que esta competência se revela importante para o ajustamento psicológico destes técnicos (Azad et al., 2018).

O presente estudo procurou, na globalidade, compreender como o sistema de tranquilização e afiliação (e os seus *outputs*) influencia a qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão) nos técnicos de reabilitação na área da deficiência ou incapacidade. O primeiro objetivo prendeu-se com a análise da forma como a autocompaixão, os tipos de afeto positivo e a ligação e proximidade aos outros se relacionam com a satisfação por compaixão. Colocou-se a hipótese que os profissionais de reabilitação mais autocompassivos demonstrariam: a) mais afeto positivo (maior vitalidade, segurança e tranquilidade); b) maior sensação de proximidade e segurança nas suas relações sociais; e c) maior satisfação por compaixão. O segundo objetivo deste estudo visou explorar a contribuição relativa dos *outputs* afetivos (e.g., ativo, relaxado e seguro) na satisfação por compaixão. Por fim, o terceiro objetivo pretendeu testar um modelo mediacional em que se colocou a hipótese que a contribuição da autocompaixão na satisfação por compaixão seria operada através da presença de sentimentos positivos e da proximidade e ligação com os outros.

II – Metodologia

Amostra

Para a realização deste estudo foi obtida uma amostra de 152 técnicos de reabilitação e apoio à pessoa com deficiência recrutados de várias instituições de reabilitação do país, sediadas nas zonas centro, norte e sul e nas ilhas da Madeira e Açores. As categorias profissionais da amostra espelham o organigrama funcional de cada instituição e as especificidades da intervenção em reabilitação. Para a recolha da amostra, foram considerados os seguintes critérios de exclusão: a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; b) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta; c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e d) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto dos questionários. Verificou-se que a idade variou entre os 20 e os 65 anos, sendo a média de idades do total da amostra é de 39.15 (DP=10.29). 131 dos participantes (86.2%) são do género feminino e 21 (13.8%) do género masculino. No que concerne à escolaridade, os sujeitos distribuem-se entre um mínimo de 9 e um máximo de 25 anos de frequência escolar, com uma

média de 16.23 anos de escolaridade (DP=2.67). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado (n=69, %=45.4). Por fim, 103 (%=67.8) participantes residem na zona Centro do país, 31 (%=20.4) a na zona Norte, 15 (%=9.9) na zona Sul, 1 (%=.7) no Arquipélago dos Açores e 2 (%=1.3) no Arquipélago da Madeira. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do género na distribuição das variáveis idade ($t_{(152)} = 1.56; p = .120$), anos de escolaridade ($t_{(152)} = -.10; p = .919$), estado civil ($\chi^2 = 3.05, p = .384$), profissão ($\chi^2 = 17.44, p = .684$) e zona de residência ($\chi^2 = 1.40, p = .840$). As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (N=152).

	Feminino (n=131)		Masculino (n=21)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	39.67	9.95	35.90	11.97	1.56	.120
Anos de Escolaridade	16.22	2.51	16.29	3.53	-.10	.919
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil					3.05	.384
Solteiro(a)	46	35.1	11	52.4		
Casado(a)	62	47.3	7	33.3		
União de Facto	20	15.3	2	9.5		
Viúvo(a)	-	-	-	-		
Divorciado(a)	3	2.3	1	4.8		
	n	%	n	%	χ^2	p
Profissão					17.44	.684
Psicólogo(a)	39	29.8	5	23.8		
Terapeuta da Fala	2	1.5	1	4.8		
Terapeuta Ocupacional	7	5.3	1	4.8		
Assistente Social	12	9.2	2	9.5		
Monitor(a)	4	3.1	1	4.8		
Técnico(a) de Educação Especial e Reabilitação	1	.8	1	4.8		
Educador(a) de Infância (Ensino Especial)	1	.8	-	-		
Professor(a) de Educação Especial	18	13.7	3	14.3		
Auxiliar de Ação Direta	16	12.2	3	14.3		
Educador(a) Social	2	1.5	-	-		
Vigilante	1	.8	-	-		
Enfermeiro(a)	1	.8	2	9.5		
Psicomotricista	3	2.3	1	4.8		
Fisioterapeuta	5	3.8	-	-		
Técnico(a) de Musicoterapia	1	.8	-	-		
Técnico(a) Superior de Reabilitação Psicomotora	5	3.8	-	-		

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (N=152) (continuação).

	Feminino (n=131)		Masculino (n=21)		X ²	p
	n	%	n	%		
Profissão					17.44	.684
Técnico(a) de Reabilitação Profissional	1	.8				
Psicopedagogo(a)	1	.8	-	-		
Professor(a) de Desporto	1	.8	1	4.8		
Animador(a) Socioeducativo(a)	1	.8	-	-		
Diretor(a)/Coordenador(a)	7	5.3	-	-		
Nutricionista	1	.8	-	-		
	n	%	n	%	X ²	p
Zona de Residência					1.40	.840
Norte	27	20.6	4	19		
Centro	87	66.4	16	76.2		
Sul	14	10.7	1	4.8		
Madeira	1	.8	-	-		
Açores	2	1.5	-	-		

Instrumentos

Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5; Stamm, 2009; Carvalho & Sá, 2011), instrumento composto por um total de trinta itens, avalia a qualidade de vida que o indivíduo obtém do seu trabalho como cuidador em três fatores: stresse traumático secundário, *burnout* e satisfação por compaixão (Stamm, 2010). Dito de outra forma, os itens estão agrupados em três subescalas: fadiga por compaixão, que se relaciona com a exposição ao sofrimento de outrem (dez itens; e.g., “Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo”); *burnout*, que se define como exaustão emocional e dificuldades no manejo das exigências laborais (dez itens; e.g., “Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador”); e satisfação por compaixão, que reflete a sensação prazerosa de ajudar os outros através do seu trabalho (dez itens; e.g., “Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros”) (Stamm, 2010). Cada item é cotado numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1 – “Nunca”; 5 – “Muito frequentemente”), em que pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de fadiga por compaixão, *burnout* ou satisfação por compaixão. O instrumento possui uma boa consistência interna tanto na sua versão original (α (Fadiga por compaixão) =.81; α (Burnout) =.75; α (Satisfação por compaixão) =.88) (Stamm, 2010) como na sua adaptação portuguesa (α (Fadiga por compaixão) =.83; α (Burnout) =.71; α (Satisfação por compaixão) =.86) (Carvalho & Sá, 2011). No presente estudo, utilizou-se apenas a subescala satisfação por compaixão, que apresentou uma boa consistência interna (α (Satisfação por compaixão) =.82).

Escala de Autocompaixão (SELFCFS; Neff, 2003; Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015), constituída por vinte e seis itens, é o instrumento de

autorresposta mais usado para avaliar a autocompaixão. Mede os três componentes básicos da autocompaixão, nomeadamente: a autobondade, entendida como a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio ao invés de ser demasiado crítico e punitivo; a condição humana, que reflete a compreensão das próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e o *mindfulness*, que se refere a uma consciência equilibrada e aceitação dos pensamentos e sentimentos dolorosos, por oposição a uma excessiva sobreidentificação com estes. Desta forma, os itens estão agrupados em seis subescalas: calor/compreensão (cinco itens; e.g., “Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente”), autocrítica (cinco itens; e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), condição humana (quatro itens; e.g., “Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu”), isolamento (quatro itens; e.g., “Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis”), *mindfulness* (quatro itens; e.g., “Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.”), e sobreidentificação (quatro itens; e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”). Cada item é cotado numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1 – “Quase nunca”; 5 – “Quase sempre”). O cálculo da pontuação total é obtido através do somatório da pontuação de todos os itens, sendo que a medida permite também a obtenção de totais parciais (pontuação média de cada subescala). Assim, quanto maior a pontuação, maior o nível de autocompaixão. A versão original do instrumento revelou boas qualidades psicométricas tanto para o total ($\alpha = .92$) como para as diversas subescalas (α (Calor/compreensão) = .78; α (Autocrítica) = .77; α (Condição humana) = .80; α (Isolamento) = .79; α (Mindfulness) = .75; α (Sobreidentificação) = .81) (Neff, 2003b), verificando-se a existência de valores igualmente satisfatórios na validação portuguesa (α (Total) = .94; alfas entre .70 e .88 nas subescalas) (Castilho et al., 2015). Nas análises conduzidas no presente estudo foi encontrado um valor de consistência interna para o total da escala muito bom ($\alpha = .92$).

Escala de Tipos de Afeto Positivo (ETAP; Gilbert et al., 2008; Pinto-Gouveia, Dinis, & Matos, 2008), medida de autorresposta que avalia o grau em que os participantes experienciam diferentes tipos de emoções positivas (hipoteticamente associadas à ativação dos dois sistemas de regulação de afeto positivo). No preenchimento da medida é pedido aos participantes que assinalem a frequência com que cada emoção é característica em si (grau em que é experienciada), de acordo com uma escala de 0 (“Nada característico em mim”) a 4 (“Muito característico em mim”), sendo que pontuações mais elevadas indicam uma maior presença de cada tipo de afeto positivo. É composta por um conjunto de dezoito itens que descrevem afeto positivo ativo (oito itens; e.g., “Enérgico”), relaxado (seis itens; e.g., “Descansado”) e seguro (quatro itens; e.g., “Calor/Aconchegado”). O instrumento demonstrou boas qualidades psicométricas, apresentando valores de consistência interna de .83 para a subescala ativo, .83 para a subescala

relaxado e .73 para a subescala seguro (Gilbert et al., 2008b). Similarmente, no presente estudo foram obtidos valores alfa de .88, .91 e .80, respetivamente.

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros (EPLO; Gilbert et al., 2009; Dinis, Matos, & Pinto-Gouveia, 2008) mede o grau em que os indivíduos experienciam segurança, aceitação, prazer, intimidade e proximidade nas suas relações sociais. O instrumento é composto por um total de onze itens e apresenta um formato de resposta tipo Likert de cinco pontos (1 – “Quase nunca”; 5 – “Quase sempre”). O estudo da consistência interna revelou um valor de alfa de Cronbach de .91 na versão original (Gilbert et al., 2009) e de .93 no presente estudo.

Procedimento metodológico

Foram contactadas 116 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade de todo o país, presencialmente ou via correio eletrónico, apresentando-se os objetivos da investigação, enquadrados no estado da arte. Seguidamente, solicitou-se o preenchimento, pelos seus técnicos, do protocolo de investigação. Destas, 35 IPSS acederam ao pedido, permitindo a distribuição do protocolo em papel na sua sede ou facilitando o encaminhamento da sua versão *online* (na plataforma *Lime Survey*) aos seus colaboradores. A recolha da amostra decorreu de abril a junho de 2018.

O protocolo de investigação compreendia uma folha de rosto que resumia a natureza e os objetivos do estudo, explicitando-se o carácter voluntário, confidencial e anónimo da participação, bem como um consentimento informado que foi assinado pela totalidade dos respondentes. Constavam do protocolo, ainda, questões relativas aos dados sociodemográficos, seguidas do conjunto de instrumentos de autorresposta relativos à qualidade de vida profissional, autocompaixão, afeto positivo e ligação e proximidade aos outros.

Estratégia analítica

O presente estudo apresentou um desenho transversal. Recorreu-se, primeiramente, ao *software* PASW (Predictive Analytics Software) Statistics (versão 22; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e, num segundo momento, ao *software* AMOS (*Analysis of Moment Structures*) (versão 22; SPSS IBM, Chicado, IL, USA).

Para a análise da consistência interna dos instrumentos utilizados foi calculado o alfa de Cronbach, tendo-se por referência o estipulado por Pestana e Gajairo (2014). Estes autores consideram valores α superiores a .9 como muito bons, entre .8 e .9 como bons, entre .7 e .8 como razoáveis, entre .6 e .7 como fracos e inferiores a .6 como inadmissíveis.

Para a comparação da média amostral das variáveis em estudo consoante o género procedeu-se à realização do teste *t* para amostras independentes, sendo que os pressupostos requeridos para a aplicação do mesmo (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias)

foram devidamente analisados. Foram consideradas como estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo p-value do teste se revelasse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Marôco, 2014).

Foram efetuadas as matrizes de correlação de Pearson, no sentido da exploração das associações entre autocompaixão, afeto positivo, ligação e proximidade aos outros e satisfação por compaixão. Foram tomados como referência os valores estipulados por Pestana e Gajreiro (2014), considerando-se uma correlação inferior a .2 como muito fraca, entre .2 e .4 como fraca, entre .4 e .7 como moderada, entre .7 e .9 como elevada e entre .9 e 1 como muito elevada.

De seguida, foi realizada uma regressão linear múltipla para testar a contribuição relativa dos diferentes tipos de afeto positivo medidos pela ETAP (i.e., ativo, relaxado e seguro – variáveis independentes) para a satisfação por compaixão (variável dependente).

Por fim, realizou-se um estudo de mediação para testar os efeitos do afeto ativo e da ligação e proximidade aos outros como mediadores na relação entre a autocompaixão e a satisfação por compaixão, utilizando-se para o efeito o modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*) do *software* AMOS (*Analysis of Moment Structures*) (versão 22; SPSS IBM, Chicado, IL, USA). Considera-se a existência de um efeito de mediação aquando da presença de três pressupostos, a saber: a) a variável independente (X) possui um efeito significativo sobre a variável dependente (Y); b) existe uma relação estatisticamente significativa entre a variável independente (X) e a variável mediadora (M); e c) a variável independente (X) e a variável mediadora (M) são preditoras da variável dependente (Y) (Marôco, 2010). O efeito total de X em Y é estimado pela soma dos efeitos diretos e indiretos, sendo que, no presente estudo, a significância dos efeitos indiretos foi analisada recorrendo ao método de reamostragem *Bootstrap* com uma iteração de 2000 e um I.C. (*bias-corrected confidence interval*) de 95%. A interpretação dos dados de *bootstrapping* é efetuada consoante os I.C.; caso estes não contenham zero, existe um efeito de mediação. No diagrama de trajetórias proposto, a autocompaixão foi considerada uma variável exógena independente, o afeto ativo e a ligação e proximidade aos outros variáveis endógenas mediadoras e a satisfação por compaixão uma variável endógena dependente.

III – Resultados

Análise preliminar dos dados

A normalidade da distribuição das variáveis em estudo foi analisada com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média pelo cálculo dos valores de assimetria (*skewness*) e de curtose (*kurtosis*). Foi observado que apesar de as variáveis não apresentarem uma distribuição normal, os enviesamentos não se mostraram severos (valores de *skewness* entre -.899 e .076; valores de *kurtosis* entre -.78 e 2.032) ($Sk < |3|$ e $Ku < |10|$; Kline, 2011). Foram realizados, ainda assim, testes paramétricos, uma vez que estes se afiguram como robustos face a violações do pressuposto da normalidade desde que não exista um enviesamento extremo

O papel do sistema de tranquilização e afiliação e seus *outputs* na qualidade de vida profissional: a satisfação por compaixão em profissionais de reabilitação
Margarida Dinis Tomé (e-mail: margaridatome3@gmail.com) 2018

e a amostra não seja demasiado reduzida (Marôco, 2010). A presença de *outliers* foi averiguada recorrendo à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis). Foram identificadas poucas observações extremas, pelo que se optou pela não eliminação das mesmas, uma vez que não seriam comprometedoras dos procedimentos estatísticos a realizar. A homogeneidade das variâncias foi estudada através do teste de Levene, tendo-se verificado a ausência de diferenças estatisticamente significativas nas variâncias das variáveis em estudo ($p > .05$).

No que concerne à análise de regressão linear, foram considerados os pressupostos da normalidade, homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (com recurso ao teste de Durbin-Watson). Foi ainda estudado o pressuposto da ausência de multicolinearidade, mediante o cálculo dos VIF (*Variance Inflation Factor*). Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis independentes ($VIF < 5$; Marôco, 2010).

A análise dos valores de consistência interna, efetuada pelo cálculo dos valores de alfa de Cronbach, revelou níveis de consistência interna bons a muito bons (valores α entre .80 e .93) (Pestana & Gajreiro, 2014).

Estatística descritiva

As diferenças entre géneros na média amostral das variáveis em estudo foram avaliadas com recurso ao teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes, sendo calculadas as médias, os desvios-padrão e os valores *t* (Tabela 2).

De acordo com o teste estatístico, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros em qualquer uma das variáveis em estudo.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N=152) e comparação entre os géneros nas variáveis em estudo.

	Total (N=152)		Feminino (n=131)		Masculino (n=21)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP		
Qualidade de vida profissional								
Satisfação por compaixão (ProQOL5)	40.49	4.80	40.78	4.78	38.67	4.64	1.89	.06
Autocompaixão								
SELFCS	3.41	.57	3.41	.58	3.45	.51	-.34	.74
Afeto positivo								
Ativo (ETAP)	23.53	5.24	23.53	5.43	23.52	3.97	.01	.99
Relaxado (ETAP)	14.66	5.15	14.50	5.28	15.67	4.20	-.97	.34
Seguro (ETAP)	11.03	3.05	11.12	3.17	10.43	2.11	.97	.34
Ligação aos outros								
EPLO	43.43	7.89	43.57	8.08	42.52	6.65	.57	.57

Nota. PRoQOL5 = Escala de Qualidade de Vida Profissional; SELFCS = Escala de Autocompaixão; EPLO = Escala de Proximidade e Ligação aos Outros; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo.

O papel do sistema de tranquilização e afiliação e seus *outputs* na qualidade de vida profissional: a satisfação por compaixão em profissionais de reabilitação
Margarida Dinis Tomé (e-mail: margaridatome3@gmail.com) 2018

Análises de correlação

No sentido da exploração das associações entre a satisfação por compaixão, autocompaixão, tipos de afeto positivo e ligação e proximidade aos outros, foram efetuadas correlações de Pearson (cf. Tabela 3).

As correlações obtidas foram, na sua totalidade, estatisticamente significativas ($\rho \leq .01$) e no sentido esperado da associação, i.e., positivas. Foram encontradas correlações positivas fracas entre a satisfação por compaixão (ProQOL5) e a autocompaixão (SELFCS) e os afetos relaxado e seguro (ETAP), sendo que se observaram correlações positivas moderadas entre a satisfação por compaixão (ProQOL5) e o afeto ativo (ETAP) e a ligação e proximidade aos outros (EPLO). Por sua vez, a autocompaixão (SELFCS) revelou-se moderadamente correlacionada, no sentido positivo, com os três tipos de afeto positivo (ETAP) e com a ligação e proximidade aos outros (EPLO). Por último, os três tipos de afeto positivo (ETAP) demonstraram correlações positivas moderadas entre si e com a ligação e proximidade aos outros (EPLO). Assim, tal como previsto, uma maior satisfação por compaixão encontra-se associada a níveis mais elevados de autocompaixão, de afeto positivo e de ligação, prazer e proximidade aos outros. Igualmente, uma maior capacidade de autotranquilização e de autocompaixão relaciona-se com mais afeto positivo e uma maior sensação de proximidade, conectividade e segurança na relação com os outros.

Tabela 3. Matrizes de correlação de Pearson entre a satisfação por compaixão (ProQOL5), a autocompaixão (SELFCS), tipos de afeto positivo (ativo, relaxado, seguro; ETAP) e ligação aos outros (EPLO).

Variáveis	1	2	3	4	5
1. Satisfação por compaixão (ProQOL5)	-				
2. SELFCS	.34**	-			
3. Ativo (ETAP)	.46**	.40**	-		
4. Relaxado (ETAP)	.26**	.54**	.53**	-	
5. Seguro (ETAP)	.36**	.53**	.70**	.66**	-
6. EPLO	.40**	.50**	.53**	.47**	.63**

Nota. ** $\rho \leq .01$ ProQOL5 = Escala de Qualidade de Vida Profissional; SELFCS = Escala de Autocompaixão; EPLO = Escala de Proximidade e Ligação aos Outros; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo.

Análise de regressão: influência dos tipos de afeto positivo na satisfação por compaixão

A contribuição relativa de cada tipo de afeto positivo (i.e., ativo, relaxado, seguro) para a satisfação por compaixão foi estudada com recurso a uma análise de regressão linear múltipla (cf. Tabela 4). Os dados obtidos demonstraram que as variáveis independentes produziram um modelo estatisticamente significativo na predição da satisfação por compaixão ($F_{(3, 148)} = 13.31$; $\rho \leq .001$; $R^2 = .20$), explicando 20% da variância da satisfação por compaixão. Uma análise mais detalhada evidencia que apenas o afeto ativo se afigura como o preditor significativo ($\beta = .40$; $\rho = .000$).

Tabela 4. Modelo de regressão linear múltipla dos tipos de afeto positivo (ativo, relaxado, seguro; ETAP; variáveis independentes) na satisfação por compaixão (ProQOL5; variável dependente) (N=152).

	β	t	R	R^2	R^2 Ajustado	F	p
Modelo global			.46	.21	.20	13.31	.000
Preditores							
Ativo (ETAP)	.40	3.91					.000
Relaxado (ETAP)	-.01	-.12					.905
Seguro (ETAP)	.09	.75					.454

Nota. ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo.

Modelo explicativo do sistema afiliativo e de tranquilização na satisfação por compaixão: efeito mediador do afeto ativo e da ligação e proximidade aos outros

Tendo por base os resultados das análises precedentes e os objetivos delineados, explorou-se o possível efeito mediador do afeto ativo e da ligação e proximidade aos outros na relação entre autocompaixão e satisfação por compaixão. Testou-se um modelo causal da autocompaixão sobre a satisfação por compaixão mediado pelo afeto positivo e pela ligação e proximidade aos outros. Utilizaram-se modelos de trajetórias (*Path Analysis*) com recurso ao *software* AMOS (*Analysis of Moment Structures*) (versão 22; SPSS IBM, Chicado, IL, USA) para avaliar o efeito de mediação. A significância dos coeficientes foi avaliada mediante estimação dos parâmetros através do método da máxima verosimilhança, implementado no *software*. A presença de observações extremas (*outliers*) foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- DM^2 (i.e., $p_1; p_2 < .05$, como indicativo de possível *outlier*), tendo-se identificado alguns valores de DM^2 sugestivos de observações extremas. Assim, por se verificar um número reduzido destas observações e pela sua não interferência na estatística a realizar, optou-se pela sua manutenção. Por sua vez, a normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (*skewness*) e de curtose (*kurtosis*), sendo que nenhuma variável apresentou valores de assimetria ou curtose indicativos de violações graves à distribuição normal ($Sk < |3|$ e $Ku < |10|$; Kline, 2011). A significância dos efeitos indiretos da mediação foi avaliada através do método de reamostragem *Bootstrap*.

No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 1), a autocompaixão é tida como variável exógena independente, o afeto ativo e a ligação e proximidade aos outros são consideradas como variáveis endógenas mediadoras e a satisfação por compaixão como variável endógena dependente. Os coeficientes de trajetória, estimados pelos coeficientes de regressão estandardizados entre as variáveis, traduzem a intensidade da relação entre as variáveis, sendo representados por β (Marôco, 2010). A análise de trajetórias possibilita a compreensão da influência das variáveis exógenas nas variáveis endógenas, bem como a decomposição da associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: a) efeitos diretos (i.e., relação direta entre as variáveis; estimado pelo coeficiente de trajetória de

uma variável para a outra); b) efeitos indiretos ou mediadores (i.e., o efeito de uma variável é produzido diretamente por uma outra variável; estimado pelo produto dos coeficientes de trajetória compostos, que unem as variáveis entre si e no mesmo sentido); c) efeitos não analisados (i.e., devidos a causas correlacionadas entre duas variáveis); e d) efeitos espúrios (i.e., devidos a causas comuns de uma variável, ou seja, a associação entre duas variáveis é, parcialmente, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável) (Marôco, 2014). O efeito total, obtido pela soma dos efeitos diretos e indiretos, representa uma estimativa da associação entre duas variáveis (Marôco, 2010, 2014). Como indicado pelo software AMOS, os erros (proporção de variabilidade que não é explicada pelas relações causais hipotetizadas do modelo) das variáveis endógenas mediadoras (e2 e e3) foram correlacionados. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência (χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea \leq .05]; Marôco, 2014). O modelo causal hipotético proposto encontra-se representado na Figura 1.

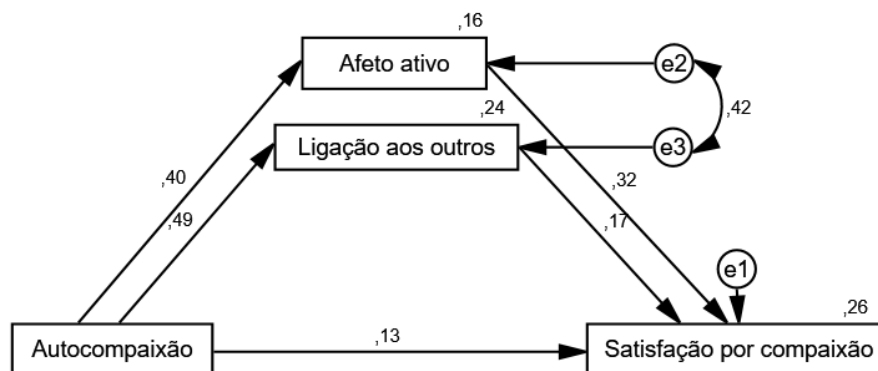


Figura 1. Modelo proposto de mediação do afeto positivo e da ligação aos outros na relação entre autocompaixão e satisfação por compaixão.

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e da sua respetiva significância no modelo proposto resultou na sua reespecificação, através da eliminação das trajetórias que não apresentaram uma contribuição estatisticamente significativa ($p < .05$). Desta feita, foi eliminada a trajetória da autocompaixão sobre a satisfação por compaixão ($\beta = .13$, $EP = .697$, $Z = 1.599$, $p = .110$), reanalisando-se seguidamente o modelo e obtendo-se, assim, o modelo final ajustado. A Tabela 5 apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória, bem como a sua respetiva significância no modelo da satisfação por compaixão.

Tabela 5. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e respetiva significância no modelo de satisfação por compaixão.

		Estimativas	EP	Z	p
Afeto ativo (ETAP)	← Autocompaixão (SELFCS)	3.728	.690	5.402	***
Ligação aos outros (EPLO)	← Autocompaixão (SELFCS)	6.816	.990	6.882	***
Satisfação por compaixão (ProQOL5)	← Afeto ativo (ETAP)	.314	.076	4.109	***
Satisfação por compaixão (ProQOL5)	← Ligação aos outros (EPLO)	.132	.051	2.598	.009

Nota. *** $p \leq .01$ PRoQOL5 = Escala de Qualidade de Vida Profissional; SELFCS = Escala de Autocompaixão; EPLO = Escala de Proximidade e Ligação aos Outros; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo.

O modelo final ajustado (cf. Figura 2) explica 24% da variabilidade da satisfação por compaixão. Todas as trajetórias são estatisticamente significativas e no sentido esperado. A autocompaixão apresentou um efeito total estandardizado sobre a satisfação por compaixão de .244, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. de 95%, com limites de].149; .338[, sendo estatisticamente significativa de zero para $p = .001$. O efeito indireto total da autocompaixão sobre a satisfação por compaixão é de .244. O impacto da autocompaixão na satisfação por compaixão opera pelo seu efeito indireto (i.e., através da ligação aos outros e do afeto ativo), uma vez que a trajetória direta, aquando da presença destas, não tem significância estatística ($\beta = .13$, $p = .110$; Hayes, 2009). Desta forma, uma vez que a trajetória direta entre a variável independente e a variável dependente deixa de ser estatisticamente significativa quando as trajetórias entre as variáveis mediadoras e a variável dependente são contempladas, estamos na presença de uma mediação completa (James, Mulaik, & Brett, 2006; Mathieu & Taylor, 2006). O efeito indireto estandardizado específico mediado pelo afeto ativo é de .138 ($\beta = .402 \times .343$), correspondendo a 57% ($.138/.244 = .565$) do efeito total da autocompaixão sobre a satisfação por compaixão, sugerindo que indivíduos autocompassivos com maiores níveis de afeto ativo experienciam mais satisfação por compaixão. Por sua vez, o efeito indireto estandardizado específico da autocompaixão sobre a satisfação por compaixão mediado pela ligação e proximidade aos outros é de .106 ($\beta = .489 \times .217$), o que equivale a 43% ($.106/.244$) do efeito total. Assim, indivíduos com maior capacidade de autotranquilização e maior conectividade com os outros apresentam níveis mais elevados de satisfação por compaixão. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi realizado através do método de reamostragem *Bootstrap*, enquadrado para um I.C. de 95%, com limites de].149; .338[, sendo estatisticamente significativa de zero para $p = .001$.

O modelo final obtido apresentou índices de ajustamento muito bons ($\chi^2/df = 2.536$, $p = .111$; CFI = .989; TLI = .939), excetuando o valor de RMSEA (RMSEA = .101, $p = .178$). Não obstante, alguns autores apontam

este índice como não adequado para a avaliação do ajustamento em modelos com poucos graus de liberdade ($df = 1$), uma vez que o mesmo pode, erroneamente, indicar um ajustamento pobre em modelos que são, de facto, ajustados (Kenny, Kaniskan, & McCoach, 2014). O modelo final é apresentado na Figura 2, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da variável dependente.

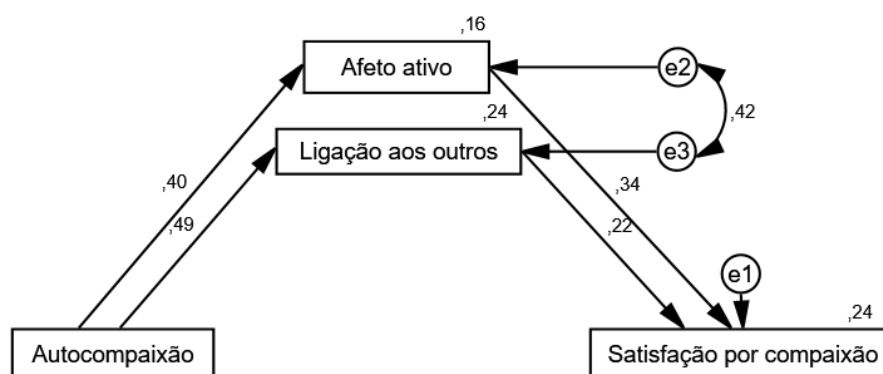


Figura 2. Modelo final de mediação do afeto positivo e da ligação aos outros na relação entre autocompaixão e satisfação por compaixão.

IV – Discussão

O exercício de profissões de ajuda pode gerar um profundo contentamento com o trabalho realizado e cuidados prestados e revestir-se de recompensas emocionais e relacionais. Esta sensação de felicidade experienciada no e pelo contexto laboral denomina-se de satisfação por compaixão e dela depende a qualidade de vida profissional sentida pelos profissionais que prestam auxílio a outros (Figley, 1995; Marcal & Trifoso, 2017; Slocum-Gori et al., 2013; Stamm, 2010). Por sua vez, a autocompaixão, uma forma de autorrelação interna pautada pela simpatia, sensibilidade, tolerância, não julgamento e calor emocional dirigidos ao próprio (Gilbert & Procter, 2006a) tem sido amplamente associada a uma miríade de construtos relacionados com o bem-estar, entre os quais a qualidade de vida profissional (Dev et al., 2018; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Duarte et al., 2016; Neff, 2012). A autocompaixão promove, em acréscimo, a vivência de proximidade e ligação aos outros (Bierhoff, 2005; Lindsay & Creswell, 2014; Salazar, 2015) e constitui a base para um relacionamento compassivo com os demais (Neff & Pommier, 2013; Welp & Brown, 2014). A adoção de uma atitude autotranquilizadora promove, também, o afeto positivo (López et al., 2018; Neff et al., 2007), sendo que este emerge de sistemas de regulação emocional com uma forte base biológica (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005) e expressão de diferentes tipos de afeto positivo (Gilbert et al., 2008b).

A partir da revisão da literatura, o estudo apresentado explorou as relações entre a autocompaixão, os tipos de afeto positivo, a ligação e proximidade aos outros e a satisfação por compaixão. Propôs-se, ainda, um

modelo explicativo da satisfação por compaixão pelas restantes variáveis.

Primeiramente, foram analisadas as características da amostra, não se tendo identificado diferenças significativas nas variáveis em estudo em função do género dos participantes. Uma análise mais detalhada permitiu verificar uma incidência mais elevada para o género feminino ($n = 131$, $\% = 86.2$). Este resultado é similar a outros obtidos em estudos relativos à caracterização das IPSS no contexto português (e.g., Caçote & Faria, 2016; Lourenço, 2011; Prata, 2014; Proenca & Cristina, 2013). O predomínio de colaboradores do género feminino poderá justificar-se pelo facto de, histórica e tradicionalmente, os papéis sociais relacionados com a prestação de cuidados serem atribuídos à mulher (Sequeira, 2007, citado em Caçote & Faria, 2016). Para além disso, tem-se assistido nos últimos anos a um incremento nas ofertas formativas na área da intervenção social, sendo esta, na sua maioria, frequentada por mulheres (Lourenço, 2011).

Foram, de seguida, analisadas as associações entre as variáveis em estudo, em que as correlações obtidas se mostraram estatisticamente significativas e no sentido positivo, confirmando as hipóteses previamente delineadas. A satisfação por compaixão demonstrou uma correlação positiva fraca com a autocompaixão e com tipos de afeto relaxado e seguro. Por sua vez, a satisfação por compaixão mostrou-se correlacionada, positiva e moderadamente, com o afeto positivo ativo e com a ligação e proximidade aos outros. Os dados sugerem que indivíduos que se autotranquilizam e demonstram carinho, bondade e aceitação para consigo próprios manifestam níveis mais elevados de satisfação com o seu papel de cuidadores. Este dado reforça a literatura existente acerca da satisfação por compaixão em profissionais de prestação de cuidados (e.g., enfermeiros), que identifica a autocompaixão como uma competência central para a qualidade de vida profissional (Dev et al., 2018; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Duarte et al., 2016; Neff, 2012). A associação encontrada entre afeto positivo e satisfação por compaixão indica que os profissionais que experienciam estados de afeto positivo mais frequentes vivem, igualmente, maior felicidade derivada do seu trabalho como cuidadores. Este resultado é concordante com o defendido por Radey e Figley (2007): o afeto positivo nutre os recursos físicos, sociais e intelectuais dos profissionais de ajuda, criando assim um ambiente propício à prestação de cuidados e à vivência de satisfação com o seu trabalho. Adicionalmente, foi encontrada uma correlação positiva moderada entre a ligação e proximidade aos outros e a satisfação por compaixão, indicando que os profissionais que sentem maior proximidade, segurança e ligação nas suas relações interpessoais se encontram mais satisfeitos com o ato de cuidar. Uma vez mais, este dado é corroborado por Radey e Figley (2007) que salientam a importância da conexão e procura de suporte nos demais para o exercício eficaz e prazeroso da prática reabilitativa (ou clínica).

Por sua vez, a autocompaixão revelou correlações positivas moderadas com os três tipos de afeto positivo e com a ligação e proximidade aos outros; assim, os colaboradores com mais capacidades de autotranquilização e autocompaixão apresentaram maiores níveis de afeto

positivo e maior sensação de conectividade nas suas relações interpessoais. Estes resultados estão de acordo com estudos recentes nesta área que demonstraram o papel importante (e positivo) da autocompaixão para a experiência de estados afetivos positivos (López et al., 2018; Neff et al., 2007), para o comportamento pró-social e para a vivência de prazer e proximidade nas relações com os outros (Bierhoff, 2005; Lindsay & Creswell, 2014; Salazar, 2015).

Por último, os três tipos de afeto positivo correlacionaram-se moderadamente, no sentido positivo, entre si e com a ligação e proximidade aos outros. Esta associação vai ao encontro do que é teorizado por Fredrickson (2001), i.e., a experiência de afeto positivo predispõe os indivíduos à exploração e participação no seu ambiente, promovendo assim a aproximação aos outros e ações pró-sociais.

A compaixão está ligada ao sistema de tranquilização e afiliação e à mentalidade de prestação de cuidados que, por sua vez, envolve sistemas cerebrais evoluídos e libertação de neurotransmissores (e.g., oxitocina, vasopressina) (Castilho, 2011; Schore, 1994). Deste modo, uma atitude compassiva (para com os outros e para com o próprio) implica o reconhecimento e a sensibilidade para com o sofrimento, seguido de ações comprometidas no sentido do seu alívio. Assim, surgem sentimentos positivos de felicidade, aceitação, amor e contentamento (Dalai Lama, 2001, 2003; Gilbert & Choden, 2013). À luz do modelo tripartido da regulação de afeto, a ativação do sistema de tranquilização e afiliação implica um estado e padrão de organização mental de segurança (*safeness*), sendo que as emoções positivas decorrentes (relaxado, seguro, tranquilo, contente) encorajam o ser humano a procurar e consumir coisas básicas à sobrevivência, reprodução e prosperidade (Panksepp, 1998). A presença e manutenção de emoções positivas na mente ampliam a atenção para os recursos disponíveis e relações, ajudam a recuperar do stresse dos acontecimentos de vida negativos e consolidam os relacionamentos, aumentando, assim, os comportamentos de aproximação social (Gilbert, 2005). Com efeito, os sentimentos positivos de afiliação e de calor são mais frequentes quando os indivíduos se sentem seguros uns com os outros e em contextos de abundância, confiáveis e seguros. Quando os indivíduos possuem sentimentos consistentes e genuínos de autobondade e aceitação procuram utilizar com os outros estratégias afiliativas e cooperativas que englobam emoções, motivos (empatia, simpatia) e ações congruentes. A segurança pode traduzir-se em comportamentos de não procura (*safeness* passiva), associados a sentimentos de felicidade, serenidade e tranquilidade, revelando-se, no entanto, imprescindível a motivação e o afeto positivo como a vitalidade e entusiasmo para o envolvimento em comportamentos de aproximação interpessoal (*safeness* ativa) (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005).

Embora o afeto ativo seja usualmente associado a processos de aquisição e recompensa, i.e., ao sistema de procura de incentivos e recursos (Gilbert et al., 2008b; Panksepp, 2000), revela-se também nuclear para o nosso estado interno de aceitação, compaixão e tranquilidade (sistema de

afiliação e tranquilização), estimulando e promovendo os comportamentos pró-sociais e a segurança interpessoal. Sentimentos como a alegria e o jogar, conviver e aproximar (*play*), são estados emocionais ativos ativados pelo sistema de tranquilização. De facto, aproximar, conviver e jogar são comportamentos afiliativos e promotores da vinculação, sendo caracterizados pela partilha de excitação e diversão (Aron, Norman, Aron, McKenna, & Heyman, 2000; Lee, 1983; Simons, McCluskey-Fawcett, & Papini, 1986, citados em Fredrickson, 2001). Mais concretamente, a alegria deriva de transações sociais lúdicas, levando à experiência de emoções positivas de ativação, e não apenas à sensação de relaxamento, contentamento e segurança, libertando oxitocina e opiáceos (Panksepp, 2000). Assim, este tipo de afeto positivo é caracterizado por uma ativação não decorrente da procura de incentivos ou obtenção de recompensas (*drive*), mas do envolvimento em comportamentos afiliativos de jogo, aproximação e convívio com os outros (Gordon et al., 2010), relacionando-se, portanto, com o sistema de tranquilização e de afiliação e com a compaixão. Com base nisto, o resultado obtido evidencia que os profissionais que vivenciaram mais frequentemente estados afetivos associados à alegria, vitalidade e entusiasmo, por se envolverem de forma ativa e afiliativa com os utentes a quem prestam cuidados, experienciaram mais satisfação por compaixão.

Tendo por base os resultados supramencionados, postulou-se que o afeto ativo e a ligação e proximidade aos outros atuassem como mediadores da relação entre a autocompaixão e a satisfação por compaixão. Para testar esta hipótese, propôs-se um modelo explicativo da satisfação por compaixão, com recurso a uma análise de trajetórias (*Path Analysis*). Neste, testou-se a influência da autocompaixão (variável exógena independente), mediada pela ligação aos outros e pelo afeto ativo (variáveis endógenas mediadoras), na satisfação por compaixão (variável endógena independente), analisando os efeitos diretos e indiretos das associações obtidas. Este modelo explicou 24% da variabilidade da satisfação por compaixão apenas pelos efeitos indiretos, i.e., pela presença do afeto ativo e da ligação aos outros. De facto, na presença destas variáveis, a trajetória da autocompaixão para a satisfação por compaixão deixou de ser estatisticamente significativa, representando uma mediação completa (James et al., 2006; Mathieu & Taylor, 2006). Estes dados sugerem que a autocompaixão atua na satisfação por compaixão através dos seus *outputs*, i.e., a autotranquilização por parte dos profissionais de ajuda contribui para uma maior satisfação por compaixão por produzir afeto ativo (relacionado com a alegria, entusiasmo, aproximação, jogo e convívio) e por fomentar sentimentos de segurança e proximidade na relação com os outros. Este resultado está de acordo com outros estudos que reforçam o papel da autocompaixão no afeto positivo e na ligação e proximidade aos outros (Bierhoff, 2005; Lindsay & Creswell, 2014; López et al., 2018; Neff et al., 2007; Salazar, 2015) e na satisfação por compaixão (Radey & Figley, 2007). Não obstante, constitui um dado inovador que acrescenta compreensão sobre os processos subjacentes à influência da autocompaixão na satisfação por compaixão.

Implicações clínicas

A satisfação por compaixão é um fenómeno passível de otimização e promoção por várias formas, entre as quais estão o aumento do afeto positivo, o incremento (ou maior utilização) de recursos sociais e a priorização do autocuidado e autocompaixão (Alkema et al., 2008; Radey & Figley, 2007). Desta forma, e tendo presente as exigências físicas e emocionais das profissões de apoio à pessoa com deficiência, poderá ser relevante a delimitação e posterior aplicação de um programa promotor destes aspetos nestes técnicos. De facto, esta é uma área que necessita de mais investigação de carácter interventivo (Prata, 2014), fomentando-se, deste modo, o bem-estar psicológico dos profissionais e levando, consequentemente, a uma maior qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, destacam-se duas possíveis abordagens de intervenção: a) a Terapia Focada na Compaixão (CFT; Gilbert, 2009), e b) Cultivar o Equilíbrio Emocional (CEB; Ekman & Ekman, 2013). A primeira poderá revelar-se frutuosa, uma vez que tem como principal objetivo o desenvolvimento de sentimentos de segurança, bondade, ligação e ternura por contraponto com a vergonha, autocrítica e comparação social. Desta forma, esta abordagem possibilita que os profissionais regulem de forma mais eficaz emoções decorrentes de desafios específicos do seu trabalho, se sintam mais próximos dos outros e, assim, experienciem maior satisfação com o prestar cuidados (Gilbert, 2009). Por sua vez, a CEB dota os profissionais de técnicas de cultivo da felicidade, algumas das quais baseadas na autocompaixão, sendo uma terapia associada ao aumento do afeto positivo e do comportamento pró-social (Kemeny et al., 2012). Esta terapia foi recentemente testada em profissionais de reabilitação, tendo-se obtido resultados muito promissores (Sansó et al., 2017).

Limitações e investigações futuras

Muito embora o presente estudo possa contribuir para a compreensão dos mecanismos psicológicos inerentes à satisfação por compaixão, existem algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas. Primeiramente, o estudo é de natureza transversal, impossibilitando a inferência de relações de causa-efeito. Seria importante, em investigações futuras, optar por um desenho longitudinal, avaliando a experiência laboral ao longo do tempo e testando hipóteses de causalidade. Por outro lado, o estudo baseia-se em medidas de autorresposta que, seja pela subjetividade indissociável das mesmas, pela maior probabilidade de respostas socialmente desejáveis ou pelo evitamento dos itens e construtos avaliados, poderão comprometer os dados recolhidos. Futuramente, o estudo empírico destas variáveis deverá incluir outros métodos de avaliação complementares ao autorrelato, tais como entrevistas. A amostra também se afigura como uma limitação, em primeiro lugar pelo seu tamanho reduzido, pelo que seria relevante a repetição do presente estudo com uma amostra de tamanho superior. Por outro lado, e apesar de refletir o contexto português de trabalho nas IPSS, a amostra é predominantemente constituída por mulheres, pelo que a investigação futura deverá intentar a obtenção de um número mais

equilibrado de participantes por género. Seria igualmente relevante o estudo comparativo das variáveis do presente estudo em ambos os géneros. Sendo o papel social de cuidador tradicionalmente atribuído à mulher, poderão existir diferenças significativas nas perceções e especificidades do exercício de profissões de ajuda em ambos os géneros, detetáveis numa amostra com um número de homens e de mulheres mais homogéneo. Mais ainda, aponta-se como limitação a heterogeneidade dos profissionais participantes da amostra. Embora todas as profissões contempladas no presente estudo envolvam o contacto direto com os utentes, certos profissionais dedicam mais tempo à prestação de cuidados do que outros (e.g., auxiliar de ação direta vs. diretor técnico), pelo que seria importante a exploração das diferenças nas variáveis em função do tempo dedicado e tarefas envolvidas.

Bibliografia

- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 4(2), 101–119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>
- Azad, M. A., Shariat, S., Farhadi, T., & Shahidi, L. (2018). The Prediction of Psychological Well-Being Based on Self-Compassion and Self-Esteem in Caregivers of People with Physical, Mental, and Multiple Disabilities in the Welfare Organization. *Social Behaviour Research & Health*, 2(1), 164–173.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Benner, P. (2002). Creating compassionate institutions that foster agency and respect. *American Journal of Critical Care*, 11(2), 164–167.
- Bierhoff, H.-W. (2005). The psychology of compassion and prosocial behaviour. Em P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 148–168). New York: Routledge.
- Caçote, C. M., & Faria, L. da C. (2016). Vulnerabilidade ao stresse e qualidade de vida nos cuidadores formais. *Psique*, XII, 49–61.
- Carvalho, P., & Sá, L. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da escala «Professional Quality of life 5»*. Universidade Católica Portuguesa - Porto.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: autocríticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Universidade de Coimbra.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 856–870. <https://doi.org/10.1002/jclp.22187>
- Chung, M. C., Corbett, J., & Cumella, S. (1995). Relating staff burnout to clients' challenging behaviour in people with a learning difficulty: Pilot study 2. *European Journal of Psychiatry*, 10, 155–165.
- Dalai Lama. (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*.

- (N. Vreeland, Ed.). London: Hodder & Stoughton.
- Dalai Lama. (2003). *Transforming the Mind: Teachings on Generating Compassion*. London: Thorsons.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *The Behavioral and brain sciences*, 28(3), 313–395. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000063>
- Dev, V., Fernando, A., Lim, A., & Consedine, N. (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.003>
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 367–377. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.07.002>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
- Dyer, S., & Quine, L. (1998). Predictors of job satisfaction and burnout among the direct care staff of a community learning disability service. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(4), 320–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1998.tb00040.x>
- Ekman, E., & Ekman, P. (2013). Cultivating emotional balance: Structure, Research, and implementation. *Compassion: Bridging practice and science*, 398–414.
- Ekman, P. (Ed.). (2008). *Emotional Awareness: overcoming the obstacles to psychological balance and compassion: a conversation between the Dalai Lama and Paul Ekman* (1st ed.). New York: Times Books.
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. Em *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (pp. 3–27).
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American psychologist*, 56(3), 218–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Gilbert, P. (1993). Defense and safety: Their function in social behavior and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 131–153.
- Gilbert, P. (2005). Social Mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. Em M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299–335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: a new approach to life's challenges*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Gilbert, P. (2010). Compassion in the Context of Old and New Brains and

- Minds. Em *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges* (pp. 181–220). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Gilbert, P. (2014). Compassion-focused therapy: Preface and introduction for special section. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/bjc.12045>
- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful Compassion*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008a). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182–191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008b). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182–191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., ... Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6(4), 135–143.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006a). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006b). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological Psychiatry*, 68(4), 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.02.005>
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1065–1074. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.025>
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2014). Work Stress, Burnout, and Social and Personal Resources among Direct Care Workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1065–1074. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.025>.Work
- Griffith, G. M., Barbakou, A., & Hastings, R. P. (2014). Coping as a predictor of burnout and general health in therapists working in ABA schools. *European Journal of Special Needs Education*, 29(4), 548–558. <https://doi.org/10.1080/08856257.2014.952915>
- Gunnell, K. E., Mosewich, A. D., McEwen, C. E., Eklund, R. C., & Crocker, P. R. E. (2017). Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences*, 107, 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.032>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x>

- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 147(4), 311–323. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.693138>
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., ... Alborz, A. (1999). Factors Associated with Staff Stress and Work Satisfaction in Services for People with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (Pt 4)(August), 253–267. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00208.x>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420. <https://doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hewitt, A., & Larson, S. (2007). The direct support workforce in community supports to individuals with Developmental Disabilities: issues, implications and promising practices. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 178–187. <https://doi.org/10.1002/mrdd>
- Howell, D. (2007). *Statistical methods for psychology* (6^a ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- James, L. R., Mulaik, S. A., & Brett, J. M. (2006). A Tale of Two Methods. *Organizational Research Methods*, 9(2), 233–244. <https://doi.org/10.1177/1094428105285144>
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., ... Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion (Washington, D.C.)*, 12(2), 338–350. <https://doi.org/10.1037/a0026118>
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2014). The Performance of RMSEA in Models With Small Degrees of Freedom. *Sociological Methods and Research*, 44(3), 1–22. <https://doi.org/10.1177/0049124114543236>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44(12), 1229–1238. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00282-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00282-0)
- Leiberg, S., Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Short-term compassion training increases prosocial behavior in a newly developed prosocial game. *PLoS ONE*, 6(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017798>
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2014). Helping the self help others: Self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors. *Frontiers in Psychology*, 5(MAY), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00421>
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325–331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>
- Lourenço, M. (2011). *A orientação para o mercado nas instituições sem fins lucrativos: o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Universidade Técnica de Lisboa.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Makransky, J. (2012). Compassion in Buddhist Psychology. Em C. K.

- Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice* (pp. 61–75). Guildford Press.
- Marcal, S., & Trifoso, S. (2017). A trauma-informed toolkit for providers in the field of intellectual & developmental disabilities. Center for Disability Services. Obtido de http://www.aceresponse.org/img/uploads/file/IDD_TOOLKIT_CFDS_HEARTS_NETWORK_5-28_FinalR2.pdf
- Markaki, A. (2014). Understanding and protecting against compassion fatigue. Em S. Shea, R. Wynyard, & C. Lionis (Eds.), *Providing Compassionate Healthcare: Challenges in policy and practice* (pp. 214–227). New York: Routledge.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ª ed.). Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Mathieu, J. E., & Taylor, S. R. (2006). Clarifying conditions and decision points for mediational type inferences in Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 27(8), 1031–1056. <https://doi.org/10.1002/job.406>
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(August 2002), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. *Compassion and wisdom in psychotherapy*, 79–92.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- 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. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Nussbaum, M. C. (2003). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge University Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, USA.
- Panksepp, J. (2000). Affective Consciousness and the Instinctual Motor System: The Neural Sources of Sadness and Joy. Em R. Ellis & N. Newton (Eds.), *The Caldron of Consciousness: Motivation, affect and self-organization* (pp. 27–54). Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Pestana, M. H., & Gajreiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Prata, L. I. N. (2014). *Burnout, coping e qualidade de vida profissional do cuidador formal em contexto de reabilitação*. Universidade de Aveiro.
- Proença, T., & Cristina, S. (2013). *Motivation in paid work for non-profit*

- organisations: *The case of private social solidarity institutions. FEP Working Papers* (Vol. 515).
- Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207–214. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
- Richardson, M., McEwan, K., Maratos, F., & Sheffield, D. (2016). Joy and Calm: How an Evolutionary Functional Model of Affect Regulation Informs Positive Emotions in Nature. *Evolutionary Psychological Science*, 2(4), 308–320. <https://doi.org/10.1007/s40806-016-0065-5>
- Salazar, L. R. (2015). Exploring the relationship between compassion, closeness, trust, and social support in same-sex friendships. *The Journal of Happiness & Well-Being* (JHW) *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 15–29.
- Sansó, N., Galiana, L., Cebolla, A., Oliver, A., Benito, E., & Ekman, E. (2017). Cultivating Emotional Balance in Professional Caregivers: a Pilot Intervention. *Mindfulness*, 8(5), 1319–1327. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0707-0>
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172–178. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Smyth, E., Healy, O., & Lydon, S. (2015). An analysis of stress, burnout, and work commitment among disability support staff in the UK. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.09.023>
- Stamm, B. H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL).
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2^a ed.). Pocatello.
- Stuntzner, S. (2014). Compassion & Self-compassion: Exploration of utility as potential components of the rehabilitation counseling profession. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*.
- Taylor, M., Bradley, V., & Warren, R. J. (1996). *The Community Support Skill Standards: Tools for managing change and achieving outcomes. Skill Standards for Direct Service Workers in the Human Services*. Cambridge, MA: Human Services Research.
- Welp, L. R., & Brown, C. M. (2014). Self-compassion, empathy, and helping intentions. *Journal of Positive Psychology*, 9(1), 54–65. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.831465>