

LILIANA FILIPA DIAS PARENTE

AUTOCOMPAIXÃO, BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

COIMBRA, 2016



Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde em idosos

LILIANA FILIPA DIAS PARENTE

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo -
Comportamentais.

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar

Coimbra, setembro de 2016

Agradecimentos

Chegando ao final desta etapa tão importante no meu percurso acadêmico, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de uma forma ou outra, contribuíram para esta caminhada e elaboração desta dissertação.

Gostaria de agradecer à professora doutora Marina Cunha pelos conhecimentos transmitidos, pelo apoio e confiança em mim depositada e por todas as orientações sempre oportunas.

A todas as pessoas que me ajudaram na recolha da amostra apresentada neste estudo: O meu muito obrigada a todos os lares, centros de dia e outras unidades por permitirem a recolha e disponibilizaram as suas instalações com tanta amabilidade.

Às pessoas que me auxiliaram na recolha, em especial à minha mãe, dona São, Inês, Rita Carolina e Joana, obrigada por me auxiliarem neste processo que foi o grande desafio deste estudo.

A todos os idosos que abdicaram de um pouco do seu tempo para me ajudar, a todos também o meu muito obrigada, são realmente uma grande fonte de sabedoria!

À família. Aos meus pais, por todo o amor, apoio e motivações sucessivas, para que pudesse tornar este meu sonho realidade. Aos meus irmãos, por estarem sempre lá e acreditarem em mim, mesmo quando as dificuldades eram maiores. Mesmo estando longe, conseguiram estar sempre presentes. Aos meus avós, por serem tão grande fonte de inspiração, sabedoria e exemplo.

Ao João por todo o carinho, apoio, suporte e paciência sempre demonstrada ao longo deste percurso.

Aos meus amigos de sempre, por estarem continuamente presentes e acreditarem inquestionavelmente nas minhas potencialidades.

Às minhas amigas e colegas de curso, Cláudia Rodrigues e Joana Chrispim por todas as partilhas, convívios e ajudas mútuas ao longo deste percurso, por vezes atribulado.

Resumo

O crescente aumento da população envelhecida constitui um grande avanço na sociedade, mas também um grande desafio, impondo a necessidade de ações que visem promover um envelhecimento bem-sucedido com maior bem-estar subjetivo e melhor estado de saúde (Kanning & Schlicht, 2008; *World Health Organization*, 2002).

O presente estudo apresenta os 3 seguintes objetivos: 1) analisar a autocompaixão, a satisfação com a vida, os afetos, o estado de saúde físico e mental na idade avançada e perceber a possível influência de variáveis sociodemográficas (idade, género, zona de residência (urbano vs. rural), estado civil, escolaridade, religião e tipologia de resposta social); 2) compreender de que forma é que a autocompaixão, a satisfação com a vida, os afetos, o estado de saúde físico e mental se encontram associados entre si na idade avançada; e 3) explorar quais as variáveis que melhor predizem a satisfação com a vida e o estado de saúde (físico e mental) em indivíduos com idade avançada.

A amostra em estudo é constituída por 155 indivíduos (99 mulheres e 56 homens), com idades compreendidas entre os 65 e 94 anos ($M = 76,06$; $DP = 7.15$), institucionalizados e não institucionalizados dos distritos de Coimbra e Leiria.

Os resultados obtidos demonstram correlações significativas e no sentido esperado entre alguns dados sociodemográficos (idade, escolaridade, meio de residência e resposta social) e as variáveis em estudo (Satisfação com a vida, afetos positivos, autocompaixão, estado de saúde físico e mental). Foram igualmente encontradas associações significativas e positivas entre a autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde. Relativamente às análises de regressão, os modelos preditivos significativos revelaram que o estado de saúde física é melhor predito por uma maior satisfação com a vida e menor idade do idoso; o estado de saúde mental é melhor predito pelo aumento da satisfação com a vida, da autocompaixão e diminuição dos afetos negativos; e por último a satisfação com a vida é predita pela saúde física e autocompaixão, sendo esta associação das variáveis no sentido positivo.

Para além da idade e da condição de saúde física, estes resultados sugerem a importância do desenvolvimento de estratégias psicológicas que permitam lidar de forma mais calorosa, tolerante e aceite no sofrimento ou nos momentos difíceis típicos da idade avançada, e, simultaneamente, que permitam uma melhor regulação dos afetos negativos. Estes dados estão de acordo com a literatura que apoia o possível efeito benéfico das

terapias focadas na compaixão junto desta população específica, nomeadamente na promoção da satisfação com a vida e saúde mental dos idosos portugueses.

Palavras-Chave: Autocompaixão; saúde física; saúde mental; satisfação com a vida; afetividade

Abstract

The increase in aging population is a major advance in society, but also a great challenge, imposing the need for actions aimed at promoting successful aging with higher subjective well-being and better health (Kanning & Schlicht, 2008; *World Health Organization*, 2002).

This study presents the following 3 objectives: 1) to analyze the self-compassion, satisfaction with life, the affections, the state of physical and mental health in old age and realize the possible influence of sociodemographic variables (age, gender, area of residence (urban vs. rural), marital status, education, religion and type of social response); 2) understand how is that self-compassion, satisfaction with life, the affections, the state of physical and mental health are associated with each other in old age; and 3) to explore which variables best predict satisfaction with life and health (physical and mental) in individuals with advanced age.

The study sample consists of 155 individuals (99 women and 56 men) aged between 65 and 94 years ($M = 76.06$, $SD = 7.15$), institutionalized and non-institutionalized in district of Coimbra and Leiria.

The results show significant correlations between some demographic (age, education, means of residence and social response) and the study variables (satisfaction with life, positive affect, self-compassion, physical and mental health status), which were expected. There were also found significant positive associations between self-compassion, subjective well-being and health. Regarding the regression analysis, the significant predictive models revealed that physical health is best predicted by greater life satisfaction and lower age of the elderly; the mental health status is best predicted by increased satisfaction with life, self-compassion and decreased negative affect; and last the life satisfaction is predicted by physical health and self-compassion, and this combination of variables in the positive direction.

In addition to the age and physical health condition, these results suggest the importance of developing psychological strategies more warmly, tolerant and accepting suffering or in the typical hard times of old age, and simultaneously permitting better regulation of negative affect. These data are consistent with the literature that supports the possible beneficial effect of therapies focused on compassion with this specific population, in particular in promoting life satisfaction and mental health of the Portuguese elderly.

Keywords: Self-compassion; physical health; mental health; satisfaction with life; affection

1. Introdução

O envelhecimento pode ser definido numa perspetiva geral como um processo progressivo e natural que ocorre em todos os seres vivos de todas as espécies. Em particular, no ser humano este processo verifica-se nas dimensões física, psíquica e social. Não ocorre necessariamente de forma simultânea, porém uma dimensão pode interferir, acelerando ou retardando, o processo de uma outra (Becker, 2013; Kanning & Schlicht, 2008). Acredita-se que o envelhecimento resulte do acumular de danos moleculares e celulares ao longo da vida, causados por vários mecanismos e regulados por uma rede complexa de manutenção e reparação (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert & Rockwood, 2013).

Segundo a Organização mundial de Saúde (WHO, 2002) deve ser adotado para além de um envelhecimento saudável, um envelhecimento ativo, ou seja, um processo através do qual seja possível otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, e consequentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Este último conceito é mais abrangente, uma vez que tem em conta, para além da saúde, aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2011).

Cada vez mais se tem assistido a um envelhecimento da população, de ano para ano, com um decréscimo da taxa de natalidade e incremento da esperança de vida. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE & Carrilho, 2015), em Portugal, a esperança de vida aumentou, entre os triénios de 2001-2003 e 2011-2013, cerca de 3,4 anos para os homens e 2,6 anos para as mulheres, atingindo os 76,9 anos e os 82,9 anos, respetivamente.

Atualmente verificam-se duas dinâmicas de evolução opostas em que a população ativa mais nova tende a baixar e a população ativa mais velha a aumentar, confirmando assim um envelhecimento demográfico. A população designada de idosa, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, tem vindo a crescer. Portugal foi classificado como o quarto país com maior proporção de pessoas idosas no seio da União Europeia, prevendo-se que desde o final de 2011 este número ultrapasse os 2 milhões. Dados do INE revelam, também, que o valor total da população idosa tem vindo a crescer, sendo em 2001 cerca de 16, 5% do total da população portuguesa, passando para 19,9 % em 2013. Ainda, em 2001, por cada 100 jovens com menos de quinze anos, havia cerca de 103 idosos sendo

este rácio aumentado, em 2013, para 136 idosos por cada 100 jovens (INE & Carrilho, 2015).

Embora os números estejam a aumentar, Portugal não tem encontrado as respostas adequadas para esta problemática, encontrando-se como o 3º pior país da Europa Ocidental no que toca ao bem-estar social e económico dos indivíduos com 60 ou mais anos de idade, sendo apenas superado pela ilha de Malta e Grécia. A nível mundial (entre os 96 países avaliados), Portugal apresenta-se em 38º lugar, sendo este *ranking* liderado pela Suíça, Noruega, Suécia e Alemanha (HelpAge, 2015).

Perante estes dados, cada vez se torna mais pertinente estudar a população idosa, de forma a perceber quais as variáveis significativas modificáveis para que o envelhecimento seja bem-sucedido.

O bem-estar subjetivo diz respeito às avaliações que as pessoas fazem sobre as suas vidas, podendo ser conceptualizado através das seguintes duas componentes: satisfação com a vida (dimensão cognitiva) e experiência de afetos positivos e negativos (dimensão emocional) (Diener, 1984; Guedea et al., 2006; Siqueira & Padovan, 2008). Quanto à componente cognitiva, o bem-estar subjetivo é a representação mental subjetiva sobre a vida pessoal organizada e armazenada, ou seja, é o julgamento que o indivíduo faz da sua vida e reflete o quão distante este se encontra das suas expectativas e desejos tendo em conta o seu estado atual (Pavot & Diener, 1993; Siqueira & Padovan, 2008). Quanto à dimensão emocional, esta caracteriza-se pelo balanço entre a experiência de emoções positivas (afetos positivos) ou negativas (afetos negativos) na maior parte da vida do indivíduo, ou seja, é o julgamento que o indivíduo faz ao ponderar se a sua vida foi maioritariamente vivenciada através de afetos positivos ou negativos (Pavot & Diener, 1993; Siqueira & Padovan, 2008). Os afetos positivos quando experienciados com elevada intensidade são caracterizados por elevada energia, plena concentração e desempenhos eficientes nas atividades, sendo estas consideradas prazerosas. Já com elevados níveis de afeto negativo, as atividades são realizadas sem prazer, níveis de energia caracterizados por letargia levando o indivíduo a sentir sensações negativas como raiva, desprezo, culpa e nervosismo (Siqueira & Padovan, 2008).

No estudo de Phillips & Ferguson (2012), a idade encontrou-se correlacionada negativamente com os afetos positivos, podendo este decréscimo das emoções positivas se dever aos múltiplos desafios inerentes ao processo de envelhecimento, tais como o

abandono de trabalho devido à reforma, perda do cônjuge e alterações na saúde e/ou funcionamento físico.

No que diz respeito à saúde física e mental, vários são os fatores que podem estar na origem do seu declínio, para além das alterações relacionadas com a idade, surgem os fatores genéticos, doenças e comorbilidades associadas, apoios sociais de saúde e comportamentos individuais (OMS, 2015).

Muitos dos problemas de saúde surgem diretamente das escolhas maladaptativas que as pessoas efetuam no quotidiano, não adquirindo comportamentos que promovam a saúde e, em consequência, prolonguem a sua vida. Por exemplo, sabe-se que uma alimentação saudável e exercício físico regular estão associados a um baixo risco de doenças coronárias, diabetes e obesidade, contudo muitas são as pessoas que falham nestes parâmetros, comprometendo a sua saúde e aumentando o risco de vir a desenvolver estas doenças (Terry & Leary, 2011).

As falhas na autorregulação, quando relacionadas com comportamentos associados à saúde, podem ter consequências nefastas (Terry & Leary, 2011). Esta competência de conseguir estabelecer objetivos que promovam a saúde, adotar comportamentos para que estes objetivos sejam cumpridos (tais como, procura de tratamento médico adequado e adesão à terapêutica prescrita), monitorizar o progresso e ajustar o comportamento sempre que necessário (Terry & Leary, 2011) são fundamentais para o desenvolvimento de um bom funcionamento físico e mental.

A autocompaixão, enquanto estratégia de regulação emocional, pode, na verdade, encorajar a aquisição destes comportamentos adaptativos, proporcionando uma mudança efetiva no incremento da saúde e do bem-estar (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas, 2013). Ser autocompassivo implica uma aceitação do sofrimento como uma experiência que faz parte do reportório da condição humana, em que o indivíduo se reconhece como merecedor de compaixão tal como os outros que o rodeiam, experienciando o sofrimento numa atitude de calor e compreensão, com uma motivação interna genuína para o aliviar ou eliminar (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Com base na tradição budista e na psicologia social, a autocompaixão permite o aumento de sentimento de ligação e de conexão aos outros e a diminuição de sentimentos de separação e de afastamento (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

A autocompaixão pode ser definida segundo três componentes básicos (Neff, 2003): Capacidade para ser compreensível e amável para consigo próprio, em vez de ser punitivo e crítico (Calor/ Compreensão vs. Autocriticismo); entender as suas experiências como parte de uma experiência humana maior (Condição humana vs. Isolamento) e consciência equilibrada dos próprios pensamentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobre-identificação (*Mindfulness* vs. Sobre-identificação). Assim, ser compassivo para consigo próprio pressupõe querer atingir um bem-estar do *eu*, encorajá-lo a mudar de forma calorosa quando se verifica necessário, modificando para tal, padrões de comportamentos disfuncionais (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Partindo de uma abordagem diferente, com base na psicologia evolucionária e na teoria das mentalidades sociais, Gilbert (2005, 2006) defende que a autocompaixão resulta da evolução dos sistemas fisiológicos dos mamíferos relacionados com os comportamentos de vinculação. Este sistema pode ser ativado através de dois sinais emitidos pelo comportamento do próprio (internos) como pelo comportamento dos outros (externo) de suporte, bondade, sensibilidade, tolerância na prestação de cuidados, levando a surgirem sentimentos de ligação de calor-afeto e tranquilização. Esta competência, a autocompaixão, implica o desenvolvimento de motivação genuína para o cuidado com o bem-estar pessoal. Envolve ainda a compreensão empática através de uma atitude de não julgamento das experiências de vida (Gilbert, 2005).

Dos três sistemas de regulação de afetos (sistema de procura de recursos/incentivos; sistema focado na afiliação, calor e *soothing* e sistema de ameaça-defesa) pressupõe-se que aquele ao qual a autocompaixão se encontra ligada é ao sistema de afiliação, calor e *soothing* (Gilbert, 2005; Pinto-Gouveia et al., 2013). Sucintamente, este sistema é mediado por sistemas neurofisiológicos específicos, resultando em sentimentos de segurança no mundo (com os outros e connosco próprios) e sentimentos de tranquilidade. Este sistema proporciona os sentimentos de calma, ser acalmado e de acalmar, desativa emoções defensivas (e.g. ansiedade, raiva e tristeza) e comportamentos ligados ao sistema de ameaça-defesa (e.g. fuga, agressão), sistema de procura de recursos/incentivos, direcionado para o alcançar, adquirir e fazer (Gilbert, 2005, Freitas, 2011). Este sistema está conectado aos circuitos neurofisiológicos relacionados com os opiáceos endógenos (oxitocina), sendo possível os indivíduos diferirem entre si relativamente ao traço de autocompaixão (Gilbert, 2005; Allen & Leary, 2010; Freitas, 2011).

Ser autocompassivo implica não querer escapar ou evitar a experiência interna negativa, mas ter o desejo de cuidar do seu sofrimento com calor, compreensão e tolerância (Pinto-Gouveia et al., 2013). Face a um problema, pessoas com uma maior autocompaixão tratam-se a si próprias com preocupação e bondade, em vez de se autocriticarem ou julgarem, reconhecendo essas dificuldades como parte da vida (Brion, Leary & Drabkin, 2014).

Assim, quando a pessoa se depara com um evento negativo, a autocompaixão pode surgir como um recurso valioso, uma vez que pessoas com elevada autocompaixão têm menor probabilidade de catastrofizar as situações negativas que vão surgindo no decorrer do ciclo vital, experienciando menor ansiedade e não evitando desafios por medo de falhar (Allen & Leary, 2010).

Em amostras com população adolescente e adulta verificou-se que a autocompaixão se encontra associada negativamente com a solidão (Akin, 2010), afetos negativos (Neff et al., 2007; Leary et al., 2007; Brion et al., 2014), neuroticismo (Neff et al., 2007), ansiedade, autocriticismo, depressão (Neff et al., 2007; Pinto-Gouveia et al., 2013), supressão do pensamento (Neff et al., 2007), catastrofização, personalização (Leary et al., 2007), instabilidade da autoestima, comparação com os outros, raiva (Neff & Vonk, 2009), ruminação (Neff et al., 2007; Neff & Vonk, 2009) e necessidade de suporte percebido (Neely et al., 2009). A autocompaixão encontra-se positivamente associada com a felicidade, otimismo, afetos positivos (Neff et al.; Neff & Vonk, 2009; Brion et al., 2014; Campos et al., 2015), sabedoria, iniciativa pessoal, curiosidade, extroversão, amabilidade, conscienciosidade (Neff et al.), conexão social (Neff et al.), bem-estar físico (Hall et al., 2013), bem-estar em geral, envolvimento nos objetivos/metast (Neely et al., 2009; Brion et al., 2014), suporte disponível percebido (Neely et al., 2009) e autoestima (Neff & Vonk, 2009).

Em amostras na população com idade mais avançada, pode observar-se que a autocompaixão se encontra associada positivamente com a saúde em geral, o bem-estar em geral, satisfação com a vida, função social, envelhecimento bem-sucedido (Allen, Goldwasser & Leary, 2012), saúde mental (Brown, Bryant, Brown, Bei & Judd, 2015), autoestima (Allen & Leary, 2013), afetos positivos, integridade do Ego e sentido da vida (Phillips & Ferguson, 2012). A autocompaixão verificou-se associada negativamente com a dor, problemas emocionais, sintomas depressivos e (Allen et al., 2012), afetos negativos (Phillips & Ferguson, 2012).

Idosos que apresentavam maiores níveis na autocompaixão, apresentavam menos problemas físicos ou reportavam uma melhor saúde em geral, uma maior satisfação com a vida, utilizavam mais frequentemente estratégias de coping (como por exemplo, truques de memória e estratégias de assistência) e sentiam-se menos incomodados por dificuldades na deambulação, em comparação com idosos com baixos níveis de autocompaixão (Allen et al., 2012).

Tanto a saúde como a autocompaixão predizem significativamente o bem-estar na população idosa (Allen et al., 2012; Phillips & Ferguson, 2012).

Dadas as dificuldades físicas e mentais inerentes ao processo de envelhecimento, torna-se pertinente estudar na população idosa portuguesa, quais os possíveis benefícios da autocompaixão no bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e afetos positivos e negativos) e na saúde (física e mental), de forma a estes serem ampliados.

Objetivo do estudo

O objetivo geral do estudo é, em primeiro lugar, perceber a relação das variáveis em estudo (autocompaixão, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e estado de saúde, física e mental) com as variáveis sociodemográficas; em segundo lugar compreender quais as associações existentes entre as variáveis em estudo e, por último, explorar quais são as variáveis que predizem um melhor estado de saúde, física e mental, e uma maior satisfação com a vida, em idosos.

2. Materiais e métodos

2.1. Participantes

No presente estudo foi utilizada uma amostra por conveniência, recolhida nas seguintes instituições: uma unidade incluída na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), três lares (dois dos quais com centro de dia integrado), dois centros de dia e em idosos não institucionalizados dos distritos de Leiria e Coimbra, zona centro do país.

A amostra inicial era constituída por 193 sujeitos, dos quais apenas 155 (79%) foram analisados no presente estudo. Os restantes não foram incluídos, uma vez que não cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- a) Idade igual ou superior a 65 anos de idade;
- b) Ausência de doença aguda;

- c) Ausência de demência e declínio cognitivo (Para averiguar este critério, foi utilizado o teste de rastreio cognitivo, o MoCA: sendo que indivíduos com escolaridade entre os 0 - 4 anos, deveriam obter $M = 21,71$, $DP = 3,37$; indivíduos com escolaridade entre os 5 - 9 anos, deveriam obter $M = 24,60$, $DP = 2,87$; indivíduos com escolaridade entre os 10 - 12 anos, deveriam obter $M = 25,11$, $DP = 1,94$ e, por último, indivíduos com escolaridade > 12 anos, deveriam obter $M = 26,35$, $DP = 1,87$) (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011);
- d) Cedência do consentimento informado.

A amostra final é constituída por 99 mulheres (63,9%) e 56 homens (36,1%), com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo a média de idades de 76,06 ($DP = 7,15$).

Quanto ao estado civil, 82 indivíduos são casados (52,9%), 60 viúvos (38,7%), 9 solteiros (5,8%), 2 em união de facto (1,3%) e 2 divorciados (1,3%).

Relativamente à escolaridade, apresentaram anos de estudo compreendidos entre os 0 e os 20 anos, sendo a média de anos de 3,50 ($DP = 2,91$). Verificou-se que 27 idosos não apresentavam escolaridade (17,4%), 115 apresentavam escolaridade entre 1º e 4º anos de estudos (74,2%), 7 frequentaram do 5º ao 9º ano (4,5%) e 6 com escolaridade igual ou superior a 10 anos (3,9%).

Quanto à religião, 152 sujeitos são católicos (98,1%), 2 ateus (1,3%) e 1 com outra religião (Jeová) (0,6%).

Relativamente ao meio de residência, 128 sujeitos habitam em meio rural (82,6%) e 27 em meio urbano (17,4%).

2.2. Instrumentos

Os instrumentos que foram utilizados como forma de recolha de dados no presente estudo, foram os seguintes:

2.2.1. Questionário Sociodemográfico, que pretende recolher os seguintes dados: Idade, género, zona de residência (distrito e meio habitacional - urbano vs. rural), estado civil (solteiro(a), união de facto, casado(a), divorciado(a) e viúvo(a)), anos de escolaridade concluídos, religião e tipologia de institucionalização (não institucionalizado, centro de dia, lar de idosos e em unidade pertencente à RNCCI).

2.2.2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA, Nasreddine, 1992; Versão portuguesa: Simões, Freitas, Santana, Firmino, Martins, Nasreddine & Vilar, 2010).

Este teste é utilizado com o objetivo de detetar défice cognitivo. É constituído por 30 itens que avaliam as seguintes funções cognitivas: capacidade visuoespacial e executiva, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação diferida e orientação. Permite atingir uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos. O MoCA apresenta um alfa de Cronbach de 0,83 e uma sensibilidade para identificar défice cognitivo ligeiro e doença de alzheimer de 90% e 87% de identificação, respetivamente (Nasreddine et al., 2005).

A versão portuguesa obteve uma consistência interna razoável ($\alpha = 0,78$). Foram ainda definidos pontos de corte próprios para amostras clínicas portuguesas, sendo as seguintes: < 17 pontos (Doença de Alzheimer, Demência Vascular e Demência Fronto-temporal variante comportamental) e < 22 pontos (para declínio cognitivo ligeiro) (Freitas et al., 2011).

No presente estudo, a escala revelou uma consistência interna razoável ($\alpha = 0,76$).

2.2.3. Escala da Autocompaixão (*Self-Compassion Scale- SCS*, Neff, 2003; versão portuguesa: Castilho & Pinto-Gouveia, 2006).

A versão original desta escala foi desenvolvida por Neff (2003) com o objetivo de medir o constructo da autocompaixão definido pela forma como o indivíduo se relaciona consigo próprio em momentos de dor e sofrimento, mostrando ser gentil e compreensivo em relação a si próprio, não reagindo com autocrítica, mas percebendo que essas falhas ou dor fazem parte de uma experiência humana mais ampla (Neff, 2003b). Esta escala é composta por 26 itens distribuídos por 6 subescalas distintas, que são as seguintes: Calor/compreensão (e.g., *“Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente”*); Autocrítica (e.g., *“Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”*); Humanidade comum (e.g., *“Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”*); Isolamento (e.g., *“Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis”*); Mindfulness (e.g., *“Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”*) e Sobre-identificação (e.g., *“Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.”*). O formato de resposta é tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1- Quase nunca a 5-Quase sempre, sendo que quanto maior for

a pontuação obtida, maior será a autocompaixão, resultando da soma das subescalas, depois de invertidas as subescalas de valência negativa. A versão original obteve valores de alfa de Cronbach de 0,92 e uma boa fidelidade temporal ($r = 0,93$) (Neff, 2003b).

Na versão portuguesa, a escala obteve uma boa consistência interna ($\alpha = 0,89$) e estabilidade temporal (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Para além das pontuações obtidas em cada uma das subescalas, é ainda possível obter dois índices compósitos resultantes do somatório das dimensões positivas (*Mindfulness*, Calor/compreensão e Humanidade Comum) e do somatório das dimensões negativas (Sobre-identificação, Isolamento e Autocriticismo). Estes índices são designados, respetivamente, por índice de Autocompaixão e índice de Autojulgamento (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira & Castilho, 2015). No presente estudo, à semelhança de outras investigações sobre a compaixão em idosos, apenas será utilizado o total deste instrumento, revelando este uma boa consistência interna ($\alpha = 0,80$).

2.2.4. Questionário do estado de saúde (MOS Short Form Health Survey – 36 Item - SF-36v2 (versão 2); Ware & Sherbourne, 1992; versão portuguesa: Ferreira, 2000).

Este questionário mede e avalia o estado de saúde de indivíduos em diferentes faixas etárias, monitoriza doentes com diversas condições clínicas e ainda compara estes com a população geral. Na versão original é constituído por 36 itens que são agrupados em 8 dimensões: função física, desempenho físico, dor física, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Estas oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes principais: Saúde física e Saúde mental (Ware e Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000). A pontuação da escala tem uma orientação positiva, ou seja, quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, melhor será o seu estado de saúde percebido, podendo variar entre 0 e 100 pontos, para cada componente (Ferreira, 2000b).

Na versão portuguesa (Ferreira, 2000), a escala obteve um alfa de Cronbach que varia entre 0,60 (função social) e 0,87 (função física e saúde geral) (Ferreira, 2000b). Posteriormente, foi efetuada uma validação mais abrangente, tendo obtido valores de alfa de Cronbach de 0,86 (componente física) e 0,87 (componente mental), sendo definidas medidas sumário para a população geral portuguesa (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012).

No presente estudo, a escala apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0,90$, componente física e componente mental $\alpha = 0,89$).

2.2.5. Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale- SWLS*; Diener Emmons, Larsen & Griffin, 1985; versão portuguesa: Simões, 1992).

Esta escala pretende avaliar a maneira como os indivíduos experienciam a sua vida. A versão original é constituída por 5 itens, formulados no sentido positivo, com uma escala de resposta tipo Likert variável de 1 a 7 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida, maior será a satisfação com a vida. Esta escala obteve um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e apresenta uma estrutura unifatorial (Diener, 1984).

Na versão portuguesa, a escala de resposta foi reduzida de 7 para 5 pontos, podendo a pontuação variar entre 5 e 25 pontos, com um ponto médio de 15 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, maior será a satisfação com a vida. A escala obteve um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,77 e revelou uma estrutura unifatorial (Simões, 1992).

No presente estudo, a escala revela uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,80.

2.2.6. PANAS (Positive and Negative Affect Schedule; Watson, Clark & Tellegen, 1988; versão reduzida portuguesa: Galinha, Pereira e Esteves, 2014).

Esta escala pretende avaliar a vertente afetiva do bem-estar subjetivo. Na versão original a escala é constituída por 20 itens, distribuídos em duas dimensões (afeto positivo e afeto negativo), através de uma escala tipo Likert. A validação desta escala foi feita em diversas amostras, obtendo-se dados em sete diferentes instruções temporais (neste momento, hoje, durante os últimos dias, durante a última semana, durante as últimas semanas, durante o último ano, em geral), obtendo valores de alfa de Cronbach que variam entre 0,86 e 0,90 (afeto positivo) e valores entre 0,84 e 0,87 (afeto negativo) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

A versão portuguesa é constituída por 20 emoções divididas nas sub-escalas de afeto positivo e afeto negativo. Em termos de consistência interna, esta demonstra-se adequada com valores de 0,86 para a escala de afeto positivo e de 0,89 para a escala de afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Neste estudo será utilizada a versão portuguesa reduzida que foi desenvolvida a partir da versão anteriormente descrita. Esta é constituída por 10 itens divididos em duas escalas: afeto positivo e afeto negativo, revelando ambas boas características psicométricas e uma

correlação elevada com a versão de 20 itens (Galinha, Pereira, & Esteves, 2014). No presente estudo, a escala dos afetos positivos apresenta um $\alpha = 0,82$, sendo que para os afetos negativos apresenta $\alpha = 0,79$.

2.3. Procedimentos

Procedimentos metodológicos

Inicialmente foram recolhidas as autorizações aos autores dos instrumentos que seriam necessários para o presente estudo. Posteriormente foi construído o protocolo de avaliação constituído pelos instrumentos psicológicos de autorrelato, questionário sociodemográfico e folha de rosto, na qual são explicados os objetivos do estudo e as questões éticas inerentes, tais como, a confidencialidade, participação voluntária, possibilidade de desistência em qualquer momento e anonimato, sendo os dados recolhidos apenas para fins estatísticos.

De seguida, foram solicitadas as autorizações aos diretores das instituições onde foi recolhida a amostra, sendo-lhes explicado os objetivos, metodologias adotadas na investigação, assim como a finalidade dos dados obtidos. Relativamente à recolha de dados, apesar da utilização de questionários de autorrelato, estes foram aplicados no formato de entrevista uma vez que existiram algumas condicionantes que não permitiram aos sujeitos autorresponderem, tais como, por exemplo, ausência de escolaridade e défice de acuidade visual. Assim, a avaliação decorreu individualmente, num *setting* calmo e privado, tendo sido explicados aos idosos os objetivos, metodologias e finalidades do estudo, bem como pedido o seu consentimento informado.

Procedimentos estatísticos

No presente estudo, para o tratamento estatístico foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Para analisar a consistência interna dos instrumentos, utilizou-se o Alfa de Cronbach, uma vez que se prevê que obtém uma boa fidelidade dos mesmos. Para analisar as associações entre as diversas variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis contínuas e correlação bisserial por pontos para analisar a associação entre uma variável contínua e variável com duas categorias (género e meio de residência). Para a interpretação da magnitude das associações foi utilizada a convenção de Pestana e Gageiro (2008) (associação muito baixa- $r < 0,2$; associação baixa- $0,2 \leq r \leq 0,39$;

associação moderada- $0,4 \leq r \leq 0,69$; associação alta- $0,7 \leq r \leq 0,89$; associação muito alta- $0,9 \leq r \leq 1$). A comparação dos valores médios das variáveis em estudo, em função da resposta social foi feita através da análise da variância *Anova one-way*, com recurso aos testes *pos hoc de Tukey* para localizar as diferenças significativas entre os grupos. Por último, foram realizadas análises de regressão linear a fim de analisar o conjunto de variáveis que melhor prediz o estado de saúde, física e mental, e a satisfação com a vida. Valores de prova $\leq 0,05$ foram considerados indicadores de significância estatística.

3. Resultados:

Valores médios das variáveis em estudo

Na Tabela 1 são apresentados os valores médios que os participantes obtiveram nos instrumentos de medida (satisfação com a vida, estado de saúde, autocompaixão e afetos).

Tabela 1

Valor mínimo, valor máximo, média e desvio-padrão das variáveis em estudo (N=155)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Satisfação com a vida (SWLS)	5	25	17,65	5,01
Estado de Saúde (SF-36v2)				
Física	29,20	87	61,25	14,03
Mental	24	70	53,71	10,49
Autocompaixão (Selfcs)	58	120	92,68	12,28
Afetos (PANAS-vrp)				
Negativos	5	20	8	3,32
Positivos	5	23	13,62	4,17

3.1. Influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis em estudo (autocompaixão, estado de saúde e bem-estar subjetivo).

Um dos objetivos deste estudo era tentar perceber se alguma das variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, género, meio de residência e tipologia de resposta social) poderiam influenciar os resultados nos instrumentos de medida (satisfação com a vida, estado de saúde, autocompaixão e afetos).

Relativamente à variável sociodemográfica “idade”, verificou-se uma associação negativa baixa com a saúde física ($r = -0,215$, $p = 0,007$), afetos positivos ($r = -0,279$, $p < 0,001$) e correlação negativa muito baixa com a saúde mental ($r = -0,178$, $p = 0,027$). Não evidenciou qualquer associação significativa com a autocompaixão, com a satisfação com vida e com os afetos negativos.

A variável “escolaridade” evidenciou apenas uma associação positiva baixa com os afetos positivos ($r = 0,286$, $p < 0,001$) e uma correlação muito baixa, mas ainda significativa, com a saúde mental ($r = 0,170$, $p = 0,034$).

O género não se mostrou associado a nenhuma variável em estudo, através da análise correlacional bisserial por pontos ($p > 0,05$).

Quanto ao meio de residência, são os idosos que residem em meio rural que apresentam valores mais elevados no estado de saúde física ($M = 62,95$; $DP = 12,91$), comparativamente aos idosos residentes em meio urbano ($M = 53,21$; $DP = 16,47$). Esta diferença é estatisticamente significativa [$t_{(153)} = -3,39$, $p = 0,001$]. Não foram encontradas diferenças significativas para as restantes variáveis em estudo.

Quando comparados os valores médios das diversas variáveis em função do tipo de resposta social, verificam-se diferenças significativas em todas as variáveis, à exceção dos afetos negativos (Tabela 2). Com recurso aos testes *post hoc* de Tukey para localizar as diferenças, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que ainda residem nos seus domicílios (sem nenhuma resposta social), comparativamente àqueles que se encontram em centro de dia, lar e RNCCI, apresentando os primeiros valores mais elevados no estado de **saúde física** (centro de dia: $p = 0,014$; Lar: $p < 0,001$; RNCCI: $p < 0,001$). Pode ainda analisar-se, nesta componente, que os idosos que se encontram no centro de dia apresentam valores mais elevados quando comparados com os que estão institucionalizados em lares ($p = 0,037$) ou na RNCCI ($p < 0,001$).

Quanto à **saúde mental**, pode verificar-se uma diferença estatisticamente significativa, na qual os idosos que não se encontram institucionalizados, apresentam valores mais elevados quando comparados com aqueles que se encontram no centro de dia ($p = 0,022$) e na RNCCI ($p < 0,001$).

Relativamente à **autocompaixão (total)**, os idosos que não se encontram institucionalizados apresentam valores mais elevados, quando comparados com aqueles

que frequentam os centros de dia, sendo este valor estatisticamente significativo ($p = 0,048$).

Observou-se que os idosos não institucionalizados apresentavam valores mais elevados, e estatisticamente significativos, na **satisfação com a vida**, quando comparados com os utentes da RNCCI ($p = 0,020$) e do lar ($p = 0,004$).

Quanto aos **afetos positivos**, analisou-se que os indivíduos que não se encontram institucionalizados apresentam valores mais elevados, e estatisticamente significativos, quando comparados com aqueles que frequentam os centros de dia ($p = 0,014$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação aos afetos negativos ($p > 0,05$).

Tabela 2

Variáveis em estudo (satisfação com a vida, estado de saúde e bem-estar subjetivo) em função do tipo de resposta social (sem resposta social, centro de dia, lar e RNCCI) (N=155)

	Sem resposta social		Centro de dia		Lar		RNCCI		<i>F(p)</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Satisfação com a vida (SWLS)	18,91	4,21	16,89	5,01	14,74	5,75	15,13	6,03	6,25 ($p = 0,001$)
Estado de saúde (SF-36v2)									
Físico	67,13	10,68	59,59	11,99	50,38	13,22	43,30	12,27	27,29 ($p < 0,001$)
Mental	56,92	8,51	50,93	9,59	51	11,26	43,31	13,05	10,99 ($p < 0,001$)
Autocompaixão (Selfcs)	94,63	11,90	87,82	10,51	89,89	14,18	93,31	13,11	2,66 ($p = 0,050$)
Afetos (PANAS-vrp)									
Positivos	14,30	3,58	11,64	3,97	12,26	5,67	14,75	4,49	4,24 ($p = 0,007$)
Negativos	7,47	3,06	9,07	3,77	8,26	3,28	8,88	3,63	2,22 ($p = 0,088$)

Nota: RNCCI- unidade integrada na rede nacional de cuidados continuados integrados

3.2. Relação entre estado de saúde, autocompaixão e bem-estar subjetivo.

Na Tabela 3 é apresentada a matriz de correlações de Pearson entre as variáveis estado de saúde (SF-36v2), autocompaixão (Selfcs) e bem-estar subjetivo (SWLS, PANAS-vrp).

Tabela 3

Análise das correlações entre o estado de saúde, autocompaixão e bem-estar subjetivo (N=155)

	1	2		3	4	
		a.	b.		a.	b.
1. Satisfação com a vida (SWLS)	1					
2. Estado de saúde (SF-36)						
a. Física	0,52**	1				
b. Mental	0,61**	0,69**	1			
3. Autocompaixão (Selfcs)	0,50**	0,35**	0,61**	1		
4. Afetos (PANAS-vpr)						
a. Negativos	-0,45**	-0,37**	-0,62**	-0,51**	1	
b. Positivos	0,29**	0,16	0,33**	0,19*	-0,20*	1

*Nota: * A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)*

*** A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)*

De acordo com a Tabela 3, podemos verificar que a satisfação com a vida (SWLS) se encontra associada moderadamente, de forma positiva e estatisticamente significativa, com a saúde física (SF-36v2) ($r = 0,52$, $p < 0,001$) e saúde mental (SF-36v2) ($r = 0,61$, $p < 0,001$). Por sua vez, encontra-se correlacionada moderadamente, de forma positiva e estatisticamente significativa, com a autocompaixão (Selfcs) ($r = 0,50$, $p < 0,001$). Apresenta-se ainda com uma associação significativa moderada negativa com os afetos negativos (PANAS-vrp) ($r = -0,45$, $p < 0,001$) e uma correlação baixa positiva com os afetos positivos (PANAS-vrp) ($r = 0,29$, $p < 0,001$).

Relativamente ao estado de saúde física (SF-36v2) verifica-se uma associação baixa positiva com a autocompaixão (Selfcs) ($r = 0,35$, $p < 0,001$) e uma correlação baixa

negativa com os afetos negativos ($r = -0,37, p < 0,001$). Já na componente da saúde mental (SF-36v2), esta demonstra as seguintes associações: moderadamente de forma positiva e significativa com a autocompaixão (Selfcs) ($r = 0,61, p < 0,001$), correlacionada moderadamente, de forma negativa, com os afetos negativos (PANAS-vrp) ($r = -0,62, p < 0,001$) e com uma baixa associação positiva, estatisticamente significativa, com os afetos positivos (PANAS-vrp) ($r = 0,33, p < 0,001$).

Quanto à autocompaixão pode observar-se que apresenta uma correlação moderada negativa, estatisticamente significativa, com os afetos negativos (PANAS-vrp) ($r = -0,51, p < 0,001$) e uma associação muito baixa positiva com os afetos positivos (PANAS-vrp) ($r = 0,19, p = 0,017$).

3.3. Análise preditora do estado da saúde (física e mental) e da satisfação com a vida.

Foram realizadas análises de regressão linear múltiplas para compreender quais as variáveis que contribuem para um melhor estado de saúde, física e mental, e para uma maior satisfação com a vida. Para predizer um melhor estado de saúde física e saúde mental, foram utilizados os totais das seguintes escalas, enquanto variáveis independentes ou preditoras: satisfação com a vida, autocompaixão, afetos (positivos e negativos) e a idade, uma vez que esta variável se mostrou associada ao estado de saúde física. Para a satisfação com a vida, foram utilizados os totais das seguintes escalas: estado de saúde (física e mental), autocompaixão e afetos (positivos e negativos) (variáveis independentes).

No caso do estado de saúde física (Tabela 4), o modelo de predição é significativo [$R^2 = 0,32$; $F(5,149) = 14,04, p < 0,001$], explicando 32% da variância. Emergem como preditores a satisfação com a vida ($\beta = 0,41; p < 0,001$) e idade ($\beta = -0,17, p = 0,016$).

O modelo de predição do estado de saúde mental (Tabela 4) demonstrou-se significativo [$R^2 = 0,59$; $F(5,149) = 42,53, p < 0,001$], explicando 59% da variância. Neste modelo é possível observar que surgem como variáveis preditoras os afetos negativos ($\beta = -0,32; p < 0,001$), a satisfação com a vida ($\beta = 0,28; p < 0,001$) e autocompaixão ($\beta = 0,28; p < 0,001$).

No modelo preditivo da satisfação com a vida (Tabela 5), os resultados evidenciaram um modelo significativo [$R^2 = 0,44$; $F(5,149) = 23,15, p < 0,001$], explicando 44% da variância. Como preditores significativos surge o estado de saúde física ($\beta = 0,24; p = 0,006$) e autocompaixão ($\beta = 0,22; p = 0,004$).

Tabela 4

Análise de regressão múltipla utilizando as variáveis satisfação com a vida, autocompaixão, afetos e idade para prever o estado de saúde física e mental (SF-36v2) em idosos (N=155)

	Estado de saúde (SF-36v2)					
	Física			Mental		
	R ²	β	P	R ²	β	p
	0,32		< 0,001	0,59		< 0,001
Satisfação com a vida (SWLS)		0,41	< 0,001		0,28	< 0,001
Autocompaixão (Selfcs)		0,07	0,413		0,28	< 0,001
Afetos (PANAS-vrp)						
Negativos		-0,15	0,074		-0,32	< 0,001
Positivos		0,05	0,459		0,11	0,057
Idade		-0,17	0,016		-0,07	0,185

Tabela 5

Análise de regressão múltipla utilizando as variáveis estado de saúde (SF-36v2), autocompaixão (Selfcs) e afetos (PANAS-vrp) para prever a satisfação com a vida (SWLS) em idosos (N=155).

	Satisfação com a vida (SWLS)		
	R ²	β	p
	0,44		<0,001
Estado de saúde (SF-36v2)			
Física		0,24	0,006
Mental		0,21	0,072
Autocompaixão (Selfcs)		0,22	0,004
Afetos (PANAS-vrp)			
Negativos		-0,09	0,253
Positivos		0,12	0,063

4. Discussão

Num panorama mundial sabe-se que a população está cada vez mais envelhecida (OMS, 2015; HelpAge, 2015). Especificamente, em Portugal as respostas para esta faixa etária não têm correspondido ao nível europeu exigido, sendo considerado o 3º pior país, no que toca ao bem-estar social e económico, em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (HelpAge, 2015; INE & Carrilho, 2015).

Diversos estudos (Neff & Costigan, 2014; Allen et al., 2012; Hall et al., 2013; Phillips & Ferguson, 2012) indicam que, em momentos de sofrimento e dor, tratarmo-nos a nós próprios e aos outros com gentileza e compreensão, percebendo a dor ou falha como parte de uma experiência humana mais ampla, proporciona um bem-estar subjetivo, intrapessoal, interpessoal e físico.

Assim sendo, a autocompaixão tem sido associada a variadíssimos benefícios, tais como por exemplo a uma maior felicidade, otimismo, autoestima, afetos positivos e menor sintomatologia depressiva, ansiosa e stress em geral (Neff et al., 2007; Brio net al., 2014, Akin, 2010; Gilbert & Proctor, 2006; Pinto-gouveia et al., 2013). Genericamente, a autocompaixão tem sido associada positivamente ao bem-estar (Phillips & Ferguson, 2012; Hall et al., 2013; Neely et al., 2009; Allen et al., 2012)

Sabe-se ainda que tanto o bem-estar subjetivo como a saúde, física e mental, são elementos chave para um envelhecimento bem-sucedido (Allen et al, 2012; Phillips & Ferguson, 2012).

Perante estes dados, torna-se essencial estudar que medidas se podem implementar, recorrendo à autocompaixão, para possibilitar o aumento do bem-estar subjetivo e da saúde nos nossos idosos portugueses, institucionalizados e não institucionalizados.

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo inicial perceber quais as relações existentes entre a autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde e as variáveis sociodemográficas.

Quanto à idade, verificou-se que quanto maior a idade, pior é o estado de saúde físico e menos afetos positivos são sentidos, o que se pode dever aos múltiplos desafios experienciados com o envelhecimento, tais como alterações nos papéis sociais até ao momento desempenhados (e.g. reforma), perda do cônjuge e/ou amigos próximos e mudanças na saúde e funcionamento físico (e.g. alterações cognitivas, mudanças no

sistema endócrino, no sistema imunológico e no sistema músculo-esquelético; perdas nas reservas fisiológicas cardiovasculares, respiratórias e renais e estado nutricional têm sido associadas ao desenvolvimento de fragilidade na população idosa) (Phillips & Ferguson, 2012; Clegg, Young, Iliffe, Rikkert & Rockwood, 2013; OMS, 2015).

Observa-se, no presente estudo, que quanto maior a escolaridade, melhor é a saúde mental e a frequência de afetos positivos. Isto, provavelmente significa que a escolaridade exerce um papel protetor no envelhecimento cognitivo e na afetividade o que está de acordo com os dados reportados em alguns estudos (Burns, Anstey & Windsor, 2011; Falcão, Espírito-Santo; Matreno, Fermino & Guadalupe, 2012).

No que toca ao género, nenhuma variável em estudo se mostrou associada, indo de encontro ao que Phillips e Ferguson (2012) obtiveram no seu estudo.

Em relação à possível influência do meio de residência na autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde, verifica-se que os idosos que habitam em meio rural apresentam valores mais elevados na saúde física, quando comparados com os idosos em meio urbano. Estes resultados vão ao encontro do modelo ecológico de Lawton (1983, 1989 cit. por Sequeira e Silva, 2003), que perspetiva que o contexto de residência é essencial para a compreensão do processo de envelhecimento e o facto de este ser ou não bem-sucedido. Defende ainda que muitos dos comportamentos adotados são definidos pelas competências que o idoso apresenta em relação à pressão exercida pelo meio ambiente, ou seja, são vistas perante um determinado potencial de exigência. De forma global, num meio de residência rural é fomentada menos pressão sobre os idosos, o que leva a viverem em maior consonância com o ambiente (Lawton, 1989 cit. por Fonseca, 2006). Ainda, os idosos residentes em meio rural, frequentemente relataram, ao longo da aplicação do protocolo aplicado, que continuam a cuidar dos seus animais, das fazendas e terras de cultivo, o que faz com que permaneçam mais ativos, indo ao encontro do que os estudos indicam (Sequeira & Silva, 2003; Teixeira, 2010)

No que respeita à variável resposta social, verificou-se que os idosos que ainda não se encontram institucionalizados apresentam valores mais elevados, e significativamente relevantes, na saúde física, na saúde mental, autocompaixão e afetos positivos, quando comparados com os idosos institucionalizados (centro de dia, RNCCI e lar). De alguma forma estes resultados eram expectáveis, uma vez que os estudos indicam que a institucionalização é associada a baixos níveis de atividade física, de estimulação

cognitiva e, conseqüentemente, uma menor funcionalidade global (Duca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2012; Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013; Pinto, 2013), sendo muitas vezes esse o motivo que leva os idosos e as respectivas famílias a procurarem ajuda institucional (Pinto, 2013), quer seja apenas diurna, como os centros de dia, internamentos temporários, como a RNCCI, quer internamentos a longo prazo.

Dentro da amostra institucionalizada, pode verificar-se uma associação pertinente, em que os idosos que se encontram em centro de dia apresentam valores mais elevados no estado de saúde física quando comparados com aqueles que se encontram na RNCCI e lar. Estes dados podem dever-se ao facto de que os idosos que se encontram em centro de dia, não necessitem de permanecer internados, regressando ao domicílio no final do dia. Pressupõe-se que ao regressarem a casa consigam satisfazer as suas necessidades humanas básicas, permanecendo mais ativos e mentalmente estimulados, do que aqueles que se encontram internados (RNCCI e lar), sabendo-se que quanto mais ativos, melhor será o estado de saúde e mais bem-sucedido será o envelhecimento (WHO, 2002; Ribeiro & Paúl, 2011).

Como segundo objetivo do presente estudo, surge a forma como as variáveis em estudo se relacionam e estão associadas entre si.

Pode observar-se que indivíduos com maior autocompaixão apresentam maior bem-estar subjetivo (maior satisfação com a vida, mais afetos positivos e menos afetos negativos sentidos) e maior saúde (física e mental). Este resultado é congruente com aqueles encontrados nos estudos de Allen e al. (2012) e Phillips e Ferguson (2012) conduzidos na população idosa.

Relativamente ao estado de saúde física verifica-se que os sujeitos com uma pontuação mais elevada nesta dimensão, apresentam-se mais autocompassivos e experienciam menos afetos negativos. Na variável saúde mental, verificam-se associações positivas e significativas com a autocompaixão e afetos positivos e uma associação negativa com os afetos negativos, ou seja, quanto maior for a autocompaixão, maior serão os afetos positivos, menor o nível de afetos negativos, e em geral, melhor será a saúde mental do idoso.

Estes resultados são concordantes com a literatura, demonstrando que a autocompaixão está associada não só ao bem-estar subjetivo, mas também ao estado de saúde (física e mental) (Allen et al., 2012; Phillips & Ferguson, 2012, Brown et al., 2015; Pinto-Gouveia

et al., 2013). De facto, as competências autocompassivas permitem aos idosos perceber as suas dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento de forma calorosa e compreensiva, moderando as reações perante acontecimentos *stressantes* e adquirindo iniciativa para lidar com as suas falhas, o que leva a fomentar um estilo de *coping* adequado perante as adversidades (Allen & Leary, 2010; Allen et al., 2012).

Por último, são exploradas as variáveis que melhor predizem a satisfação com a vida e o estado de saúde, físico e mental nos idosos.

No modelo preditivo do estado de saúde físico, surgem como preditores a satisfação com a vida e a idade, explicando cerca de 32% da variância. Assim, a apreciação que os idosos fazem das suas vidas, que reflete o quão distantes se encontram das suas expectativas e desejos, poderá estar a influenciar a perceção que têm da sua saúde física. Também a idade pode encontrar-se a influir esta componente da saúde de forma negativa, ou seja, à medida que se vai envelhecendo, pior é o estado de saúde, indo de encontro ao que se encontra presente na literatura (Clegg et al., 2013; Allen et al., 2012; Phillips & Ferguson, 2012) e à própria definição de envelhecimento (Kanning & Schlicht, 2008; Becker, 2013; Clegg et al., 2013).

Por sua vez, o estado de saúde mental é melhor predito pela satisfação com a vida, pelos afetos negativos e pela autocompaixão, explicando este conjunto de variáveis 59% da variância da saúde mental. Este resultado reflete que para que nos idosos a saúde mental prevaleça, é importante que estes se sintam satisfeitos com a vida, encarem com amabilidade os acontecimentos menos bons, percebendo que estes fazem parte de uma experiência humana maior, sem se sobre-identificarem excessivamente com os mesmos (Neff, 2003). Também os afetos negativos representam um papel fundamental nesta componente da saúde, sendo que se ao longo da vida os idosos experienciarem menor intensidade de emoções negativas, prevê-se que a saúde mental aumente.

A satisfação com a vida revelou ter um contributo relevante tanto para a saúde física como para a saúde mental, pelo que se torna então pertinente perceber o que pode predizer a mesma. Assim, no modelo preditivo da satisfação com a vida em idosos, surge como variáveis significativas a saúde física e a autocompaixão, explicando 44% da variância. Desta forma, valores mais elevados de autocompaixão e um estado de saúde física mais favorável estão associados a melhor apreciação que os idosos fazem das suas vidas.

Algumas limitações devem ser apontadas na interpretação dos resultados obtidos no presente estudo. A primeira relaciona-se com a forma como foram recolhidos os dados, em formato de entrevista devido a algumas dificuldades apresentadas pelos idosos, podendo as respostas serem influenciadas pela desejabilidade social. A amostra verificou-se relativamente reduzida, maioritariamente recolhida em meio rural e com idosos com escolaridade reduzida, sendo necessário em estudos posteriores, para generalização dos resultados, equivaler estas questões.

Contudo, os resultados obtidos no presente estudo indicam novas direções interessantes para futuras investigações e apresentam implicações práticas para uma população que até então não tem obtido as respostas mais eficazes no que toca ao seu bem-estar. Este estudo sugere a possibilidade da criação de novas estratégias e programas específicos para o aumento da autocompaixão, podendo fornecer benefícios para a satisfação com a vida, saúde mental e saúde física em idosos não-institucionalizados e naqueles que se encontram em centros de dia, na RNCCI ou em lar. Em suma, este estudo permitiu uma visão do papel da autocompaixão, do bem-estar subjetivo e do estado de saúde no processo de envelhecimento.

5. Referências Bibliográficas

- Allen, A. & Leary, M. (2010). Self-compassion, stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. Doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
- Allen, A., Goldwasser, E. & Leary, M. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and identity*, doi: 10.1080/15298868.2011.595082
- Allen, A., & Leary, M. (2014). Self-compassionate responses to aging. *The gerontologist*, 54 (2), 190-200, doi: 10.1093/geront/gns204.
- Akin, A. (2010). Self-compassion and loneliness. *International online journal of education science*, 2(3), 702-718.
- Barnard, L. & Curry, J. (2011). Self-compassion: conceptualization, correlates & intervention. *Review of general psychology*, doi:10.1037/a0025754.
- Becker, A. M. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses : um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Brion, J., Leary, M. & Drabkin, A. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: the case of HIV. *Journal of health psychology*, 19(2), 218-229
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B. & Judd, F. (2015). Self-compassion, attitudes to ageing and indicators of health and well-being among midlife women. *Aging & Mental health*, doi: 10.1080/13607863.2015.1060946
- Burns, R., Anstey, K., e Windsor, T. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 240–248. Doi: 10.3109/00048674.2010.529604.
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-lópez, J., Botella, C., Soler, J., García-Campayo, J., Demarzo, M. & Bãnos, R. (2015). Meditation and happiness: mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness

relationship. *Personality and individual differences*. Doi: 10.1016/j.paid.2015.08.040

Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Validação da versão portuguesa da escala da auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203–230.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The lancet*, 381, 752-762.

Cho, J., Martin, P. & Poon, L. (2015). Successful Aging and Subjective Well-Being Among Oldest-Old Adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132-143. doi:10.1093/geront/gnu074

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2015). Validation of the Psychometric Properties of the Self-Compassion Scale. Testing the Factorial Validity and Factorial Invariance of the Measure among Borderline Personality Disorder, Anxiety Disorder, Eating Disorder and General Populations. *Clinical Psychology Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1974.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.

Duca, G., Silva, S., Thumé, E., Santos, I., & Hallal, P. (2012). Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Saúde Pública*, 46(1),1-6.

Falcão, D., Espírito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, S. & Guadalupe, S. (2012). *Envelhecimento e funcionamento cognitivo: o papel da escolaridade e profissão*. Artigo apresentado no I Congresso Internacional de Gerontologia Social dos Açores: problemáticas e desafios-Construção duma nova realidade, Ilha terceira, Açores, Portugal.

Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345–357.

- Freitas, S., Simões, M., Alves, L. & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989–996.
- Freitas, P. (2011). Modelos de relação interna: autocrítico e autocompaixão; uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. Dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II--Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119–27.
- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 30(2), 163–171.
- Fonseca, A. M. (2006). Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.285-311). Lisboa: Climepsi.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219–227.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28, 53–65.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*, (pp.9-73). Routledge: London.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical psychology and psychotherapy*, 13, 353-379. Doi: 10.1002/cpp.507

- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M., & Guedea, R. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308
- Hall, C., Row, K., Wuensch, K. & Godley. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The journal of psychology: interdisciplinary and applied*, 147 (4), 311-323, Doi: 10.1080/00223980.2012.693138
- HelpAge (2015). *Global agewatch index 2015: Insight report*. [On-line]. Acedido em 03.08.2016 de <http://www.helpage.org/>
- Instituto Nacional de Estatística & Carrilho, M. (2015). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 4, 57–107.
- Kanning, M., & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable “physical activity.” *European Review of Aging and Physical Activity*, 5, 79–87.
- Leary, M., Tate, E., Adams, C., Allen, A. & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant event: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92 (5), 887-904
- Nasreddine, Z., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695–699.
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K., Rude, S. & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41, 908-916.

- Neff, K., Kirkpatrick, K. & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptative psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50, Doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K., Costigan, A. (2014). Self-compassion, wellbeing and happiness. *Psychology in Österreich*, 2(3), 114-119.
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R. & Chen, y. (2009). Self-kindness when facing stress: the role of self-compassion, goal regulation, and suport in college students' well-being. *Motivation and emotion journal*, 33, 88-97
- OMS. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Doi: WHO/FWC/ALC/15.01
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Social Indicators Research*, 39, 101–117.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados Para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Phillips, W. & Ferguson, S. (2012). Self-compassion: a resource for positive aging. *Journal of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, doi: 10.1093/geronh/gbs091.
- Pinto, D. (2013). Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência. Dissertação de mestrado, Instituto superior de ciências sociais e politicas, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. & Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical psychology and psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1838

- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 505-516.
- Siqueira, M. M. M., & Padovan, V. a. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo , Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 24(2), 201–209.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Terry, M. & Leray, M. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and identity*, 10 (3), 352-362, Doi: 10.1080/15298868.2011.558404
- Vitorino, L., Paskulin, L. & Vianna, L. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(Spec), 3-11.
- Watson, D., Clark, L. a, & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Police Framework* (pp. 1–60).

ANEXOS