INSTITUTO SUPERIOR
MIGUEL TORGA

Otimismo, esperança, autocompaixão e qualidade de vida em pessoas idosas sob resposta social do concelho de Moimenta da Beira

DORA LUÍSA FONSECA FERREIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, janeiro de 2019

Agradecimentos

Ao longo da vida encontramos sempre pessoas que de uma maneira ou de outra nos marcam bastante, as quais muitas vezes se tornam essenciais não só pela necessidade de partilha em momentos de alegria, de conquista e vitória, como também pelo simples facto de estarem sempre connosco e nos apoiarem em momentos de desespero, angústia, tristeza e fragilidade.

Com tudo isto, após a realização desta Dissertação de Mestrado, sinto necessidade em agradecer àquelas pessoas que de uma forma ou de outra foram marcantes e sem as quais a sua realização não seria possível.

Aos meus pais e ao meu irmão por acreditarem sempre em mim, pelo espírito de sacrifício que os moveu ao longo deste meu pequeno e trabalhoso percurso, por terem sofrido comigo os meus momentos menos bons.

Em especial, ao meu pai que sempre me motivou cada vez mais para seguir os meus sonhos e lutar pelos meus objetivos. Por ser um exemplo para mim, uma pessoa extremamente humana, trabalhadora e compreensiva, um exemplo a seguir.

À minha mãe por nunca me ter deixado desistir.

Ao meu irmão pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos, aos que me acompanham desde sempre e àqueles que a sua vida se cruzaram com a minha ao longo do meu percurso, que sempre estiveram lá para me apoiar em tudo e em todos os momentos.

À minha orientadora de curso, a Professora Doutora Laura Lemos, por toda a sua disponibilidade, compreensão e dedicação constantes.

Às maravilhosas equipas dos lares do concelho de Moimenta da Beira onde realizei a minha Dissertação de Mestrado por me acolherem de uma forma tão carinhosa.

E como não poderia deixar de ser, agradeço a todas as pessoas idosas, sem eles não seria mesmo nada possível. A partilha de experiências foi extraordinária, o convício e que fizeram com que todos os momentos se tornassem numa constante aprendizagem.

Ao Instituto Superior Miguel Torga, pela possibilidade que me deu em frequentar este curso. Momentos que ficarão para sempre na minha memória e no coração!

O meu sincero obrigada a todos vocês por terem comemorado as minhas conquistas e vitórias.

Resumo

Este trabalho visou perceber a relação entre o otimismo, a esperança, a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas idosas sob resposta social (Estrutura residencial Para Idosos e Centro de Dia) do concelho de Moimenta da Beira.

Inicialmente os participantes a serem avaliados eram 265, contudo, o estudo contou com uma amostra de 115 indivíduos (75 mulheres e 40 homens), com idades compreendida entre os 65 e 100 anos ($M = 83{,}02$; $DP = 7{,}01$).

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: um Questionário Sociodemográfico, o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), o World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-Bref), o Self Compassion Scale (SELFCS), a Escala de Esperança e a Escala de Otimismo.

Como resultado final o otimismo variou de forma estatisticamente significativa, em função do tempo de institucionalização, sendo que as pontuações mais elevadas ocorreram em pessoas que frequentam a instituição de 3 a 5 anos, e variou em função da valência, sendo os utentes de centro de dia a terem a pontuação mais elevadas. Na auto-compaixão, a condição humana foi superior nos "novos velhos". A qualidade de vida variou em função da valência, onde as pontuações mais elevadas foram em centro de dia. Na qualidade de vida, as mulheres pontuaram de forma mais elevada no domínio psicológico.

As pessoas idosas que frequentam o Centro de Dia são mais otimistas quando comparadas com as da Estrutura Residencial para Idosos.

A esperança relacionou-se positivamente com otimismo, com a autocompaixão e com a qualidade de vida. Positiva também foi a relação da autocompaixão com o otimismo e com a esperança. A variável qualidade de vida apenas se relacionou com a autocompaixão nas subescalas calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*.

No estudo concluiu-se que existe relação positiva entre as variáveis otimismo, esperança, autocompaixão e qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Otimismo, Esperança, Autocompaixão, Qualidade de vida

Abstract

This work aimed to understand the relationship between optimism, hope, self-pity and quality of life in the elderly under social response (Residential structure for the Elderly and Day Care Center) of the municipality of Moimenta da Beira.

Initially the participants to be evaluated were 265, however, the study had a sample of 115 individuals (75 women and 40 men) ages between 65 and 100.

The evaluation instruments used were: a Sociodemographic Questionnaire, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-Bref), the Self Compassion Scale (SELFCS), the Scale of Hope and the Scale of Optimism.

As a final result the optimism varied on a statistically significant way, depending on the duration of institutionalization (valence), with the highest scores occurring in people attending the institution from 3 to 5 years, and varied according to the type of institutionalization (valence), being the users of Day Care Center the ones to have the highest score.

In self-pity, the human condition was superior in the "new old". The quality of life varied according to the type of institutionalization (valence), where the highest scores were in the Day Care Center. In the quality of life, women scored higher in the psychological domain.

Despite the reduced sampling and despite the inferior number of male participants in comparison to the female ones, we conclude that older people attending the Day Care Center are more optimistic compared to those in the Residential Structure for the Elderly.

In the study we concluded that there is a positive relationship between the variables optimism, hope, self-pity and quality of life. Hope was positively related to optimism, self-pity, and quality of life. The relationship of self-pity with optimism and hope was also positive. The variable quality of life was only related to self-pity in subscales heat / comprehension, human condition and *mindfulness* affirmatively but in a negative way with self-criticism isolation and over identification of self-pity.

Keywords: Aging, Optimism, Hope, Self-pity, Quality of life

Introdução

A pertinência deste estudo remete para uma tentativa de exploração da relação entre otimismo, esperança, autocompaixão e qualidade de vida nas pessoas idosas do concelho de Moimenta da Beira, tendo em conta a resposta social em que se encontram (Estrutura residencial Para Idosos e Centro de Dia). Assim, ao longo deste trabalho, serão apresentados os contributos da literatura para um melhor entendimento desta temática.

Do ponto de vista científico, não existe um consenso para o termo envelhecimento. Todavia, todas as definições expressam o mesmo significado, o processo de avançar da idade que culmina com o desenvolvimento da maturidade da vida. Assim, o processo de envelhecimento pode ser descrito como um processo de alterações biológicas associadas à idade e à dimensão biopsicossocial. Esta problemática foi abordada no último século pela psicologia do envelhecimento e áreas afins (Stuart-Hamilton, 2002).

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos e que termina no momento em que o indivíduo morre. É possível dizer que existem várias formas de envelhecer, surgindo neste contexto os conceitos de idade biológica, social e psicológica (Azevedo, 2015; Cancela, 2007).

À medida que o indivíduo avança na idade, o organismo vai-se modificando, dando-se a este processo o nome de envelhecimento (Cancela, 2007). O envelhecimento é um tema que se tem tornado, uma problemática dos tempos modernos. A prevalência de pessoas de idade avançada difere, dentro da mesma sociedade, ao longo do tempo histórico e, nos dias de hoje, entre os países industrializados e aqueles que se encontram em desenvolvimento (Stuart-Hamilton, 2002).

Segundo Faria (2008), é possível classificar o processo de envelhecimento em duas formas distintas: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. A primeira é um processo natural e gradual que consiste nas alterações causadas pela idade, caracterizando-se pela diminuição de algumas aptidões físicas e cognitivas, independentemente da existência ou não de doença e das influências do meio ambiente. A segunda forma de envelhecimento consiste na aceleração do processo de envelhecimento como resultado das patologias que surgem de forma imprevisível e dos fatores ambientais. Estas alterações são vivenciadas por cada indivíduo de uma forma muito distinta.

No processo de envelhecimento, ocorrem diversas alterações, nomeadamente ao nível dos processos cognitivos, da personalidade, das motivações da pessoa e das aptidões sociais. Assim, segundo a perspetiva psicológica, o envelhecimento depende de fatores de ordem genética,

patológica, de qualidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, etc.) e das influências do meio ambiente e do contexto sociocultural. Segundo Irigaray, Schneider e Gomes (2011), na velhice, há um consenso acerca da ocorrência de perdas e ganhos relativamente ao bem-estar psicológico. A alteração económica de profissional ativo para a de reformado é, algumas vezes, encarada pelas pessoas idosas como uma perda de utilidade, dificultando, deste modo, o processo de adaptação ao novo estatuto social. Pode, assim, iniciar-se um ciclo de perdas que passam pela condição económica, pelo poder de decisão, pela perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia, de contactos sociais, da autoestima e pela perda da sua identidade (Zimerman, 2009).

Segundo Kirskwood (2005), pode afirmar-se que o envelhecimento aproxima os indivíduos do fim de vida, uma vez que há um grande dano generalizado e progressivo da função, aumentando a vulnerabilidade aos desafios ambientais.

A Organização Mundial de Saúde, a Comissão Europeia, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, têm nas suas agendas o tema sobre o envelhecimento. Todas estas organizações internacionais promovem iniciativas a fim de alertarem a sociedade para os problemas do envelhecimento, apontando políticas públicas que respondam a esses desafios. Como exemplo destas iniciativas, foi celebrado o ano de 2012 como sendo o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. As organizações anteriormente referidas têm como princípios e orientações o envelhecimento ativo, sendo um paradigma imprescindível para se entender e resolver as questões sociais do envelhecimento. Apesar de todas estas organizações terem neste tema o mesmo paradigma, pelo facto de terem características diferentes, permitem que o tipo de abordagem induza a preocupações e soluções diferentes (Cabral e Ferreira, 2014 p.12 e 13)

A OMS prevê que, em 2025, existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2001 as cited in Teixeira, 2010). Em Portugal, segundo os mais recentes dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), espera-se nos próximos 60 anos, o aumento do índice de envelhecimento da população e o decréscimo da população jovem (317 idosos em cada 100 jovens, em 2080). Assim, o número de pessoas com 65 ou mais anos irá aumentar, passando de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas idosas (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Face à tendência para o crescimento da população idosa em Portugal, surge a necessidade de desenvolver meios para melhor atender às suas possíveis dificuldades e de promover um envelhecimento que tenha por base os conceitos de bem-estar e de qualidade de vida (Teixeira, 2010).

A entrada da pessoa idosa numa instituição é uma fase relevante do processo de envelhecimento. Esta é uma realidade vivida pelas pessoas de idade avançada, por diversos motivos, nomeadamente, pela necessidade de maiores cuidados que muitas vezes não é possível ser prestado por parte da família (Lourenço, 2014). Entende-se por institucionalização, o ato ou efeito de institucionalizar observando o seu efeito nas pessoas idosas (Ferreira, 2002, as cited in Carvalho & Dias, 2011). A ausência de uma rede de apoio familiar, a necessidade de utilização de meios auxiliares de marcha, ter algum tipo de comprometimento cognitivo e problemas no desempenho de tarefas domésticas diárias são alguns dos aspetos que levam cada vez mais à institucionalização das pessoas idosas, uma vez que necessitam de um apoio extra que muitas vezes não pode ser fornecido pela família, amigos ou conhecidos (Peres, 2014). Este processo requer uma gestão controlada pois podem surgir situações de tensão familiar, sentimentos de culpa, abandono e isolamento. Há, cada vez mais consenso no sentido das pessoas permanecerem ativas no seu meio social pelo que se coloca a questão se a institucionalização será benéfica no que respeita à sua estabilidade física, psíquica e social, sobretudo quando não existem comprometimentos cognitivos ou físicos que o justifiquem (Carvalho & Dias, 2011). Por vezes, recorrer à institucionalização é a única forma de proporcionar apoio, de modo a garantir níveis de bem-estar favoráveis a uma inserção socioeconómica e melhorar a qualidade de vida das pessoas de idade que vivem sós (Amaro, 2013). Uma das questões pertinentes na institucionalização é a adaptação, uma vez que as capacidades da pessoa idosa diminuem com a idade. Conclui-se que, a probabilidade de não se adaptar é cada vez maior (Carvalho e Dias, 2011). As relações internas e externas são fundamentais para uma melhor adaptação, para que não se sinta sozinha ou abandonada (Marques, 2017). Segundo Carvalho e Dias (2011) a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física, sendo que, quanto maior o tempo de institucionalização maior o risco de debilidade da pessoa idosa. No entanto, os objetivos da sua integração numa instituição são garantir os serviços adequados e necessários para a pessoa; a promoção do envelhecimento saudável e o atraso do processo de ancianidade; o seu envolvimento no meio social, incluindo a família e pessoas externas à instituição; garantir o bem- estar psicológico e subjetivo da pessoa, e garantir a qualidade de vida (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, 2005). O conceito de qualidade de vida em pessoas idosas institucionalizadas está relacionado com a autonomia para desenvolver as atividades da vida diária, com as relações familiares, com os recursos económicos e com a realização de atividade lúdicas e recreativas. Muitas vezes, este conceito está ligado a condições de saúde, contudo, está submetido a múltiplos pontos de vista e varia ao longo do tempo, de país para país, de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo

e pode variar no mesmo indivíduo, ao longo do tempo (Cruz, 2012).

Para Irigaray, Schneider e Gomes (2011), a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, estão ligadas às funções cognitivas. Os fatores anteriormente referidos são considerados importantes, no envelhecimento ativo (processo de otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida, à medida que a pessoa envelhece) e na longevidade.

Quando se fala em qualidade de vida das pessoas seniores não se trata apenas de aspetos relativos à saúde, mas também o seu contexto vivencial, a sua situação socioeconómica, a sua vida familiar, entre outros. São diversas as situações pessoais e os condicionalismos sociais que os afetam (Osório, 2005).

A qualidade de vida e da saúde quer ao nível psicológico, quer emocional têm como indicadores positivos os sentimentos que mobilizam a ação e são motivadores de conduta, sendo eles o otimismo e a esperança (Barros, 2010). É fundamental que vivamos a nossa vida com otimismo e este fenómeno psicológico carateriza o sentimento e a compreensão de que os propósitos pessoais e sociais poderão ser bem-sucedidos.

O otimismo influencia a pessoa e o comportamento da mesma. Este conceito está ligado ao bom humor, à felicidade, à esperança, à perseverança, ao bom nível de realização, à resiliência, à saúde física, à popularidade (Vitorino, Morgado & Sequeira, 2011). Custódio, Pereira e Seco (2010) afirmam que, quanto maior for o otimismo do indivíduo, maior será a capacidade deste lidar com situações indutoras de *stress*.

Carver e Scheier (1990) definem o otimismo como expectativas de atingir o fim desejado, tratando-se de uma caraterística ou dimensão importante da personalidade, isto é, de um estilo cognitivo-afetivo sobre como o indivíduo processa a informação relativamente ao futuro. Pode considerar-se o otimismo como sendo uma expressão ou manifestação da esperança (Barros, 2010).

A esperança é um fenómeno psicológico importante com o avançar da idade e que se carateriza pela convicção de que os desejos poderão ser atingidos, mesmo na ausência de elementos certificados de que o indivíduo seja capaz emocionalmente (Barros, 2010). Fromm (1978, p.91 as cited in Barros, 2010) afirma que "*A esperança é um elemento intrínseco da estrutura da vida, da dinâmica do espírito humano*". Este conceito trata-se de uma atitude, emoção, valor, virtude, da mais positiva ou necessária para o ser humano, uma vez que quando desaparece acaba a vida efetiva ou em potência. Segundo Alberoni (2000), a esperança é das virtudes mais importantes na vida, porque a vida é construída sobre a possibilidade de ação no

futuro e, consequentemente, sobre a esperança. *"A vida é, na sua natureza, o acesso à esperança. A esperança destrói a certeza do invencível e da morte, reabre o horizonte"* (p.16). Um dos primeiros psicólogos a abordar o tema foi Erikson, que atenta a esperança como sendo a primeira e mais indispensável virtude inerente à condição humana (Barros, 2010).

Segundo um estudo realizado por Allen, Goldwasser e Leary (2012), a esperança e a qualidade de vida nas pessoas de idade avançada estão associadas à autocompaixão. O estudo revela que pessoas idosas com níveis de autocompaixão mais elevados manifestam menos problemas físicos, apresentando uma maior satisfação com a vida, empregando este fator para a busca de forma reiterada de estratégias de *coping* adequados. Enquanto que as pessoas idosas com níveis de autocompaixão mais baixos revelam, comparativamente aos citados anteriormente, perante as suas limitações físicas e motoras, maiores dificuldades, necessitando de maior assistência. O conceito de autocompaixão tem as suas origens no pensamento Budista e remete para a compreensão da natureza do eu e do ser humano (Castilho & Gouveia, 2011).

As pesquisas sobre a compaixão na área da Psicologia Ocidental são relativamente recentes (Neff, 2003b). No entanto, o conceito de compaixão está relacionado com o envolvimento no sofrimento dos outros, dando origem à ocorrência de sentimentos calorosos e ao desejo de ajudar a aliviar o seu sofrimento (Gilbert, 2005; Neff, 2003a, 2003b). Segundo Neff (2003b, 2016), a autocompaixão é uma forma de nos relacionarmos connosco próprios, sem autoavaliações, quer de valor pessoal, quer através de comparações sociais. Segundo a literatura, os níveis de autocompaixão podem apresentar variações, prevendo-se que existam diferenças ao nível do género, isto é, indivíduos do sexo masculino parecem apresentar níveis mais elevados de autocompaixão, comparativamente a indivíduos do sexo feminino.

Uma das subescalas da Escala da Autocompaixão (*Self Compassion Scale* - SELFCS) é a condição humana. Stival (2015) define este conceito como a vida ativa em que integram atividades como o trabalho.

De acordo com Cunha, Xavier & Vitória (2013) o conceito de autocompaixão é composto por três componentes distintas, mas que se influenciam e relacionam mutuamente. Em suma, trata-se de um sentimento de compaixão pelo próprio indivíduo, como também para com os outros, de uma experiência positiva de disponibilidade e abertura ao outro, evitando juízos de valor negativo (Santos, 2012). De acordo com as tradições budistas e os ensinamentos da Psicologia Social, a autocompaixão, segundo Neff (2003b), envolve três principais componentes, sendo que estas, embora distintas, estão interligadas e interagem entre si. São elas:

- <u>Calor/Compreensão vs. Autocrítica:</u>

Também designada, na literatura, como bondade pelo próprio, é a tendência apresentada pelo indivíduo para ser caloroso, amável e compreensivo com o próprio, ao invés de ser duro, crítico e julgador (Fontinha, 2009). Esta componente reflete-se, particularmente, em situações de falhas pessoais (Cunha, Xavier & Vitória, 2013).

• Sentimentos de condição humana vs. Isolamento:

Esta componente remete um olhar para as nossas experiências individuais como parte da experiência humana e não como experiências isoladas (Neff & Lamb, 2009). É o reconhecimento de que todas as pessoas falham e cometem erros em diversas situações. Esta consciencialização reforça sentimentos de ligação e conexão aos outros, minimizando eventuais sentimentos de isolamento. A autocompaixão é, nesta componente, a consciencialização da imperfeição como um aspeto transversal ao ser humano (Fontinha, 2009).

• *Mindfulness* vs. Sobreidentificação:

Mindfulness significa prestar atenção plena num contexto específico, de forma propositada, no momento presente e na inexistência de julgamentos (Brown & Ryan, 2003; Henriques, 2012) e tem sido alvo de um crescente interesse nos campos de estudo da Psicologia, devido aos seus benefícios e vantagens ao nível do bem-estar e na diminuição dos sintomas psicopatológicos (Barnard & Curry, 2011; Neves, 2011). A sua prática permite ao indivíduo uma maior atenção ao que está a decorrer no presente, ao invés de pensamentos e recordações do passado, tratando-se de uma atitude de aceitação dos pensamentos e sentimentos dolorosos, sem sobreidentificação com os mesmos (Barros, 2012). A componente sobreidentificação, significa o *eu* emergir nas suas reações emocionais subjetivas, tornando-se difícil um distanciamento da situação e a adoção de uma perspetiva mais objetiva (Bennett-Goleman, 2001).

Deste modo, a autocompaixão traduz o estar aberto ao sofrimento dos outros e à manifestação do desejo de os ajudar, diminuindo o seu sofrimento, através da adoção de uma lógica não crítica ao reconhecer que o erro está ligado à condição humana. Implica, também, estar aberto ao sofrimento do próprio, numa visão e compreensão dos nossos próprios erros, experimentando sentimentos de calor e compreensão resultantes das nossas experiências, colocando a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada. Segundo autores como Gustin e Wagner (2013), que estudaram o "efeito borboleta da compaixão", quanto mais autocompassivos, mais sensíveis e menos críticos somos relativamente a nós próprios, maior o desenvolvimento e a utilização de estratégias compassivas para com os outros. Também para Akin e Akin (2015), a autocompaixão pode ter um papel preditivo na autoeficácia social, pois promove a ligação e as relações sociais, o que pode conduzir a que indivíduos que sejam

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

Verificou-se a necessidade de mais pesquisas neste âmbito, nomeadamente no que diz respeito à estimulação de atitudes autocompassivas na pessoa idosa, pois o envelhecimento pode potenciar situações de perda e isolamento (Neff, 2003b; Neff & Mcgehee, 2010; Neff & Vonk, 2009). Assim, a promoção da autocompaixão e, consequentemente, o aumento de estratégias/competências autocompassivas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo manifesta-se bastante importante para o desenvolvimento e adoção de comportamentos pró-ativos essenciais ao bem-estar, resiliência, ajustamento e saúde psicológica (Neff, 2003b; Neff & Mcgehee, 2010).

Este estudo teve como objetivo geral perceber a relação entre o otimismo, a esperança, a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas idosas sob resposta social (ERPI e CD) do concelho de Moimenta da Beira.

Objetivos específicos:

a) Caraterizar a amostra em termos sociodemográficos;

b) Perceber se existe relação entre o otimismo, a esperança, a autocompaixão e a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas;

c) Explorar se o otimismo, a esperança, a autocompaixão e a qualidade de vida se relacionam entre si;

d) Analisar se o desempenho cognitivo está associado às variáveis em estudo;

e) Avaliar se o tipo de valência frequentado se relaciona com os níveis de otimismo e esperança das pessoas idosas.

Métodos

Participantes

A pesquisa foi desenvolvida com pessoas idosas utentes de várias instituições em Estrutura Residencial Para Idoso (ERPI) e Centro de Dia (CD), numa população total de 265 pessoas idosas (número de utentes quando iniciámos este estudo) das quais, apenas foi possível avaliar 161 devido a vários fatores: recusa na participação, falecimento à altura da avaliação, incapacidade em se expressarem e/ou compreenderem a linguagem falada, demência em estado avançado (informação prestada pela responsável técnica). Foram avaliados indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 100 anos de idade, sob resposta social no concelho de Moimenta da Beira, tendo sido utilizada a técnica de amostragem por conveniência.

Dos 161 indivíduos avaliados, 42 pertenciam à Santa Casa da Misericórdia de Moimenta da Beira; 26 à Residência Rural de Repouso – Centro de Dia Unipessoal, Lda; 13 ao Centro Comunitário de Alvite; 5 ao Centro de Dia Kolping de Castelo; 20 ao Centro de Bem-estar e Repouso da Paróquia de Sever; 37 à Casa do Povo de Leomil e 18 à Casa Nossa – Associação e Solidariedade Social de S. Martinho.

Como critérios de exclusão, foram considerados: idade inferior a 65 anos e défice cognitivo grave, medido através da pontuação do MoCA (menor que 7). A amostra contou com 115 utentes, sendo 23 pessoas idosas em Centro de Dia e 92 em Estrutura Residencial para Idosos.

Procedimentos

O presente estudo inseriu-se no Projeto "Trajetórias do Envelhecimento" do Instituto Superior Miguel Torga. Para a realização desta investigação, foram necessárias várias autorizações prévias, nomeadamente, o consentimento dos autores das escalas utilizadas; o pedido às instituições para a participação dos utentes na investigação, tendo sido agendadas e realizadas reuniões, no sentido de dar a conhecer o objetivo do estudo e, o consentimento informado dos utentes para a participação no estudo, sendo que estes foram informados dos objetivos e da confidencialidade dos dados, assim como do direito de acesso aos resultados.

O pedido de autorização para recolha de dados foi efetuado em instituições do concelho de Moimenta da Beira, que promovem a participação ativa das pessoas idosas na comunidade.

O agendamento dos dias para a recolha dos dados foi feito tendo em conta a disponibilidade dos utentes e das instituições, dado existirem atividades a decorrer. A aplicação

dos instrumentos decorreu entre 5 de abril e 6 de julho de 2018, nas várias instituições, sendo que, cada indivíduo foi avaliado individualmente (n = 115). Os questionários foram lidos e preenchidos pela investigadora, demorando o seu preenchimento cerca de 25 minutos.

Por fim, procedeu-se ao tratamento dos dados, utilizando o programa estatístico IMB SPSS Statistics (versão 24.0 para *Windows*, SPSS, 2012).

Instrumentos

Os instrumentos selecionados para a avaliação das variáveis em estudo foram o Questionário Sociodemográfico, o *Montreal Cognitive Assessment (*MoCA), o *World Health Organization Quality of Life instrument (*WHOQOL-Bref), a *Self Compassion Scale (*SELFCS), a Escala de Esperança e a Escala de Otimismo. Estes tiveram em conta os objetivos propostos nesta investigação sendo lidos e preenchidos pela investigadora.

Questionário sociodemográfico. Este questionário foi elaborado com o objetivo de recolher informações relativas à idade, ao sexo, ao estado civil, à escolaridade, à profissão, ao número de anos em resposta social, qual a valência frequentada e o motivo pelo qual se encontrava na instituição.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Teste de Avaliação Cognitiva de Montreal: Versão experimental portuguesa de Simões, Freitas, Firmino, Nasreddine e Vilar (2008). Este questionário foi adaptado para a população portuguesa por Simões et al. (2008), sendo um instrumento desenvolvido para o rastreio do défice cognitivo ligeiro e foi utilizado neste estudo para excluir pessoas com défice cognitivo severo. Avalia oito funções/domínios cognitivos: função executiva, capacidades visuoespaciais, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação. Este instrumento de aplicação individual demorou cerca de 15 minutos a ser administrado. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que uma pontuação igual ou superior a 26 se considera ausência de défice cognitivo (Nasreddine, 2005). O MoCA apresentou uma excelente consistência interna (α = .94) (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

World Health Organization Quality of Life instrument - WHOQOL-BREF (2006). Este instrumento permitiu avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos. O grupo WHOQOL desenvolveu, inicialmente, um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (WHOQOL-100; Teixeira, 2010), com a necessidade de uma aplicação mais breve, foi desenvolvida uma versão abreviada, o WHOQOL-Bref. Esta versão contou com 26 questões, sendo que duas delas são gerais (domínio geral) e as restantes 24 representam cada uma 24

facetas, focando os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Carvalho, 2009). O Domínio Físico avalia dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. O Domínio Psicológico avalia sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. No que diz respeito ao Domínio Relações Sociais, este avalia as relações interpessoais; suporte social e atividade sexual. Relativamente ao Domínio Meio Ambiente avalia a existência de um ambiente propício e satisfatório que proporciona segurança, funcionalidade, estímulos e controlo pessoal, facilita a interação social, e familiar e favorece a adaptação às mudanças (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) (Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006).

O WHOQOL-Bref apresentou valores aceitáveis de consistência interna (α = .92) (Canavarro, et al., 2007). Neste estudo obteve-se um *alfa* de Cronbach α = .87, apresentando uma boa consistência interna (Pestana e Gajeiro, 2008).

Self Compassion Scale (SELFCS; Neff, 2003; tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia & Castilho, 2003). Esta escala de avaliação da autocompaixão foi desenvolvida por Kristin Neff (2003) e adaptada para a população portuguesa por Castilho e Gouveia (2006). Para avaliar o construto, a autora procedeu à construção e à validação de uma escala que objetivava a medição das três principais componentes do constructo, que deram origem a seis subescalas separadas (calor/compreensão vs. autocrítica, condição humana vs. isolamento e mindfulness vs. sobre-identificação). Face a esta estrutura, a pontuação total da escala representou, assim, o nível geral de autocompaixão dos indivíduos (Neff, 2003a). As seis dimensões teóricas da escala apresentaram grande inter-correlação e uma boa consistência interna (α = .92) A pesquisa mostrou que as seis subescalas se encontram fortemente inter-relacionadas e que a autocompaixão é o único fator de ordem superior que explica as inter-correlações entre as dimensões (Neff, 2003a). Tendo por base os estudos que acompanharam a construção da escala, foi demonstrado que a autocompaixão não se correlaciona significativamente com enviesamentos de desejabilidade social. A autora salientou ainda que a autocompaixão apresenta uma correlação negativa significativa com o autocriticismo, a ansiedade e a depressão e uma

correlação positiva significativa com o sentimento de ligação social, inteligência emocional (nomeadamente a capacidade de identificar, compreender e discriminar as diferentes emoções e reagir adequadamente) e satisfação com a vida. A escala contou com 26 itens que seguem uma estrutura de resposta tipo *Likert* de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Os itens 5, 12, 19, 23 e 26 destinaram-se a avaliar a auto-bondade, também designada por calor/compreensão; os itens 1, 8, 11, 16 e 21 a autocrítica/autojulgamento; os itens 3, 7, 10 e 15 a variável condição humana; o isolamento é avaliado pelos itens 4, 13, 18 e 25; os itens 9, 14, 17 e 22 pretenderam avaliar o *mindfulness*; e, por último, os itens 2, 6, 20 e 24 visaram a medição da sobreidentificação. As dimensões autocrítica/autojulgamento, isolamento e sobreidentificação são de cotação invertida, pelo que, quanto maior a pontuação menor a presença deste construto.

No estudo original, a SELFCS apresentou uma boa consistência interna para o total da escala (α = .89) (Castilho & Gouveia, 2011). Neste estudo obteve-se um *alfa* de Cronbach α = .80, apresentando uma consistência interna razoável (Pestana e Gajeiro, 2008).

Escala de otimismo (Barros, 1998). Esta escala teve como objetivo identificar algumas atitudes da pessoa face ao mundo, ou seja, o otimismo disposicional (pessoal). É uma escala de autorresposta que inclui quatro itens que constituem a dimensão. A resposta é dada numa escala ordinal de 5 posições, o formato de resposta é tipo *Likert*, com respostas entre 1 ("totalmente em desacordo") e 5 ("totalmente em acordo"). No estudo original, este instrumento apresentou uma elevada confiabilidade (α = .80) (Barros, 2010). Neste estudo obteve-se uma consistência interna razoável (α =.77) (Pestana e Gajeiro, 2008).

Escala de esperança (Barros, 2003). Esta escala permitiu avaliar a esperança, é constituída por seis itens repartidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, sendo 1. Totalmente em desacordo e 5. Totalmente de acordo. A consistência interna verificada pelo autor através do coeficiente *alfa* de Cronbach foi considerada boa (α = .80) (Oliveira, 2003). O autor obteve resultados que fazem supor que a pessoa com esperança é feliz, otimista e satisfeita (e vice-versa). A Escala de Esperança revelou também uma boa consistência interna em estudos mais recentes (α = .82) (Neves, Garcia, Espírito-Santo & Lemos, 2018). No presente estudo obteve-se um *alfa* de Cronbach considerado baixo (α = .68) apresentando uma consistência interna baixa (Pestana e Gajeiro, 2008), no entanto, apesar de o *alfa* ser baixo resolvemos avançar com o estudo a título exploratório.

Análise estatística

Para o tratamento e a análise estatística dos dados obtidos recorremos ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 24.0 para *Windows*, SPSS, 2012).

Numa primeira fase da análise estatística, procedeu-se à análise exploratória de dados, incidindo sobre as frequências absoluta (*n*) e a relativa (*%*) para as variáveis qualitativas, sobre a média (*M*), o desvio-padrão (*DP*) e os valores mínimo (*Min*) e máximo (*Max*). Para a realização da análise estatística teve-se em consideração um determinado conjunto de pressupostos essenciais. Para determinar a normalidade da distribuição nas variáveis em estudo, foi analisada a sua semelhança com a distribuição normal (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), uma vez que a amostra é constituída por 115 sujeitos ($n \geq 30$) (Marôco, 2014). Neste sentido, efetuámos, ainda, a análise de consistência interna, através do *alfa* de Cronbach, *testes t* de *Student* (para comparar grupos), no sentido de verificar se existem ou não diferenças significativas e ANOVA. Nas variáveis quantitativas (subescalas do MoCA, do WHOQOL, da SELFCS, da Escala de Esperança e da Escala de Otimismo), a comparação entre dois grupos (em função do sexo: masculino e feminino; em função da idade: novos velhos e velhos velhos; em função do estado civil: sem companheiro e com companheiro; em função da valência: ERPI e CD; em função se se considera feliz: sim e não), foi efetuada pelo teste *t* de *Student* para amostras independentes sempre nos dois grupos, a variável em comparação apresentava a distribuição normal; a comparação entre três grupos (em função da escolaridade: analfabetos, sebe ler/escrever, mas não tem escolaridade e com escolaridade; em função do número de filhos: não, 1 e 2 ou mais; em função do tempo de institucionalização: 6 meses a 3 anos, 3 a 5 anos e mais de 5 anos; em função da adaptação: fácil, moderada e difícil). O estudo da correlação foi realizado pelo coeficiente de *Pearson* (variáveis com distribuição normal).

Utilizou-se a *one-Way* ANOVA, uma vez que a distribuição é normal e este tipo de teste é paramétrico e serve para comparar o *Score* total da RSES com um fator, sendo este o grau de instrução.

Resultados

Da lista dos participantes possíveis a serem avaliados ($N = 265$), foram excluídos 104, dado que se encontravam com demência grave e/ou recusaram a participação, no momento da avaliação. Participaram 161 indivíduos no estudo, e, destes, após aplicados os critérios de exclusão, foram excluídos 46, dado que apresentaram um défice cognitivo grave (MoCA < 7) e/ou não apresentavam idade superior a 65 anos. A amostra final contou, então, com 115

indivíduos, dos quais 40 do sexo masculino (34,8%) e 75 do sexo feminino (65,2%) com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos (*M* = 83,02; *DP* = 7,01). As caraterísticas sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 115)

		n	%
Sexo	Masculino	40	34,8
	Feminino	75	65,2
Idade (*M* = 83,02; *DP* = 7,01)	Novos Velhos	11	9,6
	Velhos Velhos	104	90,4
Estado civil	Sem companheiro	84	73,0
	Com companheiro	31	27,0
Escolaridade	Analfabetos	18	15,7
	Sabe ler/escrever mas não tem escolaridade	47	40,9
	Com escolaridade	50	43,5
Tem filhos	Não	17	14,8
	1 filho	18	15,7
	2 ou mais filhos	80	69,6
Valência	ERPI	92	80,0
	Centro Dia	23	20,0
Tempo de Institucionalização	≤ 2 anos	46	40,0
	3-5 anos	46	40,0
	≥ 6 anos	23	20,0
Adaptação Institucionalização	Fácil	51	44,3
	Moderada	33	28,7
	Difícil	31	27,0
Considera-se Feliz	Sim	91	79,1
	Não	24	20,9

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de sujeitos.

Na tabela 2 podemos verificar as pontuações médias e os desvios-padrões correspondentes ao MoCA, às subescalas do WHOQOL-Bref, às subescalas do SELFCS, à Escala de Otimismo e à Escala de Esperança.

A pontuação média do MoCA foi de 14,80 (*DP* = 5,13).

Na Qualidade de Vida, a subescala Domínio Meio-Ambiente foi destacada por apresentar a pontuação mais elevada (*M* = 78,51; *DP* = 10,31).

Na Autocompaixão, as subescalas *Calor-Compreensão* (*M* = 20,41; *DP* = 2,54) e

Autocrítica (M = 20,40; DP = 2,59) foram destacadas por apresentarem as pontuações mais elevadas. Onde se obteve uma média inferior foi no *Mindfulness* (M = 13,30; DP = 2,71).

Na Esperança, a pontuação média foi de 23,76 (DP = 3,23).

No que respeita o Otimismo, a pontuação média foi de 17,70 (DP = 2,56).

Tabela 2

Média e Desvio-padrão do Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Qualidade de Aida (WHOQOL-Bref), Autocompaixão (SELFCS), Otimismo (Escala de Otimismo), Esperança (Escala de Esperança) em pessoas idosas em resposta social do concelho de Moimenta da Beira (N=115)

Instrumentos	Subescalas	*M*	*DP*	*Mín*	*Máx*
MOCA	-----	14,80	5,13	7	29
WHOQOL-BREF	Domínio Geral	65,43	21,52	12,50	100
	Domínio Físico	70,89	17,16	28,57	100
	Domínio Psicológico	66,15	15,24	20,83	100
	Domínio Relações Sociais	71,98	10,45	41,67	100
	Domínio Meio-Ambiente	78,51	10,31	53,13	100
SELFCS	SELFS Total	101,04	9,84	69	122
	Calor-Compreensão	20,41	2,54	12	25
	Autocrítica	20,40	2,59	14	24
	Condição Humana	16,57	2,89	8	20
	Isolamento	16,71	2,90	8	20
	Mindfulness	13,30	2,71	7	20
	Sobreidentificação	16,61	3,02	9	20
ESPERANÇA	-----	23,76	3,23	13	30
OTIMISMO	-----	17,70	2,56	4	20

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Máx* = Máximo; *Mín* = Mínimo.

Na tabela 3, podemos verificar as diferenças nas pontuações do MoCA e do WHOQOL-Bref entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, através do teste *t* de *Student* para a amostras independentes ou análises de variância (ANOVA). Como se pode observar na tabela 3, houve diferenças estatisticamente significativas na escala de relações sociais do WHOQOL-Bref em função do sexo, onde as pontuações mais altas ocorreram no sexo feminino (M = 73,67; DP = 10,53).

Como se pode observar na tabela, o domínio psicológico do WHOQOL-Bref variou de forma estatisticamente significativa em função do estado civil, onde as pontuações mais altas ocorreram em pessoas sem companheiro (M = 68,12; DP = 14,64).

O domínio total do WHOQOL-Bref variou de forma estatisticamente significativa em função da valência onde as pontuações mais elevadas foram em centro de dia (M = 17,39; DP =

4,50). O domínio total e a subescala das relações sociais do WHOQOL-Bref variaram de forma estatisticamente significativa em função da adaptação à instituição onde as pontuações mais altas foram na adaptação moderada (M = 73,44; DP = 14,46; M = 74,22; DP = 10,87).

Tabela 3

Comparação do MoCA e da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 115)

		MOCA		WHOQOL-BREF									
		MoCA		Domínio Total		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
		M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Sexo	Masculino	14,80	6,12	64,80	22,11	71,90	17,22	68,31	15,21	68,64	9,58	79,69	10,84
	Feminino	14,80	4,56	65,67	21,37	70,38	17,23	65,06	15,24	73,67	10,53	77,92	10,06
t Student (*t*; *d*)		(0,00^{NS};0,00)		(0,20^{NS}; -0,04)		(-0,44^{NS}; 0,09)		(-1,07^{NS}; 0,21)		(2,47**; -0,49)		(-0,86^{NS}; 0,17)	
Idade	Novos Velhos	15,45	5,82	70,00	15,81	74,64	16,28	64,58	13,36	71,67	12,54	80,31	9,09
	Velhos Velhos	14,73	5,08	64,93	22,01	70,53	17,28	66,30	15,46	72,01	10,30	78,34	10,45
t Student (*t*; *d*)		(0,44^{NS}; 0,14)		(0,71^{NS};0,24)		(0,72^{NS}; 0,24)		(-0,39^{NS}; -0,11)		(-0,10^{NS}; -0,03)		(0,58^{NS};)	
Estado Civil	Sem companheiro	14,68	4,97	66,42	20,47	71,39	17,00	68,12	14,64	72,19	11,14	79,03	10,55
	Com companheiro	15,13	5,63	62,50	24,34	69,52	17,81	60,69	15,77	71,39	8,39	77,08	9,65
t Student (*t*; *d*)		(-0,42^{NS}; -0,09)		(0,85^{NS}; 0,18)		(0,51^{NS}; 0,11)		(2,33*; 0,50)		(0,41^{NS}; 0,08)		(0,88^{NS}; 0,19)	
Escolaridade	Analfabetos	13,72	5,32	73,61	17,09	75,00	17,58	66,44	15,56	76,39	11,52	81,60	8,70
	Sabe ler/escrever mas sem escolaridade	14,45	4,32	63,83	21,21	69,07	17,37	64,89	16,27	71,10	10,40	78,13	9,99
	Com escolaridade	15,52	5,73	63,80	22,95	71,13	16,88	67,27	14,28	71,18	9,87	77,73	11,14
ANOVA (*F*; η^2)		(1,00^{NS}; 0,02)		(1,58^{NS}; 0,03)		(0,78^{NS}; 0,01)		(0,29^{NS}; 0,01)		(1,94^{NS}; 0,03)		(0,97^{NS}; 0,02)	
Filhos	Não	14,24	5,51	61,76	17,94	62,82	13,06	69,61	11,67	66,67	7,80	79,60	10,25
	1 filho	14,17	4,89	59,72	23,70	65,87	16,54	61,11	12,62	70,83	9,15	75,87	7,94
	2 ou + filhos	15,06	5,15	67,47	21,64	73,81	17,43	66,56	16,30	73,40	10,92	78,89	10,82
ANOVA (*F*; η^2)		(0,34^{NS}; 0,01)		(1,23^{NS}; 0,02)		(3,98^{NS}; 0,07)		(1,46^{NS}; 0,03)		(3,14^{NS}; 0,05)		(0,73^{NS}; 0,01)	
Valência	ERPI	14,15	5,10	65,42	23,26	70,67	17,57	66,02	16,07	72,78	10,51	78,82	10,76
	Centro de dia	17,39	4,50	65,22	13,03	71,74	15,82	66,67	11,72	68,84	9,80	77,31	8,44
t Student (*t*; *d*)		(-2,79**; -0,65)		(0,05^{NS}; -0,01)		(-0,26^{NS}; -0,07)		(-0,22^{NS}; 0,04)		(1,62^{NS}; 0,38)		(6,63^{NS}; 0,09)	
Tempo Institucionalização	≤ 2 anos	14,52	5,07	63,89	18,70	70,95	16,29	67,78	14,20	71,11	14,45	79,51	10,31
	3-5 anos	15,39	4,82	68,89	20,40	70,95	18,01	64,54	15,38	73,52	10,99	76,74	10,50
	≥ 6 anos	14,17	5,91	61,41	27,93	70,65	17,89	66,12	17,19	70,65	9,36	80,03	9,87
ANOVA (*F*; η^2)		(0,54^{NS}; 0,01)		(1,10^{NS}; 0,02)		(0,003^{NS}; 5,00)		(0,50^{NS}; 0,01)		(0,83^{NS}; 0,01)		(1,13^{NS}; 0,02)	
Adaptação Institucionalização	Fácil	14,45	4,76	62,75	24,16	71,00	18,43	66,33	16,71	73,00	10,85	78,25	10,62
	Moderada	16,32	5,45	73,44	14,46	72,32	16,05	63,93	14,18	74,22	10,87	76,76	9,82
	Difícil	13,74	5,16	61,29	21,49	69,24	16,54	68,15	13,93	68,01	8,36	80,75	10,24
ANOVA (*F*; η^2)		(2,30^{NS}; 0,04)		(3,31*; 0,06)		(0,25^{NS}; 0,00)		(0,60^{NS}; 0,01)		(3,34*; 0,06)		(1,21^{NS}; 0,02)	
Considera-se feliz	Sim	14,76	4,93	67,78	19,83	71,51	17,64	67,04	14,72	72,31	10,81	78,68	10,74
	Não	14,96	5,95	55,98	25,53	68,48	15,25	62,68	17,02	70,65	9,01	77,85	8,63
t Student (*t*; *d*)		(-0,17**; -0,04)		(2,40^{NS}; 0,56)		(0,82^{NS}; 0,17)		(1,23^{NS}; 0,29)		(0,68^{NS}; 0,16)		(0,34^{NS}; 0,08)	

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment;* WHOQOL-Bref= *World Health Organization Quality of Life instrument*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Na tabela 4, podemos verificar as diferenças nas pontuações da SELFCS entre os grupos

definidos pelas variáveis sociodemográficas, através do teste *t* de *Student* para as amostras independentes ou análises de variância (ANOVA). Verificou-se que a sobreidentificação variou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,005$), em função do sexo, sendo que, as pontuações mais elevadas ocorreram no sexo masculino ($M = 17,48$; $DP = 2,62$), o que significa que tem menores níveis de sobreidentificação. Como podemos observar na tabela, somente a subescala condição humana de autocompaixão (SELFCS) variou de forma estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$) em função da idade, sendo que as pontuações mais elevadas ocorreram nos "novos velhos" ($M = 17,91$; $DP = 0,94$), o que significa que têm menos condição humana. Observa-se na tabela que somente a autocrítica e o isolamento variaram de forma estatisticamente significativa ($p < 0,005$) em relação ao estado civil, sendo que, em ambas, as pontuações mais elevadas ocorreram em sujeitos sem companheiro ($M = 20,80$; $DP = 2,36$; $M = 17,12$; $DP = 2,64$), o que significa que quanto mais elevado o valor, menor autocrítica e de isolamento. Verificou-se que a autocrítica e a sobreidentificação variaram de forma estatisticamente significativa ($p < 0,005$), em função do número de filhos, sendo que, em ambas, as pontuações mais elevadas ocorreram em sujeitos sem filhos ($M = 21,82$; $DP = 1,55$; $M = 17,76$; $DP = 2,41$), o que significa que os níveis de autocrítica e de sobreidentificação são menores. Verificou-se que condição humana da SELFCS variou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,005$), em função do tempo de institucionalização, sendo que as pontuações mais elevadas ocorreram ente 3 e 5 anos ($M = 17,30$; $DP = 2,26$), o que significa que a condição humana é menor.

Tabela 4

Comparação da autocompaixão (SELFCS) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 115)

		SELFCS													
		Total		Calor/Compreensão		Autocrítica		Condição Humana		Isolamento		Mindfulness		Sobreidentificação	
		M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Sexo	Masculino	102,63	9,78	20,98	2,30	20,50	2,50	16,93	3,00	17,03	2,62	13,13	2,87	17,48	2,62
	Feminino	100,20	9,84	20,11	2,62	20,35	2,65	16,37	2,84	16,55	3,04	13,40	2,63	16,15	3,13
t Student (*t*; *d*)		(-1,26^{NS}; 0,25)		(-1,76^{NS}; 0,35)		(-0,30^{NS}; 0,06)		(-0,97^{NS}; -0,19)		(-0,84^{NS}; 0,17)		(0,52^{NS}; -0,10)		(-2,29*; -0,56)	
Idade	Novos Velhos	102,64	7,32	20,45	2,25	20,82	1,89	17,91	0,94	16,91	2,88	13,45	3,01	15,82	3,12
	Velhos Velhos	100,88	10,09	20,40	2,58	20,36	2,66	16,42	3,00	16,69	2,91	13,29	2,69	16,69	3,01
t Student (*t*; *d*)		(0,56^{NS}; 0,58)		(0,06^{NS}; 0,95)		(0,56^{NS}; 0,58)		(3,63***; 0,00)		(0,24^{NS}; 0,82)		(0,19^{NS}; 0,85)		(-0,91^{NS}; 0,36)	
Estado Civil	Sem companheiro	101,63	9,69	20,67	2,39	20,80	2,36	16,61	2,95	17,12	2,64	13,10	2,82	16,68	2,95
	Com companheiro	99,45	10,24	19,71	2,84	19,32	2,91	16,45	2,77	15,62	3,31	13,87	2,32	16,42	3,22
t Student (*t*; *d*)		(1,05^{NS}; 0,29)		(1,81^{NS}; 0,07)		(2,79**; 0,01)		(0,26^{NS}; 0,80)		(2,28*; 0.03)		(-1,37^{NS}; 0,17)		(0,41^{NS}; 0,68)	
Escolaridade	Analfabetos	101,17	10,12	20,89	2,17	20,44	2,87	17,39	2,17	16,00	3,18	13,17	3,00	16,17	2,71
	Sabe ler/escrever mas sem escolaridade	101,87	8,82	20,04	2,78	20,96	2,19	16,87	2,33	16,94	2,79	13,47	2,59	16,70	3,05
	Com escolaridade	100,22	10,75	20,58	2,43	19,86	2,77	15,98	3,47	16,76	2,92	13,20	2,76	16,68	3,14
ANOVA (*F*; η^2)		(0,34^{NS}; 0,01)		(0,32^{NS}; 0,02)		(2,22^{NS}; 0,04)		(2,05^{NS}; 0,04)		(0,69^{NS}; 0,01)		(0,14^{NS}; 0,00)		(0,23^{NS}; 0,00)	
Filhos	Não	104,53	6,96	21,18	1,98	21,82	1,55	17,35	2,37	17,35	2,50	12,71	2,71	17,76	2,41
	1 filho	98,72	7,73	19,61	2,57	20,50	2,28	16,67	2,22	16,00	2,95	13,17	2,87	15,22	2,18
	2 ou + filhos	100,83	10,64	20,43	2,61	20,08	2,75	16,38	3,12	16,74	2,96	13,46	2,68	16,68	3,19
ANOVA (*F*; η^2)		(1,60^{NS}; 0,27)		(1,69^{NS}; 0,03)		(3,34*; 0,06)		(0,81^{NS}; 0,01)		(0,96^{NS}; 0,02)		(0,57^{NS}; 0,01)		(3,30*; 0,06)	
Valência	ERPI	101,27	10,51	20,27	2,77	20,35	2,67	16,68	2,73	16,61	2,87	13,49	2,52	16,52	3,19
	Centro de dia	100,13	6,66	20,96	1,15	20,61	2,29	16,09	3,50	17,13	3,05	12,57	3,30	16,96	2,20
t Student (*t*; *d*)		(0,65^{NS}; 0,52)		(-1,83^{NS}; 0,07)		(-0,43^{NS}; 0,67)		(0,89^{NS}; 0,38)		(-0,78^{NS}; 0,44)		(1,25^{NS}; 0,22)		(-0,77^{NS}; 0,45)	
Tempo Institucionalização	≤ 2 anos	101,39	10,93	20,70	2.48	20,48	2,61	16,46	3,14	17,11	2,71	13,00	2,79	16,87	3,03
	3-5 anos	101,85	7,38	20,54	2,02	20,30	2,34	17,30	2,26	16,61	2,94	13,61	2,68	16,26	3,14
	≥ 6 anos	98,74	12,81	19,57	3,41	20,43	3,10	15,30	3,15	16,13	3,18	13,30	2,64	16,78	2,80
ANOVA (*F*; η^2)		(0,81^{NS}; 0,01)		(1,64^{NS}; 0,03)		(0,05^{NS}; 9,54)		(3,91*; 0,07)		(0,92^{NS}; 0,02)		(0,58^{NS}; 0,01)		(0,51^{NS}; 0,01)	
Adaptação Institucionalização	Fácil	100,06	10,93	20,08	2,97	20,47	2,60	16,57	3,02	16,49	3,06	13,29	2,71	16,22	3,20
	Moderada	101,03	8,71	20,21	2,33	20,09	2,60	17,00	2,42	16,79	2,75	13,21	2,97	15,85	2,98
	Difícil	102,68	9,16	21,16	1,81	20,61	2,63	16,10	3,14	17,00	2,85	13,42	2,49	18,07	2,22
ANOVA (*F*; η^2)		(0,68^{NS}; 0,01)		(1,92^{NS}; 0,03)		(0,35^{NS}; 0,01)		(0,78^{Ns}; 0,00)		(0,31^{NS};0,01)		(0,05^{NS}; 0,00)		(5,49^{NS}; 0,09)	
Considera-se feliz	Sim	101,60	9,68	20,64	2,40	20,53	2,57	16,76	2,83	16,93	2,69	13,36	2,85	16,44	3,11
	Não	98,92	10,37	19,54	2,92	19,92	2,67	15,83	3,07	15,88	3,52	13,08	2,08	17,25	2,59
t Student (*t*; *d*)		(1,19^{NS}; 0,24)		(1,90^{NS}; 0,06)		(1,03^{NS}; 0,31)		(1,40^{NS}; 0,17)		(1,37^{NS}; 0,18)		(0,54^{NS}; 0,59)		(-1,17^{NS}; 0,24)	

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen; SELFCS = *Self Compassion Scale*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Na tabela 5, verificaram-se diferenças nas pontuações da Esperança e do Otimismo entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, através do teste *t* de *Student* para as amostras independentes ou análises de variância (ANOVA).

A tabela mostrou que a Esperança varia de forma estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$) em função do número de filhos, sendo que as pontuações mais elevadas ocorreram em sujeitos que não têm filhos ($M = 24,24$; $DP = 2,82$).

Como podemos observar na tabela, somente o Otimismo variou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), em função da valência, sendo que as pontuações mais elevadas ocorreram em centro de dia ($M = 18,96$; $DP = 1,30$).

Verificou-se que o Otimismo variou de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), em função do tempo de institucionalização, sendo que as pontuações mais elevadas ocorreram em pessoas que frequentam a instituição de 3 a 5 anos ($M = 18,28$; $DP = 1,44$).

Tabela 5

Comparação da Esperança e do Otimismo entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 115)

		ESPERANÇA		OTIMISMO	
		M	*DP*	*M*	*DP*
Sexo	Masculino	24,25	3,64	17,13	3,07
	Feminino	23,49	2,98	18,01	2,21
t Student (*t*; *d*)		(1,20^{NS}; 0,24)		(1,79^{NS}; -0,35)	
Idade	Novos Velhos	24,27	2,87	18,09	1,30
	Velhos Velhos	23,70	3,27	17,66	2,66
t Student (*t*; *d*)		(0,56^{NS}; 0,17)		(0,52^{NS}; 0,13)	
Estado Civil	Sem companheiro	23,80	3,02	17,82	2,33
	Com companheiro	23,65	3,79	17,39	3,14
t Student (*t*; *d*)		(0,22^{NS}; 0,05)		(0,81^{NS}; 0,13)	
Escolaridade	Analfabetos	23,67	3,03	17,06	2,69
	Sabe ler/escrever mas sem escolaridade	23,57	3,41	17,70	3,01
	Com escolaridade	23,96	3,17	17,94	2,01
ANOVA (*F*; η^2)		(0,18^{NS}; 0,00)		(0,78^{NS}; 0,01)	
Filhos	Não	24,24	2,82	17,00	2,33
	1 filho	23,00	2,14	17,83	1,76
	2 ou + filhos	23,83	3,50	17,83	2,76
ANOVA (*F*; η^2)		(0,70^{NS};0,01)		(0,75^{NS}; 0,01)	
Valência	ERPI	23,58	3,37	17,39	2,71
	Centro de dia	24,48	2,56	18,96	1,30
t Student (*t*; *d*)		(-1,20^{NS}; -0,28)		(-4,00***; -0,48)	
Tempo Institucionalização	≤ 2 anos	23,48	3,55	17,00	3,36
	3-5 anos	24,07	2,84	18,28	1,44
	≥ 6 anos	23,70	3,38	17,96	2,23
ANOVA (*F*; η^2)		(0,38^{NS}; 0,01)		(3,13*; 0,05)	
Adaptação Institucionalização	Fácil	23,31	3,33	7,49	2,48
	Moderada	23,67	3,32	8,03	3,01
	Difícil	24,52	2,90	17,71	2,21
ANOVA (*F*; η^2)		(1,52^{NS}; 0,03)		(0,44^{NS}; 0,01)	
Considera-se feliz	Sim	23,99	2,96	17,90	2,15
	Não	22,88	4,06	16,96	3,72
t Student (*t*; *d*)		(1,51^{NS}; 0,34)		(1,19^{NS}; 0,29)	

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen;
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

A tabela 6 apresentou a matriz de correlações de *Pearson* realizadas entre o MoCA, as quatro subescalas do WHOQOL-Bref consideradas relevantes para o estudo (Domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), as seis subescalas SELFCS (Calor/Compreensão, Autocrítica, Condição Humana, Isolamento, *Mindfulness*, Sobreidentificação), a Escala de Esperança e a Escala de Otimismo.

O MoCA não se relacionou com nenhuma das escalas e subescalas, a nível de desempenho cognitivo os resultados não se correlacionaram com as variáveis em estudo, isto é, indivíduos com e sem défice no desempenho cognitivo não apresentam diferenças nos resultados das escalas (o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), o World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-Bref), o Self Compassion Scale (SELFCS), a Escala de Esperança e Escala de Otimismo).

No que diz respeito ao Domínio Total do WHOQOL-Bref, verificaram-se correlações nos vários domínios da escala (o Domínio Físico, o Domínio Psicológico, as Relações Socias e o Meio Ambiente), correlacionando-se entre si. O Domínio Total do WHOQOL-Bref correlaciona-se com o Calor/Compreensão, com a Condição Humana, com o *Mindfulness*, com a SELFCS Total, à excessão da Autocrítica, do Isolamento a da Sobreidentificação, também se verificam correlações entre altas a moderadas com a Esperança e com o Otimismo.

Relativamente à Autocompaixão (Subescala Total), verificaram-se correlações entre si, isto é, nas subescalas Calor/Compreensão, na Autocrítica, na Condição Humana, no Isolamento, no *Mindfulness* e na Sobreidentificação. Quanto à Autocompaixão (SELFCS Total) verificaram-se correlações entre altas a moderadas com a Esperança e com o Otimismo.

Dora Ferreira | doraxlisboa@hotmail.com

Tabela 6

Correlações de Pearson entre a escala de otimismo, a escala de esperança, a SELFCS e WHOQOL-Bref (N = 115

Instrumentos	Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
MOCA	1 ----------	—	0,12	0,08	-0,04	-0,00	-0,16	0,01	-0,09	-0,08	0,03	-0,07	-0,10	-0,09	0,04	0,20*
WHOQOL-BREF	2 Domínio Total		—	0,70**	0,29**	0,58**	0,41**	0,35**	-0,03	0,35*	0,21*	0,34**	-0,03	0,36**	0,34**	0,29**
	3 Domínio Físico			—	0,29**	0,65**	0,53*	0,28**	-0,12	0,09	0,15	0,53**	0,16	0,31**	0,06	0,12
	4 Domínio Psicológico				—	0,52	0,63**	0,55**	0,45**	0,19*	0,59**	0,12	0,58**	0,57**	0,40**	0,17
	5 Relações Sociais					—	0,31**	0,03	-0,26**	0,02	-0,16	0,48**	-0,21*	0,04	-0,12	0,11
	6 Meio Ambiente						—	0,37*	0,16	0,23*	0,25**	0,27**	0,50**	0,42**	0,23*	0,01
SELFCS	7 Calor/Compreensão							—	0,47**	0,56**	0,56**	0,22*	0,55**	0,84**	0,48**	0,21*
	8 Autocrítica								—	0,29*	0,48*	-0,07	0,51**	0,57**	0,38**	0,22*
	9 Condição Humana									—	0,30**	0,07	0,10	0,66**	0,32**	0,07
	10 Isolamento										—	-0,03	0,53**	0,69**	0,27**	0,16
	11 Mindfulness											—	0,12	0,42**	-0,05	0,07
	12 Sobreidentificação												—	0,62**	0,30**	-0,01
	13 Total													—	0,40**	0,17
ESPERANÇA	14 ----------														—	0,45**
OTIMISMO	15 ----------															—

Notas: *MoCA = Montreal Cognitive Assessment, WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life Instrument, SELFCS = Self Compassion Scale, Escala de Otimismo and Escala de Esperança.* A negrito foram destacadas as correlações moderadas e altas.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

PP. Nº

Discussão

O objetivo principal desta investigação é perceber se existe relação entre o otimismo, a esperança, a autocompaixão e a qualidade de vida, em pessoas idosas que se encontram em resposta social (ERPI e CD) no concelho de Moimenta da Beira.

O nosso primeiro objetivo é caraterizar a amostra em termos sociodemográficos. Assim, no que respeita ao sexo, a maior parte dos indivíduos são do sexo feminino e encontram-se sem companheiro. Quanto à escolaridade, a maior parte das pessoas sabe ler e escrever, e é escolarizada, embora com poucos anos de escolaridade. Em relação à valência que frequenta, a maior parte dos indivíduos encontram-se em ERPI. No que se refere à adaptação à institucionalização, a maior parte dos indivíduos refere ter tido uma adaptação fácil e a maior parte, considera ser feliz.

O segundo objetivo é perceber se existe relação entre o otimismo, a esperança, a auto-compaixão e a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas. No que refere ao WHOQOL-Bref, as mulheres pontuaram de forma mais elevada nas relações sociais do que os homens. Num estudo de Čanković, Nikolić, Jovanović, Kvrgić, Harhaji e Radić (2016) foram encontradas diferenças significativas ao nível do sexo, em que as mulheres apresentam maiores níveis de qualidade de relações sociais quando comparadas com os homens. A diferença de sociabilidade nas mulheres idosas, comparativamente aos homens idosos, resulta, segundo Ortiz (2005), da construção de identidades de género em idades mais jovens, essas identidades não se alteram significativamente com a velhice. Essas identidades são alicerçadas por normas sociais que criam diferentes expectativas comportamentais na mulher e no homem e, na forma como se relacionam com os outros. As pessoas sem companheiro pontuaram mais elevado no domínio psicológico da qualidade de vida. O domínio psicológico inclui várias facetas, envolvendo a espiritualidade, estudos indicam que a espiritualidade tende a aumentar nas pessoas mais velhas na medida em que quem sofre mais perdas tem tendência a ter maiores níveis de espiritualidade. Num estudo realizado por Neves, Garcia, Espírito-Santo e Lemos (2018) verificou-se, no que respeita ao estado civil, que os indivíduos sem companheiro registaram pontuações mais elevadas de bem-estar espiritual do que os indivíduos com companheiro. Estes resultados estão de acordo com outros estudos (McFadden, 1999; Monteiro, 2009). Este resultado pode dever-se, por um lado, ao facto dos indivíduos com companheiro se apoiarem neste, enquanto que os indivíduos sem companheiro procuram outro tipo de apoio, surgindo a espiritualidade como um recurso bastante importante (Büssing, Ostermann e Matthiessen, 2005). Desta forma, a perda de um companheiro poderá reforçar o desenvolvimento da espiritualidade, aumentando os níveis do domínio psicológico de qualidade de vida. A qualidade de vida (domínio total) e as relações sociais são maiores na adaptação moderada à instituição. De acordo com Lima, Lima e Ribeiro (2010), pode-se constatar que

a mudança para uma nova situação não é vivenciada de igual forma para todas as pessoas idosas, deve-se ter em conta que as caraterísticas individuais de cada um, poderão dificultar ou facilitar a integração relativamente à institucionalização. Segundo Ferreira (2009), deve-se considerar que esta situação apresenta aspetos negativos e positivos devendo-se ter em conta a influência de toda a envolvência, ou seja, o contexto e as diferenças dos indivíduos e a capacidade de que cada um detém.

A subescala do Domínio Total do WHOQOL-Bref relaciona-se positivamente com as subescalas Calor/Compreensão, Condição Humana, Isolamento, *Mindfulness* e Autocompaixão Total. Segundo os resultados de um estudo realizado por Ramos (2017) à medida que aumenta o bem-estar psicológico total, maiores os níveis das dimensões Calor/Compreensão, Condição Humana e Mindfulness e menores os das dimensões Autocrítica, Isolamento e Sobre- identificação da autocompaixão. A subescala do Domínio Total do WHOQOL-Bref relaciona-se também, de forma positiva, com a Esperança e o Otimismo. A subescala do Domínio Físico da qualidade de vida relaciona-se positivamente com a subescala Autocompaixão Total. De acordo com um estudo realizado por Parente (2017), a perceção da saúde física nas pessoas idosas está associada a uma maior satisfação com a vida. A subescala do Domínio Psicológico relaciona-se positivamente com a subescala Autocompaixão Total. A subescala do Meio Ambiente relaciona-se positivamente com a subescala Autocompaixão Total.

No que diz respeito à auto-compaixão, a condição humana é menor nos "novos velhos". Este resultado não vai ao encontro dos resultados do estudo de Phillips e Ferguson (2012) que não encontraram relação entre a condição humana e a idade. A condição humana é a vida ativa em que integram atividades como o trabalho (Stival, 2015). A autocrítica é menor nas pessoas "sem companheiro", sendo este um conceito essencial na nossa vida, porque está relacionado com o sucesso e o bem-estar, uma vez que pessoas que têm menores níveis de autocrítica, apresentam maiores níveis de bem-estar (Lima, 2004). Este resultado vai ao encontro dos resultados do estudo Marchiori, Dias, Tavares (2013) que afirmam que as pessoas idosas com companheiro apresentam melhor bem-estar físico e psicológico talvez porque que recebem mais apoio social. O isolamento é menor nas pessoas "sem companheiro". A investigação refere que a solidão está mais relacionada com a perda da relação conjugal do que com a ausência do companheiro, uma vez que, as pessoas idosas sem companheiro não recebam tanto apoio social, apresentando desta forma um maior isolamento (Marrachinho, 2014; Marchiori, Dias, Tavares, 2013). Pode-se concluir que o estado de isolamento é, na maior parte, proveniente dos condicionalismos físicos e sociais que levam a que a partir de certa altura as pessoas se sintam mais sós (Paço, 2016). O isolamento pode caraterizar-se de diversas formas, podendo levar a pessoa idosa a viver um momento de crise que se não for superado não promove a sua participação ativa na sociedade. O que leva a que a perda de papéis sociais, como a reforma, lhe

tragam consequências negativas, podendo contribuir para o seu isolamento. Desta forma, a reforma pode gerar sentimentos associados à perda de utilidade social, o que associado à perda de um companheiro poder potenciar sentimentos de isolamento. A sobreidentificação é menor em pessoas que não têm filhos. Quem está numa instituição e tem filhos, pode estar longe ou não ter contacto tão frequente com os mesmos. Ao invés, de quem não tem filhos, não está habituado a esse tipo de ligação ou contacto, não sentindo esta perda. Esta situação pode potenciar uma maior dificuldade no distanciamento da situação em que se encontram e um maior foco em pensamentos e recordações do passado, por parte daqueles que têm filhos. Este foco nos problemas e nas dificuldades em aceitar os pensamentos e sentimentos dolorosos prejudica a capacidade de estar *Mindful.* A condição humana é menor em pessoas que estão entre 3 a 5 anos na instituição.

A Autocompaixão relaciona-se positivamente com a subescala Esperança. A investigação aponta para uma relação entre a autocompaixão e a esperança. Pessoas mais autocompassivas tendem a apresentar maiores níveis de esperança, uma vez que conseguem uma melhor compreensão dos seus desejos e uma maior motivação para os alcançar, o que por sua vez também promoverá a qualidade de vida (Yang, Zhang & Kou, 2016).

A Esperança relaciona-se positivamente com o Otimismo. Esperança e otimismo são considerados componentes importantes da qualidade de vida. São conceitos diferentes mas relacionados pois ambos envolvem processos cognitivos baseados em objetivos com expectativas em resultados positivos (Bailey, Eng, Frisch, & Snider, 2007). Assim, pessoas com maiores níveis esperança tendem a ser, naturalmente, mais otimistas relativamente ao futuro.

No que diz respeito ao funcionamento cognitivo, não há nenhuma dimensão que se relacione com o MoCA, isto significa que o funcionamento cognitivo não se associa a nenhuma das variáveis em estudo.

Relativamente ao nosso último objetivo, "*avaliar se o tipo de valência frequentado se relaciona com os níveis de otimismo e esperança das pessoas idosas*", podemos concluir que as pessoas idosas que frequentam o centro de dia são mais otimistas quando comparados com as de estrutura residencial para idosos. Segundo Luppa, et al (2010), a maioria das pessoas idosas prefere permanecer nas suas casas, pois assim podem manter a sua rede social, o meio ambiente, e podem desfrutar de uma melhor qualidade de vida. A institucionalização é entendida, nesta fase do ciclo de vida, como uma dualidade, isto é, um recurso social para as pessoas idosas com doenças, e como uma experiência de perda, com a presença de estados depressivos. A institucionalização é, muitas vezes, compreendida como algo negativo, uma vez que as pessoas idosas são obrigadas a abandonar o seu ambiente, os seus hábitos de vida e os seus objetos pessoais (Cardão, 2009; Runcan, 2012). A institucionalização leva a uma perda de privacidade, na medida em que os espaços são compartilhados com outras pessoas e o ambiente

institucional pode não favorecer a adaptação à institucionalização. Esta situação pode levar à depressão, à restrição de contactos sociais, a um maior pensamento acerca da morte e de pensamentos suicidas (Runcan, 2012). Assim, pessoas que frequentam o centro de dia e que se mantém em viver nas suas casas apresentam maiores níveis de otimismo.

Conclusão

Deve-se ter em conta que a investigação apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra e o número reduzido de participantes do sexo masculino em relação ao número de participantes do sexo feminino, embora esta situação seja representativa na população em estudo. Outra limitação é a amostra ser de conveniência e ser representativa do concelho em estudo, não se podendo generalizar para a população portuguesa.

Este estudo permite concluir que existe relação positiva entre as variáveis otimismo, esperança, autocompaixão e qualidade de vida na s pessoas idosas sob reposta social do concelho de Moimenta da Beira.

Referências bibliográficas

Akin, A. & Akin, U. (2015). Investigating predictive role of self-compassion on social self efficacy. Journal of Educational and Instructional Studies, 5(3), 11-19.

Alberoni, F. (2000). *La speranza*. Milano: Biblioteca Universal Rizzoli. p.16

Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well- being among older adults. *Self and Identity*, 11(4), 428-453

Amaro, Maria (2013). A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos [Em linha]. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8384/1/A%20Transforma%C3%A7%C3%A3o%20da%20Identidade%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf [consultado em 06/06/2017]

Azevedo, M. S. A. (2015). *O Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrativa* (Tese de Mestrado). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20%20tese%20final%20-%20pdf.pdf. Consultado em 20 de Janeiro de 2018.

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

Barros, J., (2010). *Psicologia positiva - Uma nova psicologia*, Porto: Livpsic.

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

Bailey, T., Eng, W., Frisch, M., & Snider, C., (2007). 'Hope and optimism as related to life satisfaction', The Journal of Positive Psychology, 2:3, 168 – 175. DOI: 10.1080/17439760701409546

Bennett-Goleman, T. (2001). Emotional alchemy: How the mind can heal the heart. New York: Three Rivers Press.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being presente: Mindfulness and its role in pshychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822- 848. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822.

Büssing, A., Ostermann, T. e Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. Journal of Religion and Health, 44(3), 321-340. DOI:10.1007/s10943-0055468-8

Cabral, M., & Ferreira, P. (2014). *O Envelhecimento Activo em Portugal*. Fundação Francisco Manuel

dos Santos. Lisboa

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, T. P., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Cancela, D. M. G. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf. Acedido a 22 de Abril de 2018.

Čanković, S., Nikolić, E., Jovanović, V., Kvrgić, S., Harhaji, S., & Radić (2016). Quality of life of elderly people living in a retirement home. DOI: 10.2298/VSP131205126C

Cardão, S. (2009). O Idoso Institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.

Carvalho, C., S., R. (2009). Qualidade de vida na população carenciada de Cantanhede. Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. Millenium, 40, 161 184. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf.

Carver, C. e Scheier, M. (1990). Origins and functions of positive and negative Affect.

A control-process view. Psychological Review, 97, 19-35.

Castilho, P. & Gouveia, J. P. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. Psychologica, 54, 203230.

Costa, H. (2015). Os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário. Universidade de Coimbra.

Cruz, A., E., J., A. (2012). Qualidade de vida e espiritualidade em idosos institucionalizados e em comunidade. Instituto Politécnico de Lisboa.

Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da autocompaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala de autocompaixão. Journal of Child and Adolescent Psychology, 4(2), 95-117.

Custódio, S., Pereira, A. e Seco, G. (2010). Otimismo e Stress em Estudantes de Enfermagem. *International journal of developmental and Education Psychology*, XXII, 1 (1), 591-598.

Faria, O. (2008). Avaliação da Aptidão Física de Um Grupo de Idosos entre os 75 e 95 anos na zona da Sertã (Monografia de Licenciatura). Disponível em: http://hdl.handle.net/10316/10629.

Ferreira, C. (2009). *Envelhecimento e lazer* (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de

Coimbra

Fontinha, J. M. G. M. (2009). Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros: estilo de vinculação como determinante da compaixão e autocompaixão. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

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

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In, P Gilbert (ed). *Compassion: Conceptualisation, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge.

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID. (2005). *Manual de boas práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares.* Instituto de Segurança de Social, Lisboa.

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, 175-183. DOI: 10.1111/j.14716712.2012.01033.x.

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

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). Projeções de População Residente- 1.º Trimestre de 2017. Lisboa: INE Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y. Consultado a 15 de Fevereiro de 2018.

Irigaray, T. Q., Schneider, R. H. & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24 (4), 810-818. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000400022.

Kirkwood, T., B., L., (2005a). Evolution of ageing. Mech Age Dev, v. 123, pp. 737-745.

Lima, M. (2004). Posso Participar – Actividades de desenvolvimento pessoal. Porto Editora Âmbar.

Lima, L. D., Lima D. V. A. M. & Ribeiro G. C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. RBCEH. 7, (3) 346-356.

Lourenço, P. (2014). *Institucionalização do idoso e identidade.* Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre. Luppa, M., Riedel-Heller, S., G., Luck, T., Wiese, B., Bussche, H., Haller, F., Sauder,

M., Mosch, E., Pentzek, M., Wollny, A., Eisele, M., Zimmermann, T., Konig, H., Maier, W., Bickel, H., Werle, J., Weyerer, S., For the AgeCoDe study grou (2010). Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). Soc Psychiat Epidemiol 39 (1):31-8. DOI: 10.1007/s00127-010-0333-9

Marchiori, G., Dias, F., Tavares, D. (2013). Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. *Revista De Enfermagem*, (7 (4), 1100, 1102, 1103. DOI: 10.5205/reuol.3188- 26334-1-LE.0704201304.

Marrachinho, A. (2014). Qualidade de vida e solidão no idoso institucionalizado. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde de Faro.

Marques, A. F. R. A. (2017). Bem-estar subjetivo e qualidade de vida nos idosos institucionalizados (Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24101/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%0de%20Mestrado%20Filipa%20Marques.pdf.

Marôco, J. (2014) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro pinheiro, Portugal: Report Number.

McFadden, S. H. (1999). Religion, personality, and aging: A life span perspective. *Journal of Personality*, 67 (6), 1081-1104. Doi:10.1111/1467-6494.00083

Monteiro, M. R. (2009). Correlatos de bem-estar espiritual de indivíduos em reabilitação cardíaca pós-enfarte agudo do miocárdio (Dissertação de mestrado]. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Obtido em http://hdl.handle.net/10284/12

Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. American Geriatrics Society, 53, 695-699. Neff, K. (2003a). The Development and validation of a scale to measure self-compasion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

Neff. K. (2003b). *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity*, 2, 85-101. DOI: 10.1080/15298860390129863.

Neff, K. D. & Lamb, L. M. (2009). *Self-Compassion. In S. Lopez (Ed.), The Encyclopedia of Positive Psychology.* pp. 864-867. Blackwell Publishing.

Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relatting to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. DOI: 10.1111/j.1467 6494.2008.00537.x.

Neff, K. (2016). Self-compassion: Dr. Kristin Neff [em linha]. Acedido a 17 Agosto de 2018, em http://self-compassion.org.

Neff, K. D. & McGehee, P. (2010). *Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults.* Self and Identity, 9, 225-240. DOI: 10.1080/1529886090297930.

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. Social and Personality Psychology Compass, 5 (1), 1-12. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

Neto F. (2000). Psicologia Social. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta.

Neves, C. (2011). *A relação entre mindfulness, auto-Compaixão, vergonha e psicopatologia em praticantes e não praticantes de meditação/yoga. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.*

Neves, M., Garcia, I., Q., Espírito-Santo, H., A.,& Lemos, L. (2018).Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4 (1): 34-42.

Oliveira, J. B. (2003). Esperança: Natureza e avaliação. (Proposta de uma nova escala).

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528. Psicologia, Educação e Cultura, 7, 83-106

Oliveira, J., H., B. (2010). Psicologia positiva uma nova psicologia, Porto Codex, Livpsic.

Ortiz, L. (2005). *Jubilación, género y envejecimiento.* Universidad Autónima de Madrid.

Osório, A. R. (2005). *Educação Permanente e Educação de Adultos.* Lisboa: Instituto Piaget.

Paço, C., A., B., L. (2016). Solidão e Isolamento na Velhice. Lisboa.

Parente, M., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M. (2017). *Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada.* Disponível em: https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2018.4.1.57

Peres, M. O. (2014). *Os Idosos Institucionalizados.* Dissertação de Mestrado. Disponível em: https://repositorio.ipcb.pt/ bitstream/ 10400.11/2707/ 1/OS% 20 IDOSOS%20INSTITUCIONALIZADOS%20Estudo%20de%20Algumas%20Vari%C3 %A1veis.pdf.

Phillips, W.J., & Ferguson, S.J., (2012). Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* DOI:10.1093/geronb/gbs091.

Ramos, M. (2017*). Autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência.* Universidade de Lisboa.

Runcan, P.L., (2012). Elderly institutionalization and depression. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 33, 109 – 113, 2012.

Santos, I. I. V. (2012). *Auto-compaixão: A sua relação com estados emocionais negativos.* Dissertação

de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.

Stival, M. (2015). Uma análise sobre a condição humana de Hannah Arendt e as contribuições para a reconstrução dos direitos humanos. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/40785/uma-analise-sobre-a-condicao-humana-de-hannah-arendt-e as-contribuicoes-para-a-reconstrucao-dos-direitos-humanos. Acedido a 10 janeiro de 2019.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida Em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório E Implementação-Piloto de Um Programa de Intervenção* (Tese de Mestrado) Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf. Consultado a 20 de Março de 2018.

Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27 (1), 41-49.

Vitorio, A., Morgado, S. e Sequeira, J. (2011). O mundo pertence aos otimistas. Estudo exploratório sobre otimismo em diferentes idades. *International Journal of Developmental and Educational Psychology,* 1 (5), 339-348.

Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Journal Personality and Individual Differences*, 98 (2016) 91–95.

Zimerman, G. I. (2009) *Velhice: Aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre, Brasil: Artmed.