Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Santos, Marta Alexandra Rocha dos

Qualidade de vida nas pessoas mais velhas : a relação com a atenção plena e a autocompaixão

http://hdl.handle.net/11067/8900

Metadados

Data de Publicação 2026

Resumo O envelhecimento associa-se a múltiplas mudanças biopsicossociais que podem influenciar a qualidade de vida nas pessoas mais velhas. Neste contexto, variáveis psicológicas como a atenção plena ou a autocompaixão têm vindo a assumir uma crescente relevância enquanto recursos associados ao ajustamento psicológico e ao envelhecimento saudável. O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas e explo...

Aging is associated with multiple biopsychosocial changes that may influence the quality of life in older adults. In this context, psychological variables such as mindfulness and self-compassion have gained increasing relevance as resources associated with psychological adjustment and healthy aging. The present study aimed to analyse the relationship between dispositional mindfulness trait, self-compassion, and quality of life in older adults, as well as to explore the contributions of these var...

Palavras Chave Psicologia, Psicologia clínica, Bem-estar subjectivo - Idosos, Teste psicológico - Self Compassion Scale (SCS), Envelhecimento, Teste psicológico - Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-13), Teste psicológico - World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Brief)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-31T02:02:38Z com informação proveniente do Repositório

Universidade Lusíada
Porto

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO,

ipce
instituto de psicologia
e ciências da educação
Universidade Lusíada

Universidade Lusíada
Porto

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO,

Trabalho efectuado sob a orientação do/a
Professora Doutora Susana Pedras

ipce
instituto de psicologia
e ciências da educação
Universidade Lusíada

AVISO LEGAL

O conteúdo desta tese reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta tese pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta tese, o/a autor(a) declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção referências. O autor, declara, ainda, que não divulga na presente tese quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Declaração sob compromisso de honra

(Artigo 6.º, n.º 2 das Normas e orientações para a submissão de trabalhos académicos na plataforma Urkund para deteção de similaridade e plágio)

Eu, abaixo assinado, tenho consciência de que a prática de plágio consiste numa forma de violação da integridade académica, constituindo um crime punível por lei com relevância nos regimes disciplinar, civil e criminal.

Nesse sentido, declaro por minha honra que a dissertação/tese apresentada é original e que todas as fontes, incluindo as da minha autoria, estão devidamente identificadas e referenciadas.

Porto, 19 de Maio de 2026

O (A) Estudante

Maria Alexandra Rocha dos Santos

“Qualidade de Vida nas Pessoas mais Velhas: A relação com a Atenção Plena e a Autocompaixão”

Marta Santos

Universidade Lusíada

Mestrado em Psicologia Clínica

Professora Doutora Susana Pedras

2026

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Susana Pedras, por me ter lançado o desafio de pensar um tema tantas vezes esquecido e, sobretudo, por me ter proporcionado a oportunidade de estar junto destas pessoas durante mais de um ano de recolha de dados. Por me permitir ouvi-las, reconhecê-las, escutá-las verdadeiramente e trazer para este estudo as suas preocupações, a sua solidão, as suas tristezas e também as suas histórias. Espero que este trabalho possa, de alguma forma, representá-las e contribuir para a diferença que tantas merecem.

À Cat e à Di, mulheres extraordinárias, solidárias e Amigas. Obrigada por sustentarem as minhas dúvidas, pelos gestos de cuidado e pelas palavras de alento que nunca faltaram. Estou certa de que continuarão a fazer a diferença neste contexto e na vida de muitas pessoas.

À minha mãe, que sem o saber me conduziu até à Psicologia. Durante muito tempo quis compreender a sua dor e encontrar novas formas de a olhar. Talvez tenha sido aí que tudo começou.

Ao meu pai, que partiu sem me ver concluir este caminho. Quero dizer-te que ainda assim te sinto comigo, sobretudo em cada momento em que precisei de alento para continuar. Tenho muitas saudades tuas!

Ao meu filho, na esperança de que este percurso possa inspirar-te a continuares sempre, sobretudo para lá das palavras dos outros, na procura de um lugar onde possas ser feliz e fazer a diferença. Nunca te esqueças de que aquilo que fazemos deixa marcas na vida daqueles que vivem em nós.

Ao meu irmão, cunhadas e cunhado, às minhas tias e à minha sogra, uma palavra imensa de gratidão pela cumplicidade, pelo acolhimento e por nunca me deixarem duvidar deste

caminho. Ao meu sogro que também perdi nesta jornada, mas que com a sua doçura me disse que este era, sem dúvida, o meu caminho e do orgulho que tinha em ver-me percorrê-lo.

Aos meus amigos, aos meus "conbibas", que entre brindes, gargalhadas, danças e mesas cheias de amor, tornaram tudo mais leve. Talvez nunca o tenha dito, mas houve semanas imensamente difíceis, que se tornaram suportáveis, apenas porque sabia que no final delas, vos iria encontrar.

À Natacha, Andreia e minha Patricinha, os meus portos, seguros, de abrigo, de afirmação, de amor e de (re) construção. Que sorte estarem comigo!

Ao Tiago, sei que houve dias em que sentiste que isto nunca terminaria e reconheço o peso que este percurso também teve em ti. Espero, ainda assim, que possas sentir orgulho neste caminho e em tudo aquilo que começa agora. O amor foi a diferença. Foi o fator inevitável da minha entrega a este trabalho e está presente em cada palavra escrita, tal como esteve em cada momento que, inevitavelmente, partilhei a menos contigo.

Por fim, a todas as pessoas mais velhas que aceitaram partilhar comigo partes das suas vidas, da sua história e da sua vulnerabilidade, o meu mais profundo agradecimento. Este trabalho existe também por vocês.

Resumo

O envelhecimento associa-se a múltiplas mudanças biopsicossociais que podem influenciar a qualidade de vida nas pessoas mais velhas. Neste contexto, variáveis psicológicas como a atenção plena ou a autocompaixão têm vindo a assumir uma crescente relevância enquanto recursos associados ao ajustamento psicológico e ao envelhecimento saudável. O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas e explorar o contributo destas variáveis na predição da qualidade de vida. Participaram neste estudo 100 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos. Foram utilizados instrumentos de autorrelato para avaliar o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida, bem como um questionário sociodemográfico, de estado de saúde e de estilo de vida. Os resultados evidenciaram associações significativas entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida. Verificou-se ainda que participantes com companheiro apresentaram níveis superiores de qualidade de vida comparativamente aos participantes sem companheiro. A regressão linear hierárquica, revelou que o estado civil, a atenção plena e autocompaixão, contribuem significativamente para a explicação da qualidade de vida, sendo o traço de atenção plena a variável com maior contributo explicativo. Os resultados obtidos, reforçam a importância dos recursos psicológicos na promoção da qualidade de vida no envelhecimento, salientado o potencial de intervenções focadas na atenção plena e autocompaixão junto das pessoas mais velhas.

Palavras-chave: Atenção Plena; Autocompaixão; Qualidade de Vida; Envelhecimento; Pessoas mais Velhas.

Abstract

Aging is associated with multiple biopsychosocial changes that may influence the quality of life in older adults. In this context, psychological variables such as mindfulness and self-compassion have gained increasing relevance as resources associated with psychological adjustment and healthy aging. The present study aimed to analyse the relationship between dispositional mindfulness trait, self-compassion, and quality of life in older adults, as well as to explore the contributions of these variables in predicting quality of life. A total of 100 participants aged between 65 and 97 years old took part of this study. Self-report instruments were used to assess mindfulness trait, self- compassion, and quality of life, as well as sociodemographic, health, and lifestyle questionnaire. The results revealed significant associations between mindfulness trait, self-compassion and quality of life. Participants with partner also presented higher levels of quality of life compared with participants without a partner. Hierarchical linear regression analysis showed that marital status, mindfulness and self-compassion significantly contributed to the explain of quality of life, with mindfulness trait emerging as the variable with the greatest explanatory contribution. The findings reinforce the importance of psychological resources in promoting quality of life during aging, highlighting the potential of interventions focused on mindfulness and self-compassion among older adults.

Keywords: Mindfulness; Self-Compassion; Quality of Life; Aging; Older Adults.

Índice

Agradecimentos 1

Resumo 3

Abstract 4

Índice 5

Índice de Tabelas 7

Lista de Abreviaturas 8

Introdução 9

Envelhecimento 9

Atenção Plena 20

Autocompaixão 22

Qualidade de Vida nas Pessoas mais Velhas 24

Pertinência do estudo 25

Objetivos e hipóteses 26

Metodologia 27

Design de Investigação 27

Participantes 27

Instrumentos 28

Procedimentos 30

Procedimentos Éticos 30

Recolha de Dados 30

Análise de dados 31

Resultados 32

Discussão dos Resultados 46

Limitações do estudo 51

Implicações para Estudos Futuros 52

Implicações para a Prática 53

Conclusão 53

Referências 55

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 2. Caracterização do Estado de Saúde e Estilo de Vida da Amostra

Tabela 3. Correlações entre o Traço de Atenção Plena, a Autocompaixão e a Qualidade de Vida

Tabela 4. Correlações entre as dimensões da Autocompaixão e Qualidade de Vida

Tabela 5. Diferenças na Qualidade de Vida em Função da Idade, Género e Estado Civil

Tabela 6. Regressão Hierárquica para Variáveis Preditoras da Qualidade de Vida

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade da Vida Diária

CC – Centro Convívio

CD – Centro de Dia

CN – Centro de Noite

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FMI-13 – Freiburg Mindfulness Inventory

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MBP – Mindfulness-Based Programs

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAEAS – Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SELFCS – Self-Compassion Scale

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL-OLD – World Health Organization Quality of Life – Older Adults

Introdução

Envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere no "Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde" que as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento, são complexas. Ao nível biológico, o envelhecimento está associado ao acumular de uma variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, estes danos levam a uma perda gradual das reservas fisiológicas, ao aumento do risco de contrair doenças e a um declínio na capacidade intrínseca do individuo. Em última instância, resulta na morte. Contudo estas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade da pessoa em anos (WHO, 2015). Neste sentido a OMS estipulou os 60 anos como padrão etário da pessoa mais velha, ainda que reconhecendo que este pode ser um número demasiado baixo quando nos referimos a países desenvolvidos, uma vez que se pressupõe que a esperança média de vida nesses países seja maior e de acordo com o seu nível de desenvolvimento. A OMS refere ainda que a idade cronológica não é um indicador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações dramáticas no estado de saúde, participação e nível de independência entre pessoas mais velhas da mesma idade. Num trabalho que se pretende conjunto e que sirva de base orientadora para os decisores políticos, a OMS refere que as políticas sociais para as pessoas mais velhas não devem ser promulgadas considerando somente a idade cronológica, uma vez que pode ser um fator discriminatório e contraproducente para o seu bem-estar (WHO, 2002). O aumento do índice de envelhecimento da população representa para a OMS uma das mais notáveis conquistas coletivas. Reflete os avanços e o desenvolvimento económico e social, mas também da saúde, nomeadamente da eficácia no tratamento das doenças infantis, da redução da mortalidade materna e mais recentemente da mortalidade das pessoas idosas mais velhas (WHO, 2020). O plano de ação

da OMS, “Década do Envelhecimento Ativo 2021-2030”, apresenta uma proposta para 10 anos de trabalho colaborativo, concertado e sustentável entre países, que coloca as pessoas mais velhas e o seu bem-estar no centro das decisões políticas. Este plano de ação, alinhado com os objetivos da “Agenda 2030 Para o Desenvolvimento Sustentável” das Nações Unidas, sugere que no final do programa “Década de Envelhecimento Ativo (2021-2030)”, o número de pessoas com 60 anos ou mais será 34% maior, aumentando de 1 bilião em 2019, para 1,4 biliões. Em 2050, a população global de pessoas idosas mais velhas terá duplicado para 2,1 biliões (WHO, 2020). A OMS refere ainda que, em 2020, pela primeira vez na história, pessoas com 60 anos ou mais superaram em número, crianças abaixo dos 5 anos de idade. Em 2050, pessoas com 60 anos ou mais, vão superar em número, adolescentes e jovens, entre os 15 e 24 anos.

Envelhecimento em Portugal

A esperança de vida à nascença, diz respeito ao número médio de anos que uma pessoa à nascença, pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento, e funciona como indicador do risco de mortalidade da população, em todas as idades e num determinado período (F. Lima, 2023).

As estatísticas demográficas de 2022, demonstram que em Portugal, no triénio de 2020-2022, estimou-se a esperança de vida à nascença em 80,96 anos, verificando-se uma redução de 0,01 anos face ao triénio anterior, em resultado, ainda, do aumento de número de óbitos no contexto da pandemia da doença COVID-19. Em 2021, dados divulgados pelo Eurostat, referem que o número de anos de vida em saúde, em Portugal, foi estimado em 59,3 anos para os homens e em 57, 4 anos para as mulheres, valores abaixo da média para a UE27 que eram, à data, de 63,1 e 64,2 anos, respetivamente (F. Lima, 2023). As alterações na estrutura etária da população, nomeadamente o decréscimo da população jovem e o aumento da população de pessoas mais velhas, resultam do processo do envelhecimento demográfico, entre 2017 e 2022,

a idade mediana da população residente em Portugal, aumentou de 45, para 47 anos. Em termos percentuais, em 2022, a população residente era composta por 12,9% de jovens, 63,1% de pessoas em idade ativa e 24,0% de pessoas mais velhas (F. Lima, 2023). A tendência registada do envelhecimento demográfico, nomeadamente o decréscimo do número de jovens e das pessoas em idade ativa, face ao aumento das pessoas mais velhas, resulta da baixa natalidade e do aumento da longevidade (F. Lima, 2023)

O índice de envelhecimento estabelece a relação entre a população idosa e a população jovem e, define-se habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. O índice de dependência total, estabelece a relação entre a população jovem e a de pessoas mais velhas e a população em idade ativa, define-se habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos, em conjunto com o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (F. Lima, 2023).As estatísticas demográficas de 2022, referem que entre 2017 e 2022, o índice de dependência total em Portugal, aumentou de 55,2 para 58,4 jovens e pessoas mais velhas por cada 100 pessoas em idade ativa, este aumento resultou, da influência do aumento do índice de dependência das pessoas mais velhas, já que o índice de dependência dos jovens diminuiu. O índice de envelhecimento era de 185,6 pessoas mais velhas, por cada 100 jovens, em 2022 (F. Lima, 2023).

Envelhecimento Saudável

O aumento da esperança de vida de uma população, não significa necessariamente que seja em boa saúde. Enquanto o indicador esperança de vida à nascença mede a quantidade do número esperado de anos de vida, a esperança de vida em saúde, é uma medida que incide sobre a qualidade de vida, ou seja, representa o número de anos de vida saudável que a população pode esperar viver (F. Lima, 2023). De forma a enquadrar como a saúde e o

funcionamento podem ser considerados no envelhecimento, a OMS (2015) define dois conceitos, a capacidade intrínseca, que diz respeito ao conjunto de capacidades físicas e mentais nas quais o indivíduo se suporta para lidar com os contextos em que se move, e a capacidade funcional que diz respeito a esses contextos e às suas interações, considerando que estes fornecem ao indivíduo recursos ou barreiras que consequentemente determinam se as pessoas, perante o seu nível de capacidade intrínseca, conseguem ou não atingir os seus objetivos e fazer as coisas que consideram importantes. Com base nestes dois conceitos, a OMS define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar em idade avançada (WHO, 2015). Importa ainda referir que a OMS (2015) evidencia que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem constantes, ambas tendem a diminuir com o aumento da idade, contudo, as escolhas e as interações do indivíduo em determinados momentos da sua vida, vão determinar a sua trajetória. Assim, a OMS sustenta que o envelhecimento saudável não pode ser definido por um limiar específico de funcionamento ou de saúde, deve, ao invés ser considerado um processo relevante para as pessoas mais velhas, uma vez que pode tornar-se mais ou menos positivo, p.e. pessoas em estados demenciais ou com doença cardíaca, podem melhorar, mediante o acesso aos cuidados de saúde que permitam otimizar o seu bem-estar. Em diferentes partes do mundo, o curso de vida é enquadrado em torno de um conjunto inflexível de fases: a infância, o período definido para a escola, o período definido para o trabalho e por fim o período definido para a aposentação. Com base nesta perspetiva, assume-se que os anos extra, são adicionados à fase final do ciclo de vida e acrescentado apenas mais anos ao período da aposentação. Na medida em que mais pessoas chegam à idade de se aposentar, há evidências que muitas são as que repensam este quadro rígido e inflexível e por isso pensam em estudar mais ou iniciar uma nova carreira profissional. Além disso, as pessoas mais jovens, esperam viver mais anos e por isso, também elas podem alterar a sua trajetória esperada de

desenvolvimento, p.e. começam a atividade profissional mais tarde e constituem a família e o agregado familiar também mais tarde. No entanto, a amplitude de oportunidades que surgem do aumento da longevidade, dependerá muito de um fator fundamental: a saúde. Se as pessoas viverem esses anos extra de vida, com boa saúde, a sua capacidade de realizar tarefas que as valorizem também aumenta, ao invés, se esses anos forem dominados por declínios físicos e cognitivos acentuados, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade serão veemente negativas (WHO, 2015).

O plano de ação "Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030" da OMS (2020) consiste na promoção de 10 anos de uma colaboração concertada, catalítica, sustentável e que coloque a população idosa de pessoas mais velhas no centro da ação. A OMS (2020) refere que os recursos económicos e sociais, e as oportunidades disponíveis ao longo da sua trajetória, são determinantes para fazer escolhas saudáveis e para receber e dar suporte quando necessário. Nesse sentido este plano de ação define os objetivos relevantes para o desenvolvimento e envelhecimento saudável e sustentável, 1. Erradicar a Pobreza: prevenir que as pessoas mais velhas cheguem a situações de pobreza extrema, o que implica a adoção de medidas mais flexíveis para a aposentação e o prolongamento do acesso aos serviços de saúde.; 2. Zero Fome: as pessoas idosas mais velhas são mais vulneráveis uma vez que é muito comum na gestão familiar que os mais jovens sejam priorizados, nomeadamente na distribuição dos alimentos. O foco nas pessoas mais velhas será útil para reverter estes padrões de má nutrição e prevenir a dependência dos cuidados de saúde; 3. Boa Saúde e Bem Estar: o envelhecimento saudável significa que as pessoas passam a contribuir por mais tempo para a sociedade, como fator de promoção de uma vida saudável em todas as fases da vida, com cobertura de serviços de saúde universais e integrados, centrados nas pessoas, transformando assim o sistema social, baseados apenas na doença; 4. Educação de Qualidade: O envelhecimento saudável requer uma aprendizagem ao longo da vida que possibilite as pessoas mais velhas, fazerem aquilo o que

valorizam, capacidade de tomar as suas decisões e preservar os seus propósitos, identidade e independência. Requer literacia e a remoção de barreiras, no sentido de os capacitar, nomeadamente nas suas habilidades do mundo digital; 5. Igualdade de Género: alcançar a igualdade de género ao longo da trajetória de vida pressupõe melhor qualidade de vida e bem-estar. Os sistemas devem por isso promover a participação equitativa nos contextos profissionais, aumentar as pensões sociais às mulheres mais velhas e facilitar o acesso aos serviços públicos. A violência de género deve ser eliminada; 6. Trabalho Digno e Crescimento Económico: A população ativa, onde se incluem muitas das pessoas mais velhas, deve ter condições dignas de trabalho. O seu rendimento deve contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde e produtos, e para reduzir o risco de contrair despesas elevadas. Trabalhadores saudáveis significam um aumento da produtividade e uma redução do desemprego; 7. Indústria, Inovação e Infraestruturas: as infraestruturas para o envelhecimento saudável vão requerer um acesso inclusivo e adaptado à internet, investigação e intervenções empiricamente validadas que tornem as pessoas mais velhas, visíveis; 8. Redução das Desigualdades: as pessoas mais velhas têm um acesso desproporcional e inadequado aos serviços e às redes de suporte social, muitas vezes devido a questões de género, etnia ou nível de escolaridade. O envelhecimento saudável, requer políticas que mitiguem estas desigualdades em todos os setores; 9. Cidades e Comunidades Sustentáveis: Cidades e comunidades adequadas às pessoas mais velhas, permitem que as pessoas maximizem as suas habilidades ao longo da trajetória de vida. Múltiplos setores (saúde, proteção social, transportes, habitação, trabalho) e partes interessadas (sociedade civil, pessoas mais velhas e as suas organizações) devem envolver-se na sua criação; 10. Paz, Justiça e fortalecimento das Instituições: Instituições inclusivas devem empoderar as pessoas mais velhas, para que possam alcançar coisas que as gerações prévias não projetaram. Para isso serão necessárias campanhas de consciencialização do idadismo, que façam a defesa personalizada do envelhecimento

saudável e das leis que previnam a discriminação etária em todas as fases da trajetória desenvolvimental; 11. Parcerias para os Objetivos: O envelhecimento saudável não deve deixar ninguém para trás, deve promover e criar o futuro para as pessoas de todas as idades, para isso é necessário que se estabeleçam parcerias entre os diferentes setores e as partes interessadas, investindo em ambientes adequados para as pessoas mais velhas e num sistema integrado de apoios sociais e cuidados de saúde (WHO, 2020). Ainda de acordo com a OMS (2021), este plano de ação, viabiliza um trabalho conjunto no sentido de promover a saúde e prevenir a doença, de manutenção das capacidades intrínsecas e de promoção das capacidades funcionais, para isso, define que os campos de ação devem focar-se em trabalhar a forma como se pensa e age perante a idade e as pessoas mais velhas, em garantir que a comunidade fomenta as suas capacidades e em desenvolver cuidados de saúde centrados nas pessoas, que respondam de uma forma eficaz à suas necessidades.

Políticas de Saúde Pública Dirigidas às Pessoas Mais Velhas

A OMS, através da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no seu "Relatório Mundial sobre o Idadismo" (2022), refere que a promulgação de políticas e leis é uma estratégia importante para reduzir ou eliminar a discriminação por idade e que políticas, são planos, compromissos ou modos de ação empreendidos e direcionados a uma determinada questão dentro de uma sociedade. As leis são sistemas de regras que um determinado país ou comunidade reconhece, para regular as ações dos seus habitantes e ao mesmo tempo garantir a proteção de todos os direitos humanos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Em Portugal, o Artigo 72º da Constituição da República estabelece que as pessoas mais velhas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. Estabelece ainda que a política da para a terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas mais velhas,

oportunidades de realização pessoal, através da participação ativa na vida da comunidade (Constituição Da República Portuguesa, 1976). O Conselho de Ministros, aprovou a 12 de janeiro de 2024, o Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (PAEAS) 2023-2026, na sua Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024. O PAEAS 2023-2026, sustenta que existem dimensões significativas do envelhecimento onde as políticas públicas podem operar de um modo preventivo tais como, a aprendizagem ao longo da vida ou a saúde. De igual modo refere que estas mesmas políticas devem surgir com o intuito de reduzir ou eliminar práticas discriminatórias em função da idade e constituir-se como forma de ação preventiva da violência contra pessoas mais velhas, inclusive em contexto familiar. O Governo definiu o PAEAS como um documento estratégico de apoio à implementação de medidas que visam atuar e preparar a sociedade para o seu inevitável envelhecimento. Neste sentido e considerando que o processo de envelhecimento ativo e saudável envolve diferentes vertentes, o PAEAS está assente em 6 pilares estratégicos de atuação: 1. Saúde e Bem-Estar onde se destacam as atividades e medidas dirigidas à promoção da saúde, à prevenção primária da doença e à deteção e atuação precoce na doença, no sentido de reduzir a mortalidade precoce e reduzir a carga de doença e a dependência em décadas futuras, com medidas focadas na promoção de comportamentos protetores, como atividade física, alimentação ou sono (Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024) Ainda no contexto deste primeiro pilar, constam medidas que se destinam a facilitar o acesso aos cuidados, com recurso às novas tecnologias e linhas de apoio, p.e. SNS 24, e a criação de novas respostas, como a linha 60+, especialmente direcionadas para responder às necessidades específicas dos cidadãos Sénior. São ainda identificadas medidas para o aumento da capacidade em cuidados continuados e cuidados paliativos, na rede nacional de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), no apoio domiciliário, e medidas concretas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, focados no utente, tais como a inclusão dos Desfibrilhadores Automáticos Externos (DAE) e o treino e capacitação dos

profissionais. A prestação de cuidados é também reforçada, no sentido de manutenção da autonomia e na preservação das capacidades dos utentes, mantendo-os nas respetivas casas e reforçando significativamente os apoios ao domicílio. (Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024) 2. Autonomia e Vida Independente, que define a implementação de medidas onde se destacam, o Programa Radar Social, programas de minimização dos impactos do isolamento, as habitações colaborativas e as unidades de reforço e autonomia. Medidas que garantam ambientes seguros, mais saudáveis e amigos das pessoas mais velhas, que incluem ações que assegurem parque habitacional mais seguro e adaptado às necessidades dos destas pessoas, a adaptação dos domicílios, a segurança pública e a prevenção da violência contra as pessoas mais velhas. A remoção de barreiras nas cidades e vilas, a existência de espaços adequados para atividades de lazer e a existência de mais serviços de proximidade são medidas enquadradas na pertinência deste pilar(Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024) 3. Desenvolvimento e Aprendizagem ao Longo da Vida, que refere medidas focadas na formação para a aquisição de competências (incluindo *reskill* e *upskill*), na capacitação digital e no apoio a programas da sociedade civil, como as Universidades Sénior (Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024) 4. Vida Laboral Saudável ao Longo do Ciclo da Vida onde se definem medidas que promovam a participação no mercado de trabalho, nomeadamente atividades de formação e requalificação profissional, promoção do emprego após os 50 anos, novas formas graduais e flexíveis de passagem à reforma, conciliação do trabalho com a vida familiar e de fomento à diversidade intergeracional no local de trabalho, associadas a campanhas de combate ao idadismo no local de trabalho. (Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024)). 5. Rendimentos e Economia do Envelhecimento que define medidas de garantia do rendimento individual das pessoas mais velhas, como os complementos sociais e a valorização das pensões, com destaque para o empreendedorismo como medida de promoção da participação sénior na sociedade, garantindo os seus rendimentos e promovendo

o emprego. (Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024) . 6. Participação na Sociedade, onde constam medidas que visam fomentar o voluntariado, a participação na vida política, social e cultural, os programas intergeracionais e o empoderamento do cidadão Sénior, através da promoção da participação destes cidadãos nas iniciativas legislativas e programas públicos relacionados com o envelhecimento (Resolução do Conselho de Ministros n.o 14/2024, 2024)

Ainda no âmbito das políticas de saúde pública dirigidas às pessoas mais velhas, a Portaria nº 349/2023, de 13 de novembro, define as alterações às condições de organização, funcionamento e instalação, a que devem obedecer as ERPI, no seu artigo 3º sustenta que as estas estruturas residenciais devem proporcionar cuidados permanentes e adequados à condição biopsicossocial das pessoas mais velhas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo e saudável, promovendo o autocuidado e a prestação de cuidados personalizados e humanizados. Sustenta que, devem criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e com pessoas de referência, bem como promover novas relações interpessoais visando combater o isolamento. Potenciar a inclusão social e um ambiente seguro, confortável, acessível e humanizado. Fomentar as relações sociais, a convivência, a entreajuda e o espírito de comunidade. Proporcionar o acolhimento transitório e temporário, no âmbito do regime do descanso do cuidador informal e das altas hospitalares. Avaliar integralmente as necessidades, potencialidades e interesses do residente, promover a sua funcionalidade, independência e autonomia. Devem ser o garante da participação e corresponsabilização do residente ou do seu representante legal e dos familiares ou de pessoas de referência, conforme vontade do residente, na elaboração do plano individual de cuidados. Promover a qualidade de vida e a manutenção dos direitos, liberdade e garantias dos residentes, garantindo sempre o direito de autodeterminação dos residentes, salvaguardando o respeito da organização interna das ERPI e o direito de escolha dos restantes residentes. Devem ainda

respeitar a privacidade e intimidade da vida privada e familiar, bem como das diferenças religiosas, étnicas, políticas e culturais (Portaria n.o 349/2023, 2023). O artigo 8º, estabelece que a ERPI deve prestar um conjunto de atividades e cuidados, nomeadamente, alimentação, adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas ou do nutricionista da instituição, caso exista, prestar cuidados de higiene pessoal, de conforto e imagem e ainda promover atividades culturais, ambientais, sociais, lúdico-recreativas, estimulação sensorial e cognitiva, ajustadas ao perfil, capacidades e expetativas dos residentes, assim como, apoio psicossocial que seja facilitador do equilíbrio e bem-estar. A ERPI deve permitir a assistência religiosa ou espiritual, sempre que o residente o solicite, ou na sua incapacidade, mediante solicitação do seu representante legal, pode ainda disponibilizar atividades e cuidados que visem a melhoria da qualidade de vida dos residentes, nomeadamente, psicologia, fisioterapia, hidroterapia, nutrição, transporte, entre outros, desde que adequados às necessidades e interesses dos seus residentes (Portaria n.o 349/2023, 2023).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017) (ENEAS), elenca as respostas sociais existentes para pessoas mais velhas e o seu conceito de ação, nomeadamente, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que visa a prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias, quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou atividades da vida diária (AVD). Os Centros de Convívio (CC), uma resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades socio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação ativa das pessoas mais velhas de uma comunidade. Centros de Dia (CD), uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas mais velhas no seu meio sociofamiliar. Centro de Noite (CN), resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno,

prioritariamente para pessoas mais velhas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de suporte e acompanhamento durante a noite. Acolhimento Familiar para Pessoas Mais Velhas e Adultas com Deficiência, que consiste em integrar temporária ou permanentemente em famílias consideradas idóneas, pessoas mais velhas e/ou adultas, com deficiência, quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio, por fim, a ERPI, um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. (Varela et al., 2017)

Atenção Plena

A atenção plena pode ligar de volta a nossa mente dispersa e restaurá-la na totalidade, para que possamos viver cada minuto da nossa vida (Hahn, 1976). É um processo que pretende trazer a atenção à experiência do momento, em consciência, e com uma postura de não julgamento, dos processos cognitivos, emocionais e sensoriais que ocorrem (Kabat-Zinn, 1990). Para com Hahn (1976), a atenção plena, desenvolve-se por meio de técnicas de meditação com origem nas práticas espirituais budistas, ocupa um papel central, num sistema desenvolvido como um caminho, que leva à cessação do sofrimento pessoal (Thera, 1962). Estudos demonstram que a técnica de meditação mindfulness, facilita que se adote uma postura de atenção em relação à perceção de si mesmo, permitindo uma desincorporação da dimensão sensorial numa experiência de sofrimento e da reação de hiper vigilância afetiva, que consequentemente reduz o impacto da experiência, através da reavaliação cognitiva (Kabat-Zinn, 1982). Na psicologia contemporânea, a atenção plena tem sido adotada como estratégia para aumentar a consciência e responder habilmente aos processos mentais que contribuem para o sofrimento emocional e comportamento desadaptativo (Bishop et al., 2004). Good et al.

(2016) no campo da ciência organizacional, referem que a atenção plena é um modo baseado na experiência e não um modelo concetual da mente e estruturam o mindfulness como um estado, um traço, uma prática e uma intervenção.

Enquanto traço, a atenção plena, é uma característica estável ou um padrão comportamental evidenciado por um indivíduo ao longo do tempo, enquanto. estado, define-se como a experiência do individuo enquanto interage com uma situação específica (Hamaker et al., 2007). É um estado temporário de atenção ao momento presente que ocorre ao nível interno e externo (Dane, 2011).

Ainda que alguns investigadores, refiram a atenção plena enquanto estado psicológico que varia entre situações, dentro do mesmo indivíduo(Lau et al., 2006) ao invés de uma característica estável (Baer et al., 2006), se a entendermos, enquanto estado, como uma variação intraindividual das experiências e enquanto traço como uma variação interindividual, ambas as concetualizações podem ser integradas num todo coerente (Jain et al., 2022).

As estratégias globais de saúde publica, no que diz respeito à saúde mental, defendem uma intervenção preventiva e abrangente (Patel et al., 2018) nesse sentido, estudos defendem que os programas de intervenção baseados em *mindfulness* (MBP), alinham-se com os objetivos globais de saúde pública, por priorizarem a prevenção, fortalecerem a resiliência dos indivíduos e consequentemente da comunidade onde se integram (Maloney et al., 2024). De acordo com Oman (2025), a saúde mental da população, deve ser abordada como um contínuo, entre os níveis mais baixos (p.e. saúde mental precária, baixo bem-estar) e os níveis mais elevados (p.e. boa saúde mental, elevado bem-estar) e por isso os MBP, enquanto estratégias baseadas na população, que visam abordar a distribuição dessa população por estes níveis, podem mudar essa distribuição num sentido mais positivo.

Estudos demonstram que tanto a atenção plena estado, ou disposicional, como a atenção plena traço, predizem comportamentos autorregulados e estados emocionais positivos e

demonstram que o aumento da capacidade de mindfulness, ao longo do tempo, está relacionado com declínios nas perturbações de humor e no stress (Brown & Ryan, 2003) e está associado a um menor afeto negativo e processos cognitivos mais adaptativos (Tomlinson et al., 2018), que podem p.e. promover o envelhecimento bem sucedido (MacAulay et al., 2023).

Na população de pessoas mais velhas, os estudos indicam que expetativas positivas relativamente ao envelhecimento funcionam como fator de proteção e potenciam o envelhecimento saudável, neste sentido, o traço de atenção plena está associado a estas expetativas positivas do envelhecimento, por se verificar maior disponibilidade para o cultivo da aceitação, da curiosidade e do não julgamento de pensamentos e emoções, sejam elas positivas ou negativas (Fiocco & Meisner, 2020). Fatores de risco psicoafectivos relacionados com a depressão, stress, ansiedade e solidão são prevalentes no envelhecimento nomeadamente em patologias como o Alzheimer. Nesse sentido, torna-se relevante adotar medidas de prevenção que possibilitem que se modifiquem os estilos de vida. E, estudos sugerem que a prática regular de atenção plena constitui-se como um fator de proteção para a população mais velha, na medida em que promove a cognição, a saúde mental e o bem-estar, fortalece o foco atencional, a monitorização metacognitiva e a regulação emocional , capacidades que podem reduzir o risco de desenvolver a doença de Alzheimer, por regular de uma forma positiva os fatores benéficos associados à idade como a reserva cognitiva e regular negativamente fatores prejudiciais como o stress ou a depressão (Lutz et al., 2021).

Autocompaixão

Autocompaixão pressupõe que o sujeito se percecione e acolha, da mesma forma que perceciona e acolhe os entes queridos que enfrentam situações difíceis, i.e. com o mesmo carinho, preocupação e bondade (Terry et al., 2013). De acordo com Neff (2003), a autocompaixão conjetura que o sujeito se permita ser tocado pelo próprio sofrimento, não

evitando desconectar-se dele, no sentido de gerar o desejo de aliviar esse mesmo sofrimento e curar-se, com bondade. Envolve ainda compreensão sem julgamento, nomeadamente da dor, das inadequações ou fracassos, de forma que a própria experiência possa ser vista como parte integrante da experiência humana.

O autor refere ainda que a autocompaixão envolve três componentes, 1. Bondade Própria, i.e., ser gentil e compreensivo consigo mesmo em casos de sofrimento ou fracasso, ao invés de ser duramente autocritico; 2. Humanidade Comum, i.e., perceber as suas próprias experiências como parte da experiência de vida humana em vez de as encarar de uma forma segregada e exclusiva; 3. Atenção Plena, i.e., gerir pensamentos e sentimentos dolorosos de uma forma equilibrada, ao invés de se identificar em demasia com eles. Autocompaixão é uma atitude emocionalmente positiva que protege o sujeito das consequências negativas do autojulgamento, isolamento e pensamentos ruminantes (K. D. Neff, 2003).

Vários estudos evidenciam o impacto positivo da autocompaixão em diversos domínios da existência humana (Kunuroglu & Vural Yuzbasi, 2021). A autocompaixão está associada a um maior bem-estar (Barnard & Curry, 2011), é preditora de comportamentos e relacionamentos positivos (K. Neff & Beretvas, 2013), permite maior ajustamento psicológico, comportamentos mais adaptativos, e menos emoções negativas como autopiedade e vergonha (Brion et al., 2014).

A autocompaixão pode ainda ter um papel preponderante nas questões relacionadas com a idade. Estudos indicam que é um fator promotor de bem-estar emocional nas pessoas mais velhas e que pode representar um recurso psicológico valioso (Phillips & Ferguson, 2013) especialmente para os que relatam mais problemas físicos. Assim, intervenções que promovam a autocompaixão podem contribuir para uma melhoria do bem-estar de pessoas mais velhas, autocríticos ou desconfortáveis com as mudanças da sua saúde, das suas habilidades, competências e circunstâncias de vida, associadas ao envelhecimento (Allen et al., 2012).

Qualidade de Vida nas Pessoas mais Velhas

O envelhecimento da população é uma constante e por isso a relação entre a qualidade de vida e a saúde desta população, tem sido um fundamento pertinente e sobejamente observado, em pessoas mais velhas autónomas (Souza Madeira et al., 2022) e nas residentes em ERPIs. Neste sentido as discussões atuais sobre a senescência estão centradas na manutenção da autonomia, na independência e na qualidade de vida desta população (Zhang et al., 2018).

A qualidade de vida tem sido conceptualizada de diversas formas, devido as suas características subjetivas, multidimensionais e de natureza bipolar, uma vez que compreende as condições físicas, sociais e contextuais (Ferraz Teston & Marcon, 2013). Esta é uma variável que depende de fatores intrínsecos e extrínsecos e cuja investigação se torna cada vez mais premente no sentido de avaliar, melhorar a qualidade e alocar serviços de saúde e assistência, nomeadamente para a população de pessoas mais velhas (S. Lima et al., 2020). Segundo OMS (1995) a qualidade de vida diz respeito à perceção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, no contexto cultural, nos sistemas de valores, e relativamente aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que incorpora de forma complexa a saúde física e psicológica dos indivíduos, o nível de dependência, as relações sociais, as suas crenças e as suas relações, com os aspetos contextuais mais relevantes, é subjetiva e inclui facetas positivas e negativas da vida. Refere-se, portanto, a um conceito que confirma a necessidade de desenvolver uma visão holística das condições determinantes de saúde e qualidade de vida das pessoas, especialmente das mais velhas, para que seja possível promover qualidade, aos anos adicionais de vida (Júnior et al., 2022). Não obstante da concessão ampliada do envelhecimento, em que a maioria das pessoas mais velhas é portadora de uma doença crónica, nem todos são limitados por ela, muitos têm uma vida com as enfermidades controladas e expressam satisfação com a vida (Nogueira et al., 2022).

A investigação destaca que a qualidade de vida nas pessoas mais velhas, em muito se compara à de outros grupos populacionais, sustenta-se nas relações sociais, atividades recreativas, satisfação, fatores sociais e ambientais, suporte social e condições económicas (Apóstolo et al., 2018). Contudo, é nesta etapa de vida que os indivíduos ficam mais suscetíveis à necessidade de suporte funcional, emocional e financeiro (J. Lima et al., 2014). De acordo com Esteve-Clavero et al. (2018) a qualidade de vida nesta população, está associada à perceção negativa que tem sobre si, por isso importa abordar, avaliar e determinar os fatores que influenciam essa perceção.

Pertinência do estudo

Considerando o aumento dos índices de envelhecimento da população, ainda que estes, segundo a OMS, sejam representativos de um maior investimento e evolução na promoção de saúde, nomeadamente na eficácia no tratamento das doenças infantis e no decréscimo dos níveis de mortalidade em pessoas mais velhas (WHO, 2020), é evidente que se torna necessário implementar estratégias que visem melhorar e promover a qualidade de vida desta população.

A qualidade de vida compreende promover e melhorar diversos fatores como a saúde física, mas também o bem-estar emocional, mental e social (Ferraz Teston & Marcon, 2013).

A atenção plena e a sua prática estão associadas a benefícios psicológicos positivos, por promover o bem-estar subjetivo, a redução da reatividade emocional, a regulação do comportamento (Keng et al., 2011), a diminuição das perturbações de humor, do stress (Brown & Ryan, 2003). Está ainda associada a menor afeto negativo e a processos cognitivos mais adaptativos (Tomlinson et al., 2018), que podem promover o envelhecimento bem-sucedido (MacAulay et al., 2023).

Deste modo, torna-se pertinente evidenciar que a prática da atenção plena, de uma forma regular pode ajudar a mitigar os efeitos do envelhecimento e o declínio cognitivo, na medida em que promove e reforça a capacidade de resiliência para ultrapassar os desafios emocionais impostos pela avaliação subjetiva do individuo as suas limitações (Si et al., 2020).

A autocompaixão, é um fator promotor de bem-estar emocional nas pessoas mais velhas que pode representar um recurso psicológico valioso (K. Neff, 2003; Phillips & Ferguson, 2013), nomeadamente para pessoas mais velhas autocríticas ou desconfortáveis com as mudanças da sua saúde, das suas habilidades e competências (Allen et al., 2012).

Partindo de uma abordagem holística do envelhecimento, reconhecendo os benefícios da prática da atenção plena e da presença de características individuais de autocompaixão, torna-se pertinente analisar e evidenciar de que forma estes fatores potenciam a qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Paralelamente, este estudo pretende contribuir para ampliar a evidência científica que sustente o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas às necessidades desta população e que apoie cuidadores formais e informais na adoção de práticas benéficas e promotoras da redução do estigma associado ao envelhecimento.

Objetivos e hipóteses

Com base na literatura existente, o objetivo principal deste estudo é analisar as associações entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas. Deste modo, o estudo tem como objetivos específicos 1) descrever e caracterizar as variáveis sociodemográficas, o estado de saúde e o estilo de vida da amostra; 2) avaliar a relação entre o traço de atenção plena e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas; 3) avaliar a relação entre a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas; 4) avaliar a

contribuição do traço de atenção plena e da autocompaixão para a qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Espera-se que: H1) o traço de atenção plena esteja positivamente associado à qualidade de vida nas pessoas mais velhas; H2) o traço de atenção plena esteja positivamente associado à autocompaixão; H3) a autocompaixão esteja positivamente associada à qualidade de vida nas pessoas mais velhas; H4) existam diferenças nos níveis de traço de atenção plena, autocompaixão e qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas (idade, género e estado civil); H5) o traço de atenção plena e autocompaixão contribuam significativamente para a qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Metodologia

Design de Investigação

Este é um estudo empírico quantitativo com um design inter-sujeitos, cujas variáveis independentes (VI) são a atenção plena e autocompaixão e a variável dependente (VD), a qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Participantes

Os dados foram recolhidos em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com valências associadas a cuidados prestados a pessoas mais velhas, nomeadamente Centros de Dia, Centros de Convívio e Estruturas Residenciais Para Idosos. A amostra é constituída por pessoas mais velhas que usufruem de qualquer uma destas respostas supramencionadas, a partir dos 65 anos.

Os critérios de inclusão foram: a) compreender a língua portuguesa, b) ter capacidade de consentimento para a realização os procedimentos de avaliação.

Os critérios de exclusão foram: a) sujeitos que evidenciam sinais e sintomas psicopatológicos (perturbação da personalidade, perturbação esquizofrénica); b) sujeitos com diagnóstico formal de demência, após consulta de especialidade; c) todos aqueles cujos problemas de natureza visual e auditiva impeçam a correta compreensão das instruções;

Instrumentos

Para o efeito da recolha de dados, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico especificamente construído para obter os dados considerados mais relevantes da amostra que inclui: idade, género, escolaridade, se sabe ler e escrever, estado civil, naturalidade, profissão anterior à reforma, anos de reforma, motivo de reforma, distrito de residência, agregado familiar, resposta social que frequenta, há quantos anos frequenta a resposta social, se tem filhos e se mantém contacto com eles um questionário de estado de saúde que inclui, se tem problemas de saúde e quais, se tem dificuldades auditivas, de visão, problemas de sono ou restrição alimentar, se tem doença mental diagnosticada, se já foi a alguma consulta de psicologia, se foi encaminhado ou por mote próprio, quem encaminhou no caso de encaminhamento e por que motivo em caso de mote próprio, que medicamentos toma habitualmente e há quanto tempo e um questionário de estilo de vida que inclui a religião, a prática da religião, como pratica a religião, importância dos momentos de prática da religião, quantas vezes reza por dia e se fica mais calmo quando reza, se se considera uma pessoa espiritual, se pratica a espiritualidade e de que forma pratica e se considera a espiritualidade diferente da religião. Se vê televisão, ouve música ou lê e que tipo de leituras. Se usa dispositivos móveis, se tem conta registada nas redes sociais e quais. Se realiza alguma atividade de lazer e qual. Com que frequência sai de casa para além da deslocação para Centro de Dia ou de Convívio e se procura amigos ou vizinhos nessas deslocações. Por que motivos

procurou a instituição, se tem amigos na instituição, se participa nas atividades de grupo e os motivos de não participar, caso se aplique.

Self-Compassion Scale (K. D. Neff, 2003; Castilho et al., 2015)

Instrumento de autorrelato que avalia a autocompaixão. É constituído por 26 itens que avaliam os três componentes básicos da autocompaixão: 1) Autobondade, i.e., capacidade para ser amável, bondoso, gentil e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; 2) Condição Humana (ou Humanidade Comum) i.e. entender as próprias experiências como parte da experiência humana maior; e o 3) Mindfulness, i.e., consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos. Os itens estão agrupados em seis subescalas: Autobondade (5 itens); Autojulgamento (autocriticismo) (5 itens); Condição Humana (4 itens); Isolamento (4 itens); Mindfulness (4 itens) e Sobre-Identificação (4 itens). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 5 pontos em que 1= Quase Nunca e 5 = Quase Sempre. Os itens 1,2,4,6,8,11,13,16,18,20,21,24 e 25 são invertidos, i.e. 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1. Pontuações mais elevadas indicam mais autocompaixão. A versão portuguesa reportou um bom índice de consistência interna, com um Alfa de Cronbach de.89 na escala total. Os alfas das subescalas variam entre .73 e .84.

Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-13) (Walach et al., 2006; Iacob et al., 2025)

Escala de autorrelato que avalia a predisposição do individuo para o mindfulness, que se entende como a capacidade de manter uma atenção plena, aberta e recetiva ao momento presente enquanto traço característico. Nesta versão curta o indivíduo responde de acordo com a sua experiência pessoal a cada um dos 13 itens e cada item é cotado numa escala tipo Likert de 4 pontos, em que 1=Raramente e 4= Quase Sempre. A pontuação total é a soma de todos os itens e pontuações mais elevadas indicam maior nível de mindfulness disposicional. A versão

portuguesa reportou um bom índice de consistência interna com um Alfa de Cronbach de .85 na escala total.

World Health Organization Quality of life – Older Adults (The Whoqol Group, 1998; Pereira Vilar, 2015)

Este é um instrumento complementar das medidas genéricas de qualidade de vida para pessoas mais velhas, constituído por 28 perguntas com uma escala de resposta tipo Likert, em que 1 = Nada e 5= Muitíssimo, atribuídas a 7 facetas (4 por faceta): Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade. Por cada faceta os valores podem oscilar entre 4 e 20 pontos. É possível obter o resultado por faceta e um resultado global, em que valores mais elevados correspondem a uma qualidade de vida mais elevada. Na sua versão portuguesa verificou -se um bom índice de consistência interna, com um Alfa de Cronbach de .91 na escala total. Os alfas nas subescalas variam entre .72 e .94.

Procedimentos

Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido o estudo à Comissão de Ética da Universidade Lusíada na qual teve um parecer positivo. A todas as IPSS que colaboraram, foi previamente apresentado o estudo.

Recolha de Dados

Para a amostra, os critérios de inclusão e de exclusão foram fornecidos aos profissionais das instituições, que prestaram o devido auxílio na triagem dos participantes.

Todos os participantes foram convidados a participar no estudo, foram explicados os objetivos e conteúdo da investigação, bem como o carácter voluntário da participação e da garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Posteriormente foi assinado o consentimento informado. Os dados foram recolhidos nas instituições, pela investigadora através de questionários em papel. Foram salvaguardados os casos em que os participantes não fossem capazes de preencher os questionários de forma autónoma e nesse caso foram preenchidos pela investigadora, mediante o relato do participante. A recolha de dados teve início em outubro de 2024 e terminou outubro de 2025. Foram cumpridos todos os requisitos presentes no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), nomeadamente ao nível do consentimento informado, privacidade, confidencialidade e participação voluntária.

O estudo contou com um único momento de avaliação, tratando-se de uma investigação transversal, que utiliza um método de amostragem não probabilístico.

Análise de dados

A análise dos dados foi conduzida no programa de tratamento de dados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28.0 (para Windows). O processo de análise foi dividido em duas etapas estatísticas: a descritiva e a inferencial.

Numa primeira fase procedeu-se à análise descritiva da amostra considerando as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de estado de saúde, através de frequências, média e desvio-padrão.

Posteriormente verificaram-se os pressupostos de normalidade das variáveis em estudo e apesar de se registarem algumas quebras nos pressupostos de normalidade, foram realizadas análises paramétricas. Verificou-se que os resultados obtidos, foram semelhantes aos obtidos

com testes não paramétricos, pelo que se optou por apresentar os resultados paramétricos, devido à sua maior robustez estatística.

Para testar H1, H2 e H3, avaliaram-se as associações entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida das pessoas mais velhas, através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*, adequado para avaliar a relação entre variáveis intervalares.

Para testar H4, foram analisadas as diferenças na qualidade de vida em função de variáveis sociodemográficas, recorrendo ao *Teste T* para amostras independentes.

Relativamente a H5, foi realizada uma análise de regressão linear hierárquica, com o objetivo de analisar o contributo das variáveis sociodemográficas e psicológicas na explicação da qualidade de vida. No primeiro bloco foram introduzidas as variáveis sociodemográficas que apresentaram associações estaticamente significativas, com a qualidade de vida. No segundo bloco foram introduzidas as variáveis psicológicas, nomeadamente o traço de atenção plena e autocompaixão, o que permitiu avaliar o contributo incremental das mesmas na explicação da qualidade de vida.

Foram ainda verificados os pressupostos da regressão, nomeadamente a ausência de multicolineariedade, através da análise dos valores de tolerância e do fator de inflação da variância (VIF).

Resultados

A amostra do presente estudo foi constituída por 100 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos (M = 79,93; DP = 8,18). Relativamente ao género, 71% dos participantes eram do sexo feminino e 29% do sexo masculino. No que diz respeito ao estado civil, 48% dos participantes eram viúvos, 38% casados ou unidos de facto, 8% divorciados e 6% solteiros.

Relativamente ao agregado familiar, 44% dos participantes viviam sozinhos, 35% com o cônjuge, 16% com filhos e/ou genro/nora e 5% encontravam-se institucionalizados, 91% tinham filhos e 89% referiram manter contacto com eles.

No que respeita ao estado de saúde, 87% dos participantes referiu apresentar pelo menos um problema de saúde, 49% dos participantes referiram dificuldades auditivas, 80% dificuldades de visão e 62% reportaram problemas de sono. No domínio da saúde mental, 19% dos participantes referiram ter uma doença mental diagnosticada, e 22% o recurso a consultas de psicologia.

Relativamente ao estilo de vida, a maioria dos participantes referiu envolver-se em atividades do quotidiano como, ver televisão (92%), ouvir música (85%) e ler (60%). Adicionalmente, 76% dos participantes referiram realizar atividades de lazer. No que diz respeito à participação social, 36% dos participantes referiram não sair de casa, para além das habituais deslocações para as instituições onde desenvolvem as atividades e 46% dos participantes mencionaram procurar a companhia de amigos ou vizinhos nas suas deslocações. No que concerne à participação social nas instituições, 90% referiram ter amigos na instituição e 84% referiram participar nas atividades de grupo. Nas tabelas 1 e 2 encontra-se uma descrição mais pormenorizada da amostra em termos sociodemográficos, estado de saúde e estilo de vida.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	n	**%**
Escolaridade		
Analfabeto	7	7.0
Ensino primário (< 4 anos)	68	68.0
Ensino básico (5–9 anos)	17	17.0

	n	%
Ensino secundário (10–12 anos)	5	5.0
Ensino superior	3	3.0
Distrito de residência		
Porto	97	97.0
Outros	3	3.0

Nota. n = Número de participantes; % = Percentagem

Tabela 2

Caracterização do Estado de Saúde e Estilo de Vida da Amostra

	n	%
Religião		
Católica	89	89.0
Evangélica	4	4.0
Testemunha de Jeová	2	2.0
Ateu	5	5.0
Como pratica a religião		
Vai à missa e reza	26	26.0
Missa	20	20.0
Reza e vê missa pela televisão	11	11.0
Lê a Bíblia	5	5.0
Não pratica	2	2.0

	n	%
Outros	3	3.0
Espiritualidade		
Considera-se espiritual	68	68.0
Não se considera espiritual	31	31.0
Como pratica a espiritualidade		
Rezar/orar	16	16.0
Ajudar os outros	13	13.0
Autoconsciência	9	9.0
Ser boa pessoa	4	4.0
Estar na natureza	3	3.0
Outros	11	11.0
Tecnologia		
Utiliza dispositivos móveis	90	90.0
Utiliza redes sociais	30	30.0
Participação social		
Procura amigos/vizinhos quando sai	46	46.0
Não procura	35	35.0
Motivo de frequência da instituição		
Procura de companhia	47	47.0
Procura de atividades	19	19.0

	n	%
Prestação de cuidados	10	10.0
Ocupar o tempo	7	7.0
Encaminhamento familiar	6	6.0
Outros	8	8.0
Problemas de saúde		
Mobilidade	14	14.0
Diabetes	8	8.0
HTA	4	4.0
AVC	3	3.0
Doença mental	3	3.0
Duas ou mais patologias	35	35.0
Outros problemas de saúde	21	21.0
Saúde mental e apoio psicológico		
Problemas de sono	62	62.0
Doença mental diagnosticada	19	19.0
Consulta de psicologia	22	22.0
Encaminhamento psicológico		
Médico de família	11	11.0
Médico de outra especialidade	2	2.0
Psiquiatra	2	2.0

	n	%
Motivo da consulta psicológica		
Avaliação	2	2.0
Sentiu necessidade	2	2.0
Precisava de falar com alguém	1	1.0
Divórcio	1	1.0

Nota. n = Número de participantes; % = Percentagem

H1) Relação entre o Traço de Atenção Plena e a Qualidade de Vida nas Pessoas mais Velhas

Os resultados evidenciaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o traço de atenção plena e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas, indicando que níveis mais elevados de atenção plena, enquanto traço, estão associados a uma perceção global mais positiva da qualidade de vida (Tabela 3).

Esta relação foi consistente nas análises complementares, observando-se associações estatisticamente significativas entre a atenção plena e isolamento, enquanto dimensões da autocompaixão, e diversas dimensões da qualidade de vida, nomeadamente a autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, a participação social e a intimidade (Tabela 4). Estes resultados sugerem que componentes específicas da autocompaixão se articulam de forma consistente com diferentes domínios da qualidade de vida, nomeadamente os que reforçam a coerência da relação global observada entre o traço de atenção plena e qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Assim, a hipótese H1 foi suportada.

H2) Relação entre o Traço de Atenção Plena e a Autocompaixão

Os resultados evidenciaram a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o traço de atenção plena e a autocompaixão, sugerindo que níveis mais elevados de atenção plena, enquanto traço, estão associados a uma maior capacidade de autocompaixão (Tabela 3).

Esta associação foi também consistente ao nível das análises complementares e exploratórias das associações entre as dimensões da autocompaixão e da qualidade de vida, evidenciando padrões consistentes de relações estatisticamente significativas entre as subescalas da autocompaixão – nomeadamente atenção plena e isolamento - e dimensões da qualidade de vida nas pessoas mais velhas como a autonomia, participação social ou intimidade (Tabela 4). Estes resultados sugerem a existência que componentes especificas da autocompaixão se articulam de forma consistente com domínios da qualidade de vida que reforçam a coerência da relação observada entre o traço de atenção plena e a autocompaixão.

Assim, a hipótese H2 foi suportada.

H3) Relação entre a autocompaixão e a Qualidade de Vida nas Pessoas mais Velhas

Os resultados evidenciaram a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a autocompaixão e a qualidade de vida, indicando que níveis mais elevados de autocompaixão, estão associados a uma melhor perceção de qualidade de vida nas pessoas mais velhas (Tabela 3).

A análise complementar das associações entre as diferentes dimensões da autocompaixão e da qualidade de vida revelou padrões consistentes, verificando-se relações estatisticamente significativas entre autobondade, autojulgamento, condição humana, atenção plena e isolamento, enquanto subescalas da autocompaixão e autonomia, atividades passadas,

presentes e futuras, participação social, intimidade e vida familiar, enquanto subescalas da qualidade de vida (Tabela 4).

Estes resultados evidenciam que múltiplas dimensões da autocompaixão se associam de forma consistente a diferentes domínios da qualidade de vida, o que reforça a robustez da relação global observada entre estas variáveis.

Assim, a hipótese H3 foi suportada.

Tabela 3

Correlações entre o Traço de Atenção Plena, a Autocompaixão e a Qualidade de Vida (N=97)

Variáveis	M	DP	1	2	3
1. Traço de atenção plena	33.71	9.40	—		
2. Autocompaixão	88.37	19.10	.488**	—	
3. Qualidade de vida	98.54	16.17	.452**	.432**	—

Nota. M = média; DP = desvio-padrão. **p < .01.

Tabela 4

Correlações entre as Dimensões da Autocompaixão e a Qualidade de Vida

Variáveis	1	2	3	4	5	6
Subescalas do WHOQOL-OLD						
1. Autonomia	—					
2. Atividades passadas, presentes e futuras	.616**	—				
3. Participação social	.649**	.645**	—			
4. Morte e morrer	-.010	-.078	-.118	—		
5. Intimidade	.358**	.612**	.425**	-.076	—	
6. Vida familiar	.385**	.565**	.411**	-.105	.818**	—
Subescalas da Escala de Autocompaixão						
7. Autobondade (Autocompaixão)	.259*	.266**	.324**	-.141	.318**	.354**
8. Autojulgamento (Autocompaixão)	.236*	.301**	.124	-.215*	.300**	.312**

Variáveis	1	2	3	4	5	6
9. Condição humana (Autocompaixão)	.250*	.268**	.343**	.005	.247*	.333**
10. Mindfulness (Autocompaixão)	.265**	.258*	.394**	-.103	.291**	.320**
11. Isolamento (Autocompaixão)	.280**	.469**	.236*	-.099	.449**	.403**

Nota. WHOQOL-OLD = World Health Organization Quality of life – Older Adults; *p < .05. **p < .01.

H4) Diferenças na Qualidade de Vida nas pessoas mais velhas em função das variáveis sociodemográficas

Foram analisadas as diferenças na qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas idade, género, estado civil e tipo de resposta social frequentado.

Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida das pessoas mais velhas, em função do estado civil, verificando-se que participantes com companheiro apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida comparativamente aos participantes sem companheiro (Tabela 5).

Por outro lado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida das pessoas mais velhas, em função da idade ou género.

A variável que apresentava os valores do tipo de resposta social frequentada não foi considerada nesta análise, atendendo à reduzida dimensão de um dos grupos, que poderia comprometer a robustez dos resultados.

Assim, a hipótese H4 foi parcialmente suportada.

Tabela 5

Diferenças na Qualidade de Vida em Função da Idade, Género e Estado Civil

Variáveis	Grupo	M	DP	*t (89)*	*p*	Cohen's d
Género	Feminino (65)	99.37	15.33	0.77	.441	.18
	Masculino (26)	96.46	18.25			
Idade	≤ 80 anos (47)	98.43	18.24	-0.07	.946	-.01
	≥ 81 anos (44)	98.66	13.82			
Estado civil	Com companheiro (37)	105.68	12.80	3.73	< .001	.80
	Sem companheiro (54)	93.65	16.51			

Nota. M = média; DP = desvio-padrão. Teste t para amostras independentes. $p < .05$.

H5) Contributo das variáveis sociodemográficas e psicológicas na predição da Qualidade de Vida nas pessoas mais velhas

Com o objetivo de analisar o contributo das variáveis sociodemográficas e psicológicas na explicação da qualidade de vida, foi realizada uma regressão linear hierárquica.

Num primeiro bloco foram introduzidas as variáveis sociodemográficas que evidenciaram associações significativas com a qualidade de vida nas análises correlacionais, nomeadamente o estado civil. Os resultados demonstraram que esta contribuiu significativamente para a explicação da qualidade de vida.

Num segundo bloco foram introduzidas as variáveis psicológicas, designadamente a autocompaixão e o traço de atenção plena, permitindo avaliar o seu contributo adicional na explicação da qualidade de vida nas pessoas mais velhas. Verificou-se um aumento significativo da variância explicada do modelo, indicando que estas variáveis acrescentam valor explicativo para além das variáveis sociodemográficas.

No modelo final, observou-se que tanto a autocompaixão como o traço de atenção plena se revelaram preditores significativos da qualidade de vida das pessoas mais velhas, mantendo-se o efeito do estado civil. Entre as variáveis psicológicas, verificou-se que o traço de atenção plena apresentou maior contributo explicativo da qualidade de vida, evidenciado pelo valor mais elevado do coeficiente β. (Tabela 6)

Estes resultados sugerem, que embora o estado civil contribua para a explicação da qualidade de vida, as variáveis psicológicas apresentam um contributo adicional relevante na compreensão deste construto nas pessoas mais velhas.

Assim, a hipótese H5 foi suportada.

Tabela 6

Regressão Hierárquica para Variáveis Preditoras da Qualidade de Vida (N = 91)

Variável	B	SE	β	B	SE	β
	Modelo 1			**Modelo 2**		
(Constante)	105.68	2.65		56.61	10.81	
Estado civil	-11.74***	3.35	-.36	-11.26***	2.84	-.34
Traço de atenção plena	–	–	–	0.54**	0.18	.31
Autocompaixão	–	–	–	0.24**	0.09	.29
R^2	.13			.39		
F para mudança em R^2	12.29***			17.40***		
ΔR^2	.13			.26		

Nota. N = número de participantes; *B* = coeficiente não padronizado; *SE* = erro-padrão do coeficiente; *β* = coeficiente padronizado; R^2 = coeficiente de determinação; ΔR^2 = variação do coeficiente de determinação entre modelos.

**p < .01. ***p < .001.

Discussão dos Resultados

Os resultados do presente estudo sugerem que as variáveis psicológicas, nomeadamente o traço de atenção plena e a autocompaixão, estão positivamente associadas à qualidade de vida nas pessoas mais velhas, contribuindo assim, de forma significativa, para a explicação da qualidade de vida nesta população. Os resultados indicam ainda que estas variáveis são mais influentes do que as variáveis sociodemográficas. Não obstante destes resultados, o estado civil revelou-se como uma variável relevante, verificando-se níveis mais elevados de qualidade de vida nos participantes com companheiro.

Adicionalmente, os resultados das análises complementares, evidenciaram que algumas dimensões especificas da autocompaixão, i.e., isolamento e sobre identificação, se associam negativamente a diferentes domínios da qualidade de vida, o que sugere a importância de uma análise diferenciada e integradora destes processos na compreensão da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

A associação verificada entre o traço de atenção plena e a autocompaixão sugere que, indivíduos que apresentam maior capacidade de se manterem atentos à experiência do momento, tendem também a relacionar-se consigo próprios de uma forma mais compreensiva e menos crítica. Determinados modelos teóricos da atenção plena e da autocompaixão (Kabat-Zinn, 1990; K. Neff, 2003), conduzem à compreensão de alguns processos subjacentes à atenção plena, nomeadamente a adoção de uma postura de aceitação e de não julgamento das experiências internas, enquanto facilitadores do desenvolvimento de atitudes autocompassivas. A literatura evidencia ainda que a atenção plena se associa a uma maior regulação emocional e uma menor identificação com pensamentos negativos, aspetos estes que se articulam com dimensões da autocompaixão (K. D. Neff & Germer, 2013). Assim, os resultados obtidos reforçam a proximidade conceptual destes construtos e sugerem que a atenção plena poderá

constituir-se como um recurso relevante na promoção de atitudes autocompassivas nas pessoas mais velhas.

A associação entre o traço de atenção plena e a qualidade de vida, sugere que a capacidade de manter uma atitude consciente face à experiência do momento, pode desempenhar um papel relevante na forma como as pessoas mais velhas percecionam e avaliam a sua vida. A atenção plena poderá potenciar maior aceitação das mudanças associadas aos processos de envelhecimento, contribuindo assim, para adaptação mais ajustada às transições próprias desta fase da vida. De acordo com a literatura, a atenção plena está associada a processos de maior e melhor aceitação, flexibilidade e ajustamento adaptativo, em contextos de mudança que muitas vezes podem ser de adversidade (Brown & Ryan, 2003; Keng et al., 2011). Desta forma, a atenção plena parece constituir um recurso psicológico relevante e uma mais-valia na promoção da qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

A associação observada entre a autocompaixão e a qualidade de vida, sugere que a forma como os indivíduos se relacionam consigo próprios perante situações de dificuldade, poderá ter um impacto relevante na perceção da sua qualidade de vida. A autocompaixão, enquanto atitude de compreensão e aceitação perante o próprio sofrimento, poderá funcionar como um recurso protetor e adaptativo perante os desafios associados ao envelhecimento. O modelo de autocompaixão de Neff (2003) sugere que, a capacidade de adotar uma postura de autobondade, de reconhecer a experiência como parte da condição humana e de manter uma atitude equilibrada face às emoções negativas, poderá contribuir para uma visão menos crítica de si mesmo e consequentemente para uma redução do sofrimento psicológico. Estes resultados, são ainda consistentes com estudos que associam a autocompaixão a níveis mais elevados de bem-estar psicológico e ajustamento emocional (K. D. Neff & Germer, 2013) o que reforça o seu papel enquanto recurso relevante na promoção da qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

As análises complementares permitiram aprofundar a compreensão das relações observadas entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida. Observou-se, em particular, que dimensões negativas da autocompaixão, i.e., isolamento e sobre-identificação, se associam de forma consistente a níveis mais baixos de qualidade de vida, sugerindo que, a tendência para se sentir distanciado dos outros ou, ao invés, excessivamente ligado e com dificuldade em manter os seus limites individuais, pode comprometer o ajustamento psicológico na população de pessoas mais velhas. De acordo com Neff (2003), estas dimensões estão associadas a maior vulnerabilidade emocional e sofrimento psicológico.

Por outro lado, dimensões mais adaptativas, i.e., atenção plena e autobondade, tendem a associar-se a níveis mais elevados de qualidade de vida, o que sugere que a capacidade de manter uma atitude equilibrada face às experiências internas e de adotar uma postura de maior compreensão perante o próprio sofrimento, poderá favorecer uma adaptação mais ajustada ao envelhecimento (Phillips & Ferguson, 2013). Adicionalmente, estes padrões revelaram-se evidentes em domínios da qualidade de vida como a autonomia, a participação social, a intimidade e atividades passadas, presentes e futuras, sugerindo que estas áreas são especialmente permeáveis aos processos psicológicos associados à autocompaixão. Os resultados parecem indicar que, atitudes de autocompaixão poderão potenciar maior aceitação das limitações associadas ao envelhecimento (autonomia), promover uma maior abertura às relações sociais (participação e intimidade) e contribuir para uma avaliação mais integrada e positiva das experiências de vida ao longo do tempo (atividades passadas, presentes e futuras).

Os resultados evidenciam que as relações entre as variáveis em estudo e a qualidade de vida é sustentada por processos psicológicos específicos e diferenciados, reforçando a importância de uma análise ao nível dimensional para potenciar uma maior e melhor compreensão do ajustamento psicológico nas pessoas mais velhas.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, os resultados sustentam que apenas o estado civil se associou de forma significativa à qualidade de vida, observando-se níveis mais elevados nos participantes com companheiro. Este resultado pode ser compreendido considerando a importância do suporte social e emocional quando se fala da promoção do bem-estar das pessoas mais velhas, a literatura evidencia o papel das relações próximas na proteção desta população, face ao isolamento e na consequente promoção da qualidade de vida (Pinquart & Sörensen, 2001). A presença de um companheiro poderá constituir uma fonte de apoio emocional, de partilha, de validação e por isso contribuir para uma maior perceção de segurança e pertença, aspetos relevantes numa fase do ciclo vital frequentemente marcada por perdas e mudanças significativas. De acordo com Antonucci et al. (2014), as relações íntimas e significativas desempenham um papel basilar na regulação emocional, na adaptação a eventos de vida adversos e na qualidade de vida das pessoas mais velhas.

No que diz respeito à idade e ao género, não se verificaram diferenças significativas, o que poderá sugerir que, nesta amostra, a qualidade de vida se encontra mais ancorada em fatores psicológicos e relacionais. Este resultado pode ainda refletir alguma homogeneidade da amostra ou indicar que a influência destas variáveis é mediada por outros fatores.

Os resultados obtidos parecem reforçar a ideia da importância dos processos psicológicos e relacionais na compreensão da qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

No que diz respeito à regressão hierárquica e aos seus resultados, estes evidenciam que o traço da atenção plena e a autocompaixão contribuem de forma significativa para a sua predição, para além do contributo das variáveis sociodemográficas. Muito embora o estado civil se mantenha como uma variável relevante, os resultados sugerem que os recursos psicológicos assumem um peso mais determinante na forma como as pessoas mais velhas percecionam e avaliam a sua qualidade de vida, sendo o traço de atenção plena o que apresentou maior contributo explicativo.

A literatura tem vindo a constatar, de uma forma consistente, a importância dos processos psicológicos na adaptação ao envelhecimento, nomeadamente ao nível da regulação emocional, aceitação e construção de significado face às experiências de vida (Carstensen et al., 1999). Mais recentemente a literatura sustenta que a atenção plena esta associada a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, menor afeto negativo e a processos cognitivos mais adaptativos(Tomlinson et al., 2018), que podem assim contribuir para um envelhecimento mais adaptativo (MacAulay et al., 2023). Também a autocompaixão tem sido evidenciada como um recurso psicológico relevante nesta população, estando associada a maior bem-estar emocional e melhor adaptação às mudanças decorrentes do envelhecimento (Allen et al., 2012; Phillips & Ferguson, 2013). Assim, cultivar competências como a autocompaixão ou a atenção plena, podem revelar-se estratégias eficazes, enquanto recursos internos, para lidar de forma mais adaptativa com os desafios associados ao envelhecimento e consequentemente contribuindo para uma perceção mais positiva da qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Paralelamente, as análises complementares realizadas com as subescalas da autocompaixão, sugerem que este não é um contributo uniforme, destacando-se o papel específico de dimensões como o isolamento e a sobre identificação, enquanto indicadores relevantes na explicação da qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Os resultados obtidos sugerem que, intervenções focadas na promoção da atenção plena e da autocompaixão poderão constituir-se como estratégias relevantes para a promoção do ajustamento psicológico e da qualidade de vida das pessoas mais velhas (Maloney et al., 2024; Tavares et al., 2022, 2023)

A associação consistente destas variáveis com a qualidade de vida, bem como o seu contributo significativo na explicação deste construto, para esta população, sugere que a forma como os indivíduos se relacionam consigo próprios e com as experiências internas, assume um papel central na perceção do seu funcionamento ao longo do processo de envelhecimento.

Adicionalmente, a análise de dimensões específicas da autocompaixão permitiu identificar padrões, evidenciando que, processos como o isolamento e a sobre-identificação se associam a pior qualidade de vida, enquanto dimensões mais adaptativas, como a atenção plena ou a autobondade parecem contribuir para uma perceção mais positiva.

Compreender a qualidade de vida nesta população, implica necessariamente considerar, não apenas as circunstâncias de vida, mas sobretudo a forma como são vivenciadas, interpretadas e integradas pelos indivíduos.

Limitações do estudo

Não obstante do contributo deste estudo para um melhor entendimento da qualidade de vida nas pessoas mais velhas, importa considerar algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, o tamanho da amostra, ainda que adequada aos objetivos do estudo, apresenta limitações ao nível da sua dimensão e representatividade, o que poderá condicionar a generalização dos resultados. Acresce ainda a dificuldade de acesso a esta população, uma vez que nem todas as instituições se mostram disponíveis para colaborar em estudos desta natureza e que consequentemente condiciona a diversidade da amostra.

Importa também considerar algumas dificuldades associadas à aplicação dos questionários, nomeadamente ao nível da adequação do vocabulário face à complexidade dos construtos avaliados, que podem condicionar a compreensão do que é esperado enquanto resposta, por parte de alguns participantes. A extensão dos questionários pode igualmente contribuir para níveis de fadiga ao longo da administração e consequentemente influenciar a qualidade das respostas, que podem ser menos refletidas.

Adicionalmente, importa considerar o estado cognitivo de uma parte significativa dos utentes destas instituições que se constitui um critério limitador para a sua inclusão em estudos

científicos uma vez que, o nível de funcionamento cognitivo condiciona a capacidade de resposta aos instrumentos.

O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre variáveis, sendo apenas possível identificar associações entre o traço de atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida.

No que diz respeito às análises realizadas, a elevada intercorrelação entre algumas subescalas da autocompaixão sugere a presença de multicolinearidade, o que limita a interpretação do contributo individual de cada dimensão nos modelos de regressão, devendo estes resultados ser interpretados com a devida cautela.

Por fim, importa referir que a variável relativa à institucionalização não foi considerada nas análises inferenciais, devido à reduzida dimensão de um dos grupos, o que constitui uma limitação ao nível da análise comparativa deste fator.

Perante as limitações identificadas, sugere-se que investigações futuras se desenvolvam em estudos longitudinais que permitam compreender melhor a direção das relações entre a atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida nesta população. Recomenda-se ainda a adaptação de instrumentos mais ajustados às características especificas das pessoas mais velhas, nomeadamente ao nível do vocabulário e da sua extensão.

O aprofundamento destas linhas de investigação poderá contribuir para uma compreensão mais integrada dos processos psicológicos que sustentam a qualidade de vida nas pessoas mais velhas.

Implicações para Estudos Futuros

Perante as limitações identificadas, futuros estudos poderão recorrer a amostras mais alargadas que possam aumentar a representatividade dos resultados. Será também pertinente

desenvolver investigações longitudinais que possibilitem compreender de forma mais aprofundada a direção e evolução da relação entre a atenção plena, a autocompaixão e a qualidade de vida nas pessoas mais velhas e ao longo do processo de envelhecimento.

Adicionalmente, poderá ser relevante a utilização de instrumentos mais adequados às características especificas desta população, nomeadamente ao nível do vocabulário e extensão, de forma a facilitar a compreensão e mitigar os efeitos de fadiga.

Futuras investigações poderão explorar o impacto de variáveis clínicas e de contexto, potencialmente relevantes para a qualidade de vida nas pessoas mais velhas, bem como analisar de forma aprofundada o papel da institucionalização nesta população.

Implicações para a Prática

Os resultados deste estudo, reforçam a pertinência de desenvolver intervenções psicológicas dirigidas às pessoas mais velhas focadas na promoção de competências de regulação emocional, aceitação e relação compassiva consigo próprio.

Adicionalmente, os resultados salientam a importância de integrar abordagens baseadas em mindfulness e autocompaixão em contextos institucionais, contribuindo para a promoção da qualidade de vida no envelhecimento. Há, ainda, um reforço da necessidade de um olhar mais atento às necessidades emocionais e psicológicas das pessoas mais velhas, reconhecendo a relevância da intervenção psicológica junto desta população.

Conclusão

A realização deste estudo, reforça a necessidade de uma promover uma reflexão mais ampla, informada e realista sobre o envelhecimento, particularmente no contexto institucional. Torna-se, por isso, fundamental falar sobre esta realidade de forma clara e fundamentada,

reconhecendo não apenas os desafios e vulnerabilidades associados, mas também a diversidade de experiências que a caracterizam.

Os resultados obtidos, evidenciam a importância dos recursos psicológicos na qualidade de vida das pessoas mais velhas, o que sublinha a necessidade de investir na capacitação dos profissionais e cuidadores que com elas trabalham. Neste sentido, destaca-se a relevância de desenvolver intervenções que promovam competências ao nível da regulação emocional, da comunicação e do cuidado humanizado, bem como a importância de apoiar os cuidadores informais, frequentemente expostos a elevados níveis de desgaste físico e emocional.

Paralelamente, importa considerar os desafios estruturais enfrentados pelas instituições, nomeadamente as IPSS, ao nível da escassez de recursos, humanos, financeiros e materiais, os quais podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, a integração de profissionais de psicologia nas equipas multidisciplinares poderá constituir um contributo relevante para a humanização dos serviços e cuidados prestados, promovendo uma abordagem mais centrada na pessoa e nas suas necessidades emocionais e relacionais.

Adicionalmente, torna-se essencial investir na literacia sobre o envelhecimento, contribuindo para a desconstrução de estereótipos e para a promoção de uma visão mais equilibrada e sobretudo informada desta etapa de vida. Tal implica, não apenas informar a sociedade no geral, mas também envolver as famílias e os próprios indivíduos no processo, promovendo uma maior preparação para o envelhecimento.

Deste modo, a promoção da qualidade de vida nas pessoas mais velhas, exige uma abordagem integrada, que articule fatores individuais, relacionais e de contexto, e que reconheça a responsabilidade partilhada, na construção de respostas mais ajustadas, dignas e humanizadas, de uma realidade que diz respeito a todos.

Referências

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. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082

Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, *54*(1), 82–92. https://doi.org/10.1093/geront/gnt118

Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H., & Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: A systematic review. In *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* (Vol. 16, Number 1, pp. 140–232). Joanna Briggs Institute. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, *15*(4), 289–303. https://doi.org/10.1037/a0025754

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077

Brion, J. M., Leary, M. R., & Drabkin, A. S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, *19*(2), 218–229. https://doi.org/10.1177/1359105312467391

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

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, *54*(3), 165–181. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(9), 856–870. https://doi.org/10.1002/jclp.22187

Constituição Da República Portuguesa, Diário da República nº 86/1976 , Série I de 1976-04-10 (1976). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/1976-502635

Dane, E. (2011). Paying Attention to Mindfulness and Its Effects on Task Performance in the Workplace. *Journal of Management*, *37*(4), 997–1018. https://doi.org/10.1177/0149206310367948

Esteve-Clavero, A., Ayora-Folch, A., Maciá-Soler, L., & Molés-Julio, M. P. (2018). *Fatores associados à qualidade de vida dos idosos Factors associated with the quality of life of older people Factores asociados a la calidad de vida de las personas mayores Autor correspondente*. https://doi.org/10.1590/1982

Ferraz Teston, E., & Marcon, S. S. (2013). Comparative study of quality of life of elderly living in condominiums versus community dwellers. In *Invest Educ Enferm* (Vol. 31, Number 3).

Fiocco, A. J., & Meisner, B. A. (2020). Mindful aging: The association between trait mindfulness and expectations regarding aging among middle-aged and older adults. *Aging and Mental Health*, *24*(4), 591–595. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1544216

Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., Baer, R. A., Brewer, J. A., & Lazar, S. W. (2016). Contemplating Mindfulness at Work: An Integrative Review. *Journal of Management*, *42*(1), 114–142. https://doi.org/10.1177/0149206315617003

Hahn, T. (1976). *The Miracle of Mindfulness*. Beacon Press.

Hamaker, E. L., Nesselroade, J. R., & Molenaar, P. C. M. (2007). The integrated trait–state model. *Journal of Research in Personality*, *41*(2), 295–315. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.04.003

Iacob, V., Carmo, C., Garcês, S., Chiodelli, R., Walach, H., & Neves de Jesus, S. (2025). Validation and psychometric properties of the Portuguese version of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Counselling Psychology Quarterly*, *38*(4), 843–869. https://doi.org/10.1080/09515070.2025.2471336

Jain, S., Bajaj, B., & Singh, A. (2022, February). *Measuring State and Trait Mindfulness at the Workplace: Development and Validation of a Workplace Mindfulness Scale*.

Júnior, E. V. D. S., Cruz, D. P., Silva, C. D. S., Rosa, R. S., Peloso-Carvalho, B. D. M., & Sawada, N. O. (2022). Implicações da depressão na qualidade de vida do idoso: estudo seccional. *Enfermeria Global*, *21*(1), 433–446. https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.485981

Kabat-Zinn, J. (1982). An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*, *4*, 33–47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness.* Delacorte Press.

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 31, Number 6, pp. 1041–1056). https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Kunuroglu, F., & Vural Yuzbasi, D. (2021). Factors Promoting Successful Aging in Turkish Older Adults: Self Compassion, Psychological Resilience, and Attitudes towards Aging. *Journal of Happiness Studies*, *22*(8), 3663–3678. https://doi.org/10.1007/s10902-021-00388-z

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(12), 1445–1467. https://doi.org/10.1002/jclp.20326

Lima, F. (2023). *Estatísticas Demográficas 2022 2 FICHA TÉCNICA*. www.ine.pt,

Lima, J., Ferraz Teston, E., & Marcon, S. S. (2014). *Qualidade de vida de residentes em condomínio exclusivo para idosos*. *40*, 73–80.

Lima, S., Teixeira, L., Esteves, R., Ribeiro, F., Pereira, F., Teixeira, A., & Magalhães, C. (2020). Spirituality and quality of life in older adults: A path analysis model. *BMC Geriatrics*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0

Lutz, A., Chételat, G., Collette, F., Klimecki, O. M., Marchant, N. L., & Gonneaud, J. (2021). The protective effect of mindfulness and compassion meditation practices on ageing: Hypotheses, models and experimental implementation. In *Ageing Research Reviews* (Vol. 72). Elsevier Ireland Ltd. https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101495

MacAulay, R. K., Brown, L. F., & Moore, L. (2023). Mindfulness stress-buffering model of health: implications for successful aging. *Aging and Mental Health*, *27*(8), 1592–1599. https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2107175

Maloney, S., Kock, M., Slaghekke, Y., Radley, L., Lopez-Montoyo, A., Montero-Marin, J., & Kuyken, W. (2024). Target mechanisms of mindfulness-based programmes and practices: A scoping review. In *BMJ Mental Health* (Vol. 27, Number 1). BMJ Publishing Group. https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300955

Neff, K. (2003). *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. 85–101. https://doi.org/10.1080/15298860390129863

Neff, K., & Beretvas, S. N. (2013). The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self and Identity*, *12*(1), 78–98. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to mesure self-compassion. In *Self and Identity* (Vol. 2, pp. 223–250).

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 28–44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

Nogueira, E., Martins, R., Carvalho, N., & Batista, S. (2022). SATISFACTION WITH LIFE PERCEIVED BY THE ELDERLY. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, *2*(Especial 10), 177–184. https://doi.org/10.29352/mill0210e.26873

Oman, D. (2025). Mindfulness for Global Public Health: Critical Analysis and Agenda. *Mindfulness*, *16*(3), 573–612. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02089-5

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Relatório mundial sobre o idadismo. In *Relatório mundial sobre o idadismo*. Pan American Health Organization. https://doi.org/10.37774/9789275724453

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., … UnÜtzer, Jü. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, *392*(10157), 1553–1598. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X

Pereira Vilar, M. M. (2015). *AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS IDOSOS: ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DO WHOQOL-OLD PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA*.

Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(4), 529–539. https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). *Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis PINQUART AND SÖRENSEN INFLUENCES ON LONELINESS*.

Portaria n.º 349/2023 (2023).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. (2024). *Diário da República, 1.ª série PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS*.

Si, T., Xing, G., & Han, Y. (2020). Subjective Cognitive Decline and Related Cognitive Deficits. In *Frontiers in Neurology* (Vol. 11). Frontiers Media S.A. https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00247

Souza Madeira, E., Ramos Machado da Silva, J., Alfradique de Souza, P., Cristina Macedo, E., Magno Carvalho da Silva, C., & Yuji Koike Felix, R. (2022). Quality of life in elderly attend of a social center / Qualidade de vida em idosos integrantes de um centro de convivência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, *14*, 1–7. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11865

Tavares, L. R., Vagos, P., & Xavier, A. (2022). The role of self-compassion in the psychological (mal)adjustment of older adults: A repeated-measures study protocol. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *95*(4), 990–1002. https://doi.org/10.1111/papt.12414

Tavares, L. R., Vagos, P., & Xavier, A. (2023). The role of self-compassion in the psychological (mal)adjustment of older adults: a scoping review. In *International Psychogeriatrics* (Vol. 35, Number 4, pp. 179–192). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/S1041610220001222

Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a Buffer against Homesickness, Depression, and Dissatisfaction in the Transition to College. *Self and Identity*, *12*(3), 278–290. https://doi.org/10.1080/15298868.2012.667913

The Whoqol Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, *46*(12), 1569–1585. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403–1409. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K

Thera, N. (1962). *The_Heart_of_Buddhist_Meditation*. Rider and Company.

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. In *Mindfulness* (Vol. 9, Number 1, pp. 23–43). Springer New York LLC. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6

Varela, A., Nacional de Municípios Portugueses Eleutério Manuel Alves, A., Elias, I., Porfírio, A., Nacional de Freguesias José Pereira Miguel, A., Lopes, M., Festas, N., da Segurança Social, I., Paula Susana Ferreira, I., da Segurança Social Colaborações, D.-G., Alexandre Fernandes, A., Paula Borges, A., Paúl, C., Câmara, G., Monteiro, H., Duarte, J., Luiz

Telles de Almeida, J., Adriana Henriques, M., Amália Botelho, M., … Arriaga, M. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, *40*(8), 1543–1555. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025

WHO. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. www.who.int

WHO. (2020). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*.

WHO. (2021). *DECADE OF HEALTHY AGEING FUNCTIONAL ABILITY INTRINSIC CAPACITY DECADE OF HEALTHY AGEING BASELINE REPORT SUMMARY*. http://apps.who.int/bookorders.

WHO. (2022). *Mental health of older adults*. http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. In *Journal of Clinical Neuroscience* (Vol. 47, pp. 1–5). Churchill Livingstone. https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022