



Qualidade de vida, esperança, autocompaixão e otimismo em pessoas de idade avançada que frequentam a Academia Sénior

ANDRÉ FILIPE DE CAMPOS PINTO

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

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, Novembro de 2021

À minha mãe...

Agradecimentos

Depois do caminho percorrido, cumpre-me agora prestar a devida homenagem a quem ao meu lado lutou, a quem me ajudou a superar pequenas e grandes barreiras, tanto no percurso académico em si, como no processo de realização desta Dissertação de Mestrado, como na vida. Sem eles, não teria conseguido chegar aqui.

À minha mãe, que desde o meu primeiro momento de vida acreditou que sobreviveria ao mundo que se me avizinhava, pela educação que me deu, valores transmitidos, por todas as dificuldades pelas quais passou sozinha para que eu hoje pudesse ser alguém como pessoa e agora como académico e profissional. Obrigado.

Ao meu irmão gêmeo Diogo, a minha metade e sem a qual não vivo, pelo apoio incondicional e por todas as histórias que temos escrito juntos. Obrigado.

À minha avó Lourdes que também me educou, ajudou e apoiou incondicionalmente nos momentos que mais precisei. Nenhuma palavra conseguirá alguma vez pagar o que lhe devo. Obrigado.

À minha tia Paula, sempre disponível para me ouvir, aconselhar e abrigar. Fonte de suporte incondicional que me tem feito crescer e ser uma pessoa melhor. Obrigado.

Ao meu primo-irmão Bruno, pelas palavras, histórias que temos vivido juntos e pelo apoio que me tem dado ao longo da vida. Obrigado.

Aos meus amigos próximos, que me ajudaram a manter motivado durante o processo. Em especial ao Beto, ao Dinis e ao João Monteiro e ao Zé, que estiveram lá quando precisei. Obrigado.

À Professora Isabel Monteiro, pela amizade, conselhos e por me ter permitido fazer Erasmus, algo que nunca esquecerei. Isso e os seus panados. Obrigado.

À equipa com a qual estagiei no CRI de Coimbra e para com a qual estarei para sempre agradecido por tudo o que me ensinaram: Dr.^a Margarida Matos Beja, Dr.^a Conceição Lains, Dr. Renato Silva e Dr. Felisberto. Obrigado.

Aos meus professores pela formação que me deram, valores que transmitiram e pela paciência de me aturarem, por vezes. Obrigado e desculpem.

Ao Instituto Superior Miguel Torga por me ter dado uma oportunidade de formação superior e me cruzou com amigos para a vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Laura Lemos pela paciência, sabedoria, capacidade de trabalho e empenho no processo de realização deste trabalho.

Ao Dr. Diogo Andrade pela ajuda em etapas que, sem ele, não teria ultrapassado.

Resumo

Esta investigação teve como objetivo perceber a relação entre a qualidade de vida, o otimismo, a esperança e autocompaixão em pessoas seniores que frequentam as atividades da Universidade Sénior / Academia Sénior em meio rural e em meio urbano.

A amostra foi composta por 89 pessoas (72 mulheres e 17 homens), com idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos ($M = 72,81$; $DP = 6,26$).

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

Os resultados evidenciam que a amostra é maioritariamente do sexo feminino e tem escolaridade acima da média nacional para a mesma faixa etária. A qualidade de vida mostrou-se maior nas pessoas de idade avançada que frequentam a Academia sénior em meio rural. A qualidade de vida e o otimismo observaram-se maiores naqueles que auferem rendimentos superiores à média nacional nesta faixa etária.

O estudo concluiu que existe uma relação positiva entre as variáveis qualidade de vida, otimismo, esperança e autocompaixão.

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

Abstract

This investigation was aimed to understand the relationship between quality of life, optimism, hope and self-compassion in elder people who attend Senior Academy activities, both in rural and urban areas.

The sample consisted of 89 people (72 women and 17 men), aged between 65 and 89 years old ($M = 72,81$; $DP = 6,26$).

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

The results showed the sample is mostly female and has above average education for the same age group. The quality of life was shown to be higher in elderly people who attend the Senior Academy in rural areas. The quality of life and optimism presented higher levels on those with higher income, above the average portuguese population at that age group.

The study concluded that there is a positive relationship between the variables quality of life, optimism, hope and self-compassion.

Keywords: Quality of life, Ageing, Optimism, Self-Compassion. Hope

Epigrafe

*“Cry aloud. Bold and proud.
Of where I’ve been.
But here I am.
Where I end.”*

“Invincible”, Tool. 2019

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (2018) refere que o envelhecimento é caracterizado por alterações a nível biológico, cognitivo e psicológico, surgindo também associado a transições sociais como a chegada à idade da reforma. É aceite que o envelhecimento potencia situações de vulnerabilidade pelo que é referida a importância de não só serem tomadas em consideração as abordagens que previnem e/ou atenuam possíveis perdas mas também aquelas que reforçam a recuperação, a adaptação e o crescimento psicossocial. Com a chegada à idade da reforma, a rede social (potencial fonte de suporte emocional) tende a tornar-se menos densa e a perda do estatuto profissional pode ter um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa idosa (Azevedo, 2015), sobretudo se não houver um projeto de vida pós-reforma. Assim, a promoção da qualidade de vida da pessoa de idade avançada surge como estratégia relevante, de forma a potenciar maiores níveis de bem-estar psicológico, físico e social.

A Organização Mundial da Saúde (2018) define a qualidade de vida como sendo a perceção individual da sua situação de vida num determinado contexto e sistema de valores, assim como em relação aos objetivos, expectativas e preocupações. Uma pessoa deve ter um certo estado de saúde física e psicológica, ter uma boa relação pessoal com os outros e ter acesso ao suporte social adequado (Rondón, & Navarro, 2018).

De acordo com Onunkwor et al. (2016), a qualidade de vida depende de múltiplos fatores como o suporte social, a atividade física e a saúde. Por outro lado, para outros autores, a qualidade de vida pressupõe um aceitável estado funcional e cognitivo, assim como uma satisfação com os serviços de saúde (Bornet et al., 2017). Entende-se, então, que este é um conceito multifacetado que deve abordar não só a dimensão física e as condições objetivas de vida, mas também outras dimensões como a integração e suporte social, a saúde mental e o bem-estar subjetivo.

Khaje-Bishak et al. (2014), afirmam que a qualidade de vida na pessoa de idade avançada é, com frequência, baixa em comparação com outros segmentos populacionais pois serão mais vulneráveis a perturbações físicas e mentais. No entanto, há autores que referem que se as circunstâncias de vida e a saúde não declinarem, a qualidade de vida tende a manter-se estável ao longo do processo de envelhecimento (Whal et al., 2007).

O recurso a instituições apropriadas às necessidades de cada indivíduo poderá constituir-se como um fator crucial na promoção da qualidade de vida (OMS; 2018).

A forma como o sujeito percebe e encara os desafios que se lhe colocam poderá ter impacto na sua saúde mental e qualidade de vida. O otimismo é o aspeto ou a característica de se ser positivo, expectante ou esperançoso por um futuro melhor. A psicologia social construtivista tenta estabelecer o impacto profundo que a positividade tem vindo a ter no bem-estar psicológico. Os estudos mostram que tendo uma atitude positiva, o sujeito pode ter o potencial de melhorar a sua saúde. Assim, o otimismo será um elemento importante, especialmente na população envelhecida. De acordo com a perspetiva de Ashish e Ghufraan (2016), a população sénior que vive com as suas famílias, tende a ter uma atitude mais positiva do que tem vindo a ser estabelecido como um fator de promoção do seu bem-estar.

O estudo de Carver e Scheier (2014) permitiu concluir que os indivíduos que residem num ambiente familiar disfrutam da companhia que os faz ficar mais entusiasmados perante a vida.

Existem autores, porém, que criticam tal argumento notando que não é possível determinar se o estado comportamental da população sénior não-institucionalizada difere consoante o local onde reside (Sutipan et al., 2017). Quanto a isto é interessante frisar o estudo de Bockerman et al. (2012) que concluiu que algumas pessoas que vivem em residências para população sénior reportam um nível significativamente elevado de bem-estar situacional comparativamente com aqueles que residem em casa.

Os estudos confirmam uma relação entre ter uma atitude positiva e o bem-estar da população sénior. Carver e Scheier (2014) argumentam que a importância do otimismo não pode ser ignorada porque, com base na sua situação de vida, a positividade normativa parece ser uma variável importante no bem-estar das pessoas idosas. Isto quer dizer que as pessoas quando questionadas vêem a positividade como uma importante ferramenta para a sua vida.

Por sua vez, Wrosch et al. (2017) defendem que ao longo das fases iniciais da idade adulta avançada, a positividade normativa fornece proteção contribuindo para o bem-estar psicológico. Por outro lado, segundo os mesmos autores, o efeito da positividade disposicional tende a diminuir conforme o sujeito vai envelhecendo.

No estudo de Hurley e Kwon (2013) verifica-se que a capacidade de se ser otimista tende a tornar-se relevante quando acontecimentos menos benéficos são experimentados. Resumidamente, ser otimista pode ter influência na saúde e efeito inibitório dos sentimentos negativos.

Neste contexto, a esperança surge como um constructo igualmente relevante quando estudamos a população idosa. A esperança é o estado de se sentir otimista e entusiasmado, especialmente por conquistas de vida e expectativas. Barros (2010) caracteriza a esperança como sendo um fenómeno psicológico muito importante no processo de envelhecimento, caracterizado pela convicção de que os desejos poderão ser atingidos, mesmo na ausência de elementos que certifiquem que o indivíduo seja emocionalmente capaz.

Brooks et al., (2018) conduziram uma investigação que concluiu que a esperança das pessoas diminui à medida que vão envelhecendo especialmente quando as probabilidades de cumprir sonhos e de se atualizarem diminui. A falta de pensamento positivo causada pela falha em atualizar os seus sonhos, pode resultar em défices de autocuidado, sentimentos de desespero e desesperança (Brooks et al., 2018). Assim, a falta de esperança está associada a fatores precipitantes associados à população sénior não institucionalizada, como por exemplo, a negligência social por parte de membros da família, incapacidade de conduzir atividades de autocuidado, diminuição dos processos metabólicos e experiências de vida negativas que resultam em problemas psicológicos e de saúde (Wittman-Vieira et al., 2018).

De acordo com West et al. (2015), a colaboração mútua entre seniores, membros da família e quem fornece cuidados de saúde (profissões relacionadas com a geriatria) é essencial para o aumento do bem-estar da população sénior, pois dá-lhes esperança e de permanecerem positivos.

Jacquin-Piques et al. (2016) concluíram que a esperança abre as portas da possibilidade impulsionando boa saúde mental. Acredita-se que a esperança, autocontrolo mental e o desejo de se ter uma perceção genuína dos objetivos é uma linha base motivacional para que a população sénior desenvolva um comportamento de autocuidado.

Num outro estudo realizado por Wittmann-Vieira (2018) verifica-se que as pessoas que permanecem esperançosas têm uma melhor performance na forma como lidam com as doenças potencialmente fatais, além disto, observa-se uma melhoria na sua vida de forma generalizada. Sendo a crença e a expectativa os elementos primários da fé, a esperança pode de alguma forma reduzir a dor nas pessoas com doenças graves (Wittmann-Vieira et al., 2018).

No contexto em que este estudo se insere, mostra-se fundamental a abordagem ao constructo da autocompaixão que nos últimos anos se tem mostrado um fator

importante para um envelhecimento saudável. O conceito de autocompaixão tem raízes no pensamento budista e remete para uma compreensão da natureza do eu e do ser humano (Castilho & Gouveia, 2011). Este conceito está relacionado com a forma como nos relacionamos connosco próprios, sem autoavaliações, seja em contexto pessoal ou sob comparações sociais (Neff, 2003; 2016).

Allen e Leary (2013) discutiram a possibilidade de que, tendo um elevado grau de compaixão para consigo mesmo, a pessoa poderá ter maior capacidade de persistir às várias adversidades a que pode estar sujeito. Desta forma, o sujeito culpabiliza-se menos pelos comportamentos dos outros e não tende a autoavaliar-se negativamente a cada falha, ou a cada obstáculo encontrado na sua vida.

Por sua vez, Neff (2003) refere a importância de componentes associados à auto compaixão que, embora diferentes, se interligam e interagem entre si: calor/compreensão (autobondade) *versus* autocrítica (autocriticismo): também designada como bondade pelo próprio consiste na tendência apresentada pelo sujeito para ser caloroso, compreensivo e amável para com o próprio, ao invés de ser duro, julgador e crítico (Fontinha, 2009); sentimentos de condição humana (humanidade) *versus* isolamento: situa-se como o reconhecimento de que todas as pessoas podem falhar e cometer erros em diversas situações. Desta forma, o sujeito consciente disso reforça os sentimentos de ligação e conexão com os outros, podendo minimizar possíveis sentimentos de isolamento (Fontinha, 2009); e *mindfulness versus* sobreidentificação: a prática de *mindfulness* permite ao sujeito uma maior atenção ao que está a acontecer no presente, ao invés de pensamentos e recordações do passado (Barros, 2012).

A sobreidentificação representa o *eu* do sujeito que emerge nas suas reações emocionais subjetivas.

O distanciamento da situação torna-se difícil, assim como a adoção de uma perspetiva mais objetiva (Bennet-Goleman, 2001).

De acordo com o exposto acima, verifica-se que na atualidade, envelhecer é um processo que pode potenciar vulnerabilidades na vida da pessoa sénior e da sua integração na sociedade. Assim, maiores níveis de autocompaixão por parte da pessoa sénior poderão surgir como uma influência positiva de forma a manter a autoestima e agregar um maior significado à sua vida.

Da mesma forma que surgem mudanças demográficas, a família também sofre alterações. Segundo as estatísticas do INE (2011), as famílias de grandes dimensões têm vindo a diminuir, comparativamente com as famílias constituídas por uma ou duas

peças. Desta forma, surgem transformações no seio da família, que alteram a estrutura de apoio aos seus membros. Assim, os apoios comunitários representam um suporte fundamental às famílias e às pessoas seniores (Pereira, 2012). Promover a atividade e a ligação interpessoal surge, assim, como um fator importante para uma vida com qualidade do sujeito sénior.

As Academias Seniores podem apresentar-se como um possível fator influenciador contra o isolamento nesta fase da vida. “A (...) *Academia Sénior é qualquer instituição que ministre ensino informal (não carece de avaliação), direcionado para quem se encontra na idade da reforma... e têm como objetivos, entre outros, a promoção, a valorização e a integração do idoso,... o contacto com a realidade a dinâmica social e a ocupação dos tempos livres,... o evitar o isolamento e a marginalização*” (Veloso, 2006, p. 3).

As Academias Sénior constituem um modelo de formação de adultos com muito sucesso a nível mundial. Proporciona um grande leque de atividades culturais, recreativas, científicas assim como motivação e aprendizagem, dando primazia à divulgação cultural e convívio social (Jacob, 2007), constituindo-se como potencial fonte de suporte emocional e social, revelando-se também importante na manutenção de uma vida ativa do ponto de vista cognitivo, social e funcional.

O modelo seguido por estas instituições centra-se numa proposta pedagógica que promove o conceito de educação permanente, atualização de conhecimentos e exercício de cidadania. Tal princípio está expresso não na exigência de pré-requisitos formais necessários para o aluno sénior se inscrever (na existência de provas, exames, trabalhos escritos, etc.), mas na busca de alargar o seu horizonte cultural, o seu crescimento como pessoa, de uma melhor compreensão do mundo em que vive e de um conhecimento mais profundo dos outros e de si, assim perspetivando um convívio saudável, contribuindo para a qualidade de vida (Neto, 2008).

De acordo com o exposto, este estudo tem como objetivo geral perceber qual a relação entre a qualidade de vida, a esperança, o otimismo e a autocompaixão nas pessoas seniores que frequentam a Academia Sénior, nos concelhos de Tábua (zona rural) e Coimbra (zona urbana).

Como objetivos específicos pretende-se:

- a) Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos;

- b) Entender se existe relação entre o otimismo, a esperança, a autocompaixão e a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas;
- c) Avaliar se o local de avaliação se relaciona com os níveis de qualidade de vida, otimismo, esperança e autocompaixão;

Métodos

Participantes

A pesquisa foi desenvolvida com pessoas seniores intervenientes em atividades realizadas na vila de Tábua (Academia Sénior de Tábua) e na cidade de Coimbra (APOSÉNIOR), numa amostra total de 136 pessoas seniores (o número inicial de pessoas quando iniciámos este estudo). Destas, apenas 89 integraram o estudo e 47 foram excluídos devido a recusa na participação, défice cognitivo grave (MoCA < 7) ou falta de comparência – definidos como critérios de exclusão. Foram avaliados indivíduos entre os 65 e os 89 anos de idade, residentes na comunidade e com frequência na Academia Sénior, tendo sido utilizada a técnica de amostragem por conveniência.

Dos 89 indivíduos, 56 localizavam-se na vila de Tábua e participavam em atividades na Academia Sénior e 33 localizados na cidade de Coimbra, participando em atividades da Universidade Sénior na associação APOSENIOR. A amostra que se encontra em Tábua desenvolve atividades da Academia distribuídas por varias instituições do município, alargadas pelas varias freguesias do concelho, promovendo a mobilidade e a participação pública de voluntariado. Os sujeitos avaliados e pertencentes à cidade de Coimbra desenvolvem atividades no centro APOSÉNIOR mas de igual forma na escola publica próxima. A sua localização dispõe de serviços alargados à comunidade em geral como transportes públicos, farmácias, escola e centro cultural.

Procedimentos

O presente estudo inseriu-se no Projeto “Trajetórias do Envelhecimento” do Instituto Superior Miguel Torga, aprovado pela Comissão de Ética (DI&D – ISMT/2 - 2013). Para realizarmos esta investigação, foram precisas várias autorizações prévias, nomeadamente o consentimento dos autores das escalas utilizadas, o pedido de autorização às instituições para a participação dos utentes na investigação, tendo sido

agendadas e realizadas reuniões, no sentido de explicar o objetivo deste estudo, assim como o consentimento informado dos indivíduos para a participação no estudo, sendo que estes foram informados dos objetivos e da confidencialidade dos dados, assim como do direito de acesso aos resultados.

O pedido de autorização para a recolha de dados foi feito à Câmara Municipal de Tábua, na pessoa do Sr. Vereador da Cultura Dr. António Oliveira e à coordenadora da Academia Sénior, Chefe do serviço de Ação Social da Câmara Municipal de Tábua Dr.^a Paula Duarte; foi também pedida autorização à responsável pelas atividades na APOSENIOR Dr.^a Ana Rita Simões. O agendamento dos dias para a recolha dos dados foi feito tendo em conta a disponibilidade de cada indivíduo assim como das instituições. A aplicação dos instrumentos decorreu entre 21 de Outubro de 2019 e 19 de Fevereiro de 2020, nas duas instituições, sendo que cada pessoa foi avaliada individualmente ($n = 89$). Os questionários foram lidos e preenchidos pelo investigador (com exceção do questionário sociodemográfico, preenchido pelos sujeitos), demorando o seu preenchimento cerca de 30 minutos.

A variável sociodemográfica “Rendimentos” foi agrupada naqueles que auferem “mais de 800 euros” e aqueles que auferem “menos de 800 euros”, tendo por base a conclusão do estudo elaborado por um conjunto de Investigadores da Universidade de Lisboa, publicado em livro com o título “Rendimento adequado em Portugal – um estudo sobre o rendimento suficiente para viver com dignidade em Portugal” (Pereirinha et al. 2020), que definiu este valor como limiar para uma vida em dignidade.

O agrupamento da variável “Idade” (em “Novos Velhos” e “Velhos Velhos”) teve por base a perspetiva cronológica do envelhecimento (Olds & Feldman, 2006), onde os sujeitos dos 65 anos aos 74 anos de idade são referidos como “Novos Velhos” e aqueles que têm entre 75 e 84 anos de idade são referidos como “Velhos Velhos”.

A variável “Escolaridade” foi agrupada naqueles que possuíam o 3º Ciclo e naqueles que obtinham um grau académico de Ensino Secundário ou superior, uma vez que não existia nenhum sujeito com escolaridade abaixo do 3º Ciclo.

Procedeu-se, então, ao tratamento dos dados, utilizando o programa estatístico IBM SPSS Statistics (versão 26.0 para MacOS).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. O questionário sociodemográfico foi organizado com o intuito de recolher dados essenciais para o estudo tal como a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, os rendimentos, se toma medicação, com quem vive e percepção da saúde.

Montreal Cognitive Assessment. (Nasreddine et al., 2005; tradução, adaptação e validação portuguesa de Freitas et al., 2011), é um teste indicado para fazer um rastreio breve da função cognitiva, capaz de detetar formas ligeiras de défice cognitivo. A sua administração demora apenas 15 minutos e avalia domínios como funções executivas, capacidade viso espacial, memória a curto prazo, linguagem, atenção, concentração, memória de trabalho e orientação temporal e espacial. A sua pontuação varia entre 0 e 30 pontos sendo que pontuações mais elevadas indicam melhor desempenho cognitivo. No estudo português o Alpha de Cronbach foi de 0,90 (Freitas, 2010). Este estudo apresentou um *alfa* de Cronbach foi de 0,94.

Escala de Esperança (Oliveira-Barros, 2003, p. 92 cit in Oliveira (2010)) tem como objetivo “*diagnosticar e promover a esperança*” e é constituída por seis itens repartidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, sendo 1. Totalmente em desacordo e 5 Totalmente de acordo”. A consistência interna que se verificou pelo autor através do coeficiente *alfa* de Cronbach foi considerada boa ($\alpha = .80$) A escala sobre a esperança é cotada através da soma das respostas dadas anteriormente, com um mínimo de 6 pontos e um máximo de 30. Uma pontuação inferior a 15 representa pouca esperança e acima ou igual a 15 sinaliza maior esperança. Obtivemos neste estudo um *alfa* de Cronbach de 0,92.

Escala de Otimismo (Barros, 1998) tem como objetivo caracterizar o otimismo disposicional (pessoal) do sujeito face ao mundo. Esta é uma escala composta por quatro itens numa só dimensão, respondidos numa escala tipo *Lickert* em que 1 significa “totalmente em desacordo” e 5 “totalmente de acordo. No estudo português de Inocêncio (2013), o *alfa* de Cronbach foi de 0,75. No estudo presente, o *alfa* foi de 0,85.

Self-Compassion Scale (SELFCS; Neff 2003, tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia & Castilho 2006) é uma escala de autorrelato composta por 26 itens, divididos nas seis subescalas seguintes: Autobondade (5; 12; 19; 23; 26), Autocríticismo

(1; 8; 11; 16; 21), Humanidade (3; 7; 10; 15), Isolamento (4; 13; 18; 25), Mindfulness (9; 14; 17; 22), e Sobre identificação (2; 6; 20; 24). As respostas são dadas numa escala tipo Lickert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre) sendo que quanto mais pontuação mais presença de autocompaixão. No estudo de Neff (2003) a consistência interna das escalas apresentou-se entre moderada a boa: Autobondade (α de Cronbach = 0,78), autocríticismo (α de Cronbach = 0,77), Humanidade (α de Cronbach = 0,80), Isolamento (α de Cronbach = 0,79), mindfulness (α de Cronbach = 0,75) sobreidentificação (α de Cronbach = 0,81). No estudo original o alfa da escala total foi de 0,92. No estudo português as consistências internas (α de Cronbach) foram igualmente entre moderadas e boas (0,89 para a escala total). Nesta investigação, o *alfa* foi de 0,86 para a escala total da SELFCS

World Health Organization Quality Of Life Instrument - O WHOQOL-Bref (2006), consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100 (OMS) mas que, no entanto, possui características psicométricas igualmente satisfatórias. A prova é constituída por 26 itens onde dois questionam a perceção geral de saúde e qualidade de vida, e os restantes 24 distribuem-se em quatro domínios. O domínio Físico é composto por sete questões (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação e tratamento e capacidade de trabalho), o domínio Psicológico contem seis questões (sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade / religião / crenças pessoais), o domínio relações sociais com 3 questões (relações pessoais, apoio social e atividade sexual) e por último o domínio Ambiente com oito questões (segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte). As respostas são dadas numa escala tipo likert de cinco pontos e para a pontuação faz-se o somatório das mesmas. Quanto mais elevadas a pontuação melhor a perceção de qualidade de vida.

A validação portuguesa do WHOQOL-Bref revelou coeficientes de Alfa de Cronbach que variavam entre 0,64 para o domínio 3 (Relações Sociais) , 0,87 para o domínio 1 (Físico) e 0,88 para o Domínio Geral (Serra et al., 2006). O coeficiente *alfa* de Cronbach, na presente amostra, apresentou os seguintes valores: 0,87 no domínio Geral; 0,89 no domínio Físico; 0,93 no domínio Psicológico; 0,64 no domínio Relações Sociais; 0,87 no

domínio Ambiente.

Análise Estatística

Procedeu-se em primeiro lugar à análise exploratória dos dados, incidida sobre as frequências absoluta (n) e a relativa (%) para as variáveis qualitativas, sobre a média (M), o desvio padrão (DP) e os valores mínimo (Min) e máximo (Max). Foi analisada a normalidade da distribuição da amostra, calculada através do teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para assegurar a não violação dos pressupostos de uma distribuição normal, nas variáveis cuja distribuição foi não normal, e apesar de n ser superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2008), utilizou-se o método de Templeton (2011) para a normalização da distribuição dos valores. Foi assim feita uma análise da consistência interna, através do alfa de Cronbach, *testes-t de Student* para comparar grupos, no sentido de verificar se existem ou não diferenças significativas e ANOVA. Nas variáveis quantitativas (as subescalas do WHOQOL, da SELFCS, da Escala da Esperança e da Escala do Otimismo), a comparação entre dois grupos (em função do sexo: masculino ou feminino; em função da idade: novos velhos e velhos velhos; em função do local de avaliação: UST e APOSEN; em função da toma de medicação: toma medicação e não toma medicação, em função do estado civil: com companheiro/a e sem companheiro/a e em função dos rendimentos: abaixo dos 800 euros e acima dos 800 euros), foi efetuada pelo teste t de *Student* para amostras independentes sempre nos dois grupos; a comparação entre três grupos (em função da escolaridade: 3º ciclo, ensino secundário e Licenciatura; e em função de com quem vive: sozinho, esposo/esposa e outros familiares) foi efetuada pela realização da ANOVA. O estudo da correlação foi realizado pelo coeficiente de *Pearson* (variáveis com distribuição normal). Foi utilizada a *One-Way* ANOVA já que a distribuição é normal e este tipo de teste é paramétrico e serve para comparar o *score* da RSES com um fator, sendo este o grau de instrução.

Resultados

A amostra final contou com 89 indivíduos, dos quais 17 do sexo masculino (19,1%) e 72 do sexo feminino (80,9%) com idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos ($M = 72,81$; $DP = 6,26$). As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica e clínica da Amostra (N=89)*

		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	17	19,1
	Feminino	72	80,9
Idade (<i>M</i> = 72,81; <i>DP</i> = 6,26)	Novos Velhos	78	87,6
	Velhos Velhos	11	12,4
Estado Civil	Com companheiro/a	58	65,2
	Sem companheiro/a	31	34,8
Escolaridade	3º Ciclo	11	12,4
	Ensino Secundário ou superior	78	87,6
Local Avaliação	UST	56	62,9
	APOSEN	33	37,1
Medicação	Toma	70	78,7
	Não Toma	19	23,5
Tem filhos	Sim	55	61,8
	Não	34	38,2
Rendimentos	Menos 800 euros	39	34,8
	Mais de 800 euros	50	56,2
Habitação	Própria	60	67,4
	Arrendada	29	32,6
Com quem vive	Sozinho	10	7,9
	Esposo/esposa	58	82,0
	Outros Familiares	21	10,1
Perceção da saúde	Boa	58	65,2
	Suficiente	25	28,1
	Fraca	6	6,7
Tem doença crónica?	Sim	72	80,9
	Não	17	19,1

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

Na tabela 2 estão representadas as pontuações médias e os desvios-padrão correspondentes às subescalas do WHOQOL-Bref, às subescalas do SELFCS, à Escala de Otimismo e à Escala de Esperança.

Na escala da Qualidade de Vida, a subescala do Domínio Psicológico ($M = 74,42$; $DP = 19,13$) e o Domínio das Relações Sociais ($M = 74,06$; $DP = 16,92$) foram as que apresentaram a pontuação mais elevada. Na escala da Autocompaixão, a subescala Calor-Compreensão destacou-se por apresentar pontuação mais elevada ($M = 4,08$; $DP = 0,55$), enquanto a subescala Isolamento foi a que apresentou uma média inferior ($M = 1,65$; $DP = 0,64$). Na escala da Esperança, a pontuação média foi de 22,64 ($DP = 5,16$) enquanto que a escala do Otimismo apresentou uma média de 15,14 ($DP = 2,16$).

Tabela 2

Média e Desvio Padrão da *Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)*, *Autocompaixão (SELFCS)*, *Otimismo (Escala de Otimismo)*, *Esperança (Escala de Esperança)*, e *Espiritualidade (Escala de Espiritualidade)* em pessoas seniores não institucionalizadas ($N=89$)

Instrumentos	Subescalas	M	DP	Min	Máx
WHOQOL-BREF	Domínio Geral	71,28	8,78	50,02	90
	Domínio Físico	73,52	19,51	28,57	100
	Domínio Psicológico	74,42	19,13	34,1	100
	Domínio Relações Sociais	74,06	16,92	41,67	100
	Domínio Meio-Ambiente	64,61	18,50	21,88	96,88
SELFCS	SELFCS Total	2,83	0,24	2,38	3,54
	Calor-Compreensão (Autobondade)	4,08	0,55	2,80	4,80
	Autocrítica	2,09	0,59	1,40	3,20
	Condição Humana	4,01	0,84	2,50	5,00
	Isolamento	1,65	0,64	1,00	3,00
	Mindfulness	3,14	0,72	2,00	4,25
	Sobreidentificação	1,88	0,61	1,00	3,00
ESPERANÇA	-----	22,64	5,16	7,00	30,00
OTIMISMO	-----	15,14	2,16	12,00	19,00

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos; Min = Mínimos; Máx: Máximos

Na tabela 3, verificamos as diferenças nas pontuações do WHOQOL-Bref entre os grupos que foram definidos pelas variáveis sociodemográficas através do *Teste t de Student* para as amostras independentes ou análise de variância (ANOVA). Quanto ao domínio geral do WHOQOL-BREF, este mostrou diferenças significativas em função do local de avaliação, onde as pessoas avaliadas na Academia Sénior de Tábua obtiveram pontuações mais elevadas ($M = 73,85$; $DP = 8,97$), assim como em função do estado civil, onde as pessoas sem companheiro pontuaram médias mais elevadas ($M = 74,28$; $DP = 7,77$). Pode observar-se que houve diferenças estatisticamente significativas no domínio físico do WHOQOL-Bref em função do rendimento, onde as pontuações mais altas ocorreram em pessoas com rendimentos acima dos 800 euros ($M = 78,07$; $DP = 16,81$). No que diz respeito ao domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref existem diferenças significativas em função dos rendimentos, com a pontuação mais elevada para pessoas com rendimentos acima dos 800 euros ($M = 68,56$; $DP = 16,52$).

Tabela 3

Comparação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N=89)

		Domínio Geral		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
		M	DP								
Sexo	Masculino	69,01	7,49	73,53	22,38	73,53	18,79	78,92	18,66	63,60	18,29
	Feminino	71,81	9,02	73,51	18,95	73,41	19,35	72,92	16,41	64,84	18,67
<i>t Student (t; d)</i>		(-1,18 ^{NS} ;0,00)		(0,003 ^{NS} ;0,00)		(0,02 ^{NS} ;0,03)		(1,32 ^{NS} ;0,34)		(-0,24 ^{NS} ;0,06)	
Idade	Novos Velhos	71,20	9,21	72,66	20,06	72,34	19,12	73,50	16,21	64,02	19,16
	Velhos Velhos	71,80	4,99	79,54	14,38	81,22	18,18	78,03	21,81	68,75	12,80
<i>t Student (t; d)</i>		(-0,20 ^{NS} ;0,01)		(-1,09 ^{NS} ;0,39)		(-1,45 ^{NS} ;0,48)		(-0,82 ^{NS} ;0,23)		(-0,79 ^{NS} ;0,29)	
Estado Civil	Com companheiro/a	69,67	8,93	71,24	20,19	72,17	20,66	73,70	15,28	64,06	19,85
	Sem Companheiro/a	74,28	7,77	77,76	17,70	75,80	15,92	74,73	19,89	65,62	15,93
<i>t Student (t; d)</i>		(2,52 [*] ;0,42)		(1,51 ^{NS} ;0,36)		(0,92 ^{NS} ;0,20)		(0,25 ^{NS} ;0,01)		(0,37 ^{NS} ;0,08)	
Escolaridade	3º Ciclo	72,51	11,60	69,80	22,66	72,25	23,69	75,00	16,24	64,49	20,22
	Ensino Secundário ou superior	71,10	8,39	74,04	19,14	73,60	18,58	73,93	17,11	64,62	18,39
<i>t Student (t; d)</i>		(0,49 ^{NS} ;0,01)		(-0,67 ^{NS} ;0,02)		(-0,22 ^{NS} ;0,00)		(0,19 ^{NS} ;0,00)		(-0,02 ^{NS} ;0,00)	
Local Avaliação	UST	73,85	8,97	73,53	20,14	73,62	19,52	73,81	16,16	64,73	19,15
	APOSEN	69,76	8,38	73,48	18,71	73,32	18,75	74,49	18,39	64,39	17,64
<i>t Student (t; d)</i>		(2,16 [*] ;0,44)		(-0,01 ^{NS} ;0,00)		(0,07 ^{NS} ;0,05)		(0,18 ^{NS} ;0,03)		(-0,08 ^{NS} ;0,01)	
Medicação	Toma	71,17	10,35	70,68	20,36	71,86	20,63	67,54	14,13	61,02	20,21
	Não Toma	71,31	8,39	74,28	19,36	73,87	18,84	75,83	17,27	65,58	18,05
<i>t Student (t; d)</i>		(0,06 ^{NS} ;0,03)		(0,71 ^{NS} ;0,18)		(0,40 ^{NS} ;0,14)		(1,92 ^{NS} ;0,52)		(0,95 ^{NS} ;0,23)	
Com quem vive	Sozinho	72,90	11,60	69,38	24,38	71,08	22,15	72,61	22,42	58,48	21,17
	Esposo/esposa	70,90	8,64	73,72	19,55	73,86	19,38	75,11	16,40	65,24	18,79
	Outros Familiares	73,06	8,26	75,00	16,84	71,82	16,33	66,66	16,66	64,23	14,66
<i>ANOVA (F; η²)</i>		(0,37 ^{NS} ;0,01)		(0,18 ^{NS} ;0,00)		(0,10 ^{NS} ;0,00)		(1,02 ^{NS} ;0,02)		(0,42 ^{NS} ;0,01)	
Rendimentos	Mais 800 euros	72,29	8,18	78,07	16,81	76,32	19,54	73,83	18,21	68,56	16,52
	Menos 800 euros	69,99	9,45	67,67	21,33	69,74	18,18	74,36	15,34	59,53	19,85
<i>t Student (t; d)</i>		(-1,22 ^{NS} ;0,25)		(-2,57 [*] ;0,55)		(-1,62 ^{NS} ;0,33)		(0,14 ^{NS} ;0,01)		(-2,34 [*] ;0,48)	

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student; d = d de Cohen; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 NS = Não significativo η² = eta quadrado

Na tabela 4 observamos as diferenças nas pontuações da SELFCS entre grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas pelo teste *t de Student* para as amostras independentes e pela análise de variância (*ANOVA*). Podemos verificar que, quanto aos constructos da SELFCS, estes não variaram de forma estatisticamente significativa em função dos dados sociodemográficos recolhidos.

Tabela 4

Comparação da autocompaixão (SELFCS) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N=89)

		Total		Autobondade		Autocriticismo		Humanidade		Isolamento		Mindfulness		Sobreidentificação	
		M	DP												
Sexo	Masculino	2,75	0,15	4,08	0,72	2,03	0,61	3,85	0,90	1,68	0,72	2,85	0,71	1,87	0,64
	Feminino	2,84	0,25	4,08	0,50	2,10	0,59	4,05	0,82	1,65	0,62	3,21	0,70	1,89	0,61
<i>t Student (t;d)</i>		(-2,02 ^{NS} ; 0,43)		(-0,00 ^{NS} ; 0,09)		(-0,42 ^{NS} ; 0,30)		(-0,87 ^{NS} ; 0,22)		(0,17 ^{NS} ; 0,12)		(-1,87 ^{NS} ; 0,50)		(-0,10 ^{NS} ; 0,02)	
Idade	Novos	2,81	0,22	4,09	0,52	2,05	0,57	3,98	0,83	1,62	0,61	3,14	0,70	1,84	0,58
	Velhos	2,98	0,31	4,02	0,73	2,38	0,69	4,18	0,89	1,91	0,78	3,11	0,85	2,16	0,77
	Velhos														
<i>t Student (t;d)</i>		(-2,27 ^{NS} ; 0,56)		(-0,42 ^{NS} ; 0,03)		(-1,77 ^{NS} ; 0,63)		(-0,72 ^{NS} ; 0,22)		(-1,44 ^{NS} ; 0,38)		(0,13 ^{NS} ; 0,03)		(-1,62 ^{NS} ; 0,46)	
Estado Civil	Com Comp.º	2,80	0,24	4,11	0,52	2,00	0,57	4,08	0,82	1,59	0,62	3,14	0,73	1,80	0,61
	Sem Comp.º	2,88	0,22	4,04	0,59	2,26	0,60	3,89	0,86	1,77	0,66	3,15	0,70	2,02	0,61
<i>t Student (t;d)</i>		(1,36 ^{NS} ; 0,33)		(-0,56 ^{NS} ; 0,10)		(1,99 ^{NS} ; 0,12)		(-1,02 ^{NS} ; 0,22)		(1,34 ^{NS} ; 0,26)		(0,05 ^{NS} ; 0,01)		(1,62 ^{NS} ; 0,35)	
Escolaridade	3º Ciclo	2,84	0,20	4,31	0,58	1,85	0,56	4,36	0,77	1,45	0,58	3,36	0,82	1,55	0,64
	Ensino Secundário	2,83	0,24	4,05	0,54	2,12	0,60	3,96	0,84	1,68	0,64	3,10	0,69	1,93	0,60
<i>t Student (t;d)</i>		(0,06 ^{NS} ; 0,00)		(-1,42 ^{NS} ; 0,05)		(-1,10 ^{NS} ; 0,00)		(-1,98 ^{NS} ; 0,04)		(1,48 ^{NS} ; 0,02)		(1,50 ^{NS} ; 0,03)		(1,10 ^{NS} ; 0,06)	
Local Avaliação	UST	2,84	0,23	4,07	0,54	2,10	0,60	3,98	0,81	1,69	0,66	3,16	0,72	1,88	0,59
	APOSEN	2,82	0,24	4,10	0,56	2,07	0,58	4,06	0,88	1,59	0,66	3,11	0,72	1,88	0,63
<i>t Student (t;d)</i>		(-0,25 ^{NS} ; 0,01)		(-0,28 ^{NS} ; 0,06)		(-0,69 ^{NS} ; 0,06)		(-0,38 ^{NS} ; 0,09)		(0,26 ^{NS} ; 0,19)		(0,42 ^{NS} ; 0,07)		(-0,34 ^{NS} ; 0,00)	
Medicação	Toma	2,84	0,21	4,12	0,48	2,01	0,54	4,14	0,85	1,54	0,58	3,22	0,74	1,88	0,50
	Não Toma	2,83	0,24	4,07	0,56	2,11	0,61	3,98	0,84	1,68	0,65	3,12	0,71	1,88	0,64
<i>t Student (t;d)</i>		(-0,14 ^{NS} ; 0,10)		(0,66 ^{NS} ; 0,02)		(0,86 ^{NS} ; 0,36)		(0,00 ^{NS} ; 0,19)		(0,29 ^{NS} ; 0,22)		(-0,78 ^{NS} ; 0,14)		(0,57 ^{NS} ; 0,00)	
Com quem vive	Sozinho	66,43	4,89	20,05	3,12	6,71	1,25	14,71	3,73	20,64	3,40	12,43	3,10	6,57	3,41
	Esposo/a	70,68	5,69	20,50	2,39	7,70	1,09	16,04	3,31	20,51	2,42	12,62	2,85	7,60	2,37
	Outros Familiares	71,68	4,70	20,33	2,94	8,33	1,58	17,11	3,33	20,68	2,94	12,22	3,07	7,67	2,45
ANOVA (F; η^2)		(2,12 ^{NS} ; 0,05)		(0,11 ^{NS} ; 0,00)		(3,89 ^{NS} ; 0,08)		(1,01 ^{NS} ; 0,02)		(1,01 ^{NS} ; 0,11)		(0,08 ^{NS} ; 0,00)		(0,58 ^{NS} ; 0,01)	
Rendimentos	Mais 800 euros	2,84	0,26	4,16	0,54	2,09	0,62	4,02	0,88	1,60	0,63	3,13	0,76	1,92	0,66
	Menos 800 euros	2,82	0,21	3,98	0,54	2,09	0,56	4,01	0,79	1,72	0,65	3,16	0,67	1,83	0,56
<i>t Student (t;d)</i>		(-0,47 ^{NS} ; 0,10)		(0,03 ^{NS} ; 0,33)		(0,95 ^{NS} ; 0,12)		(-0,66 ^{NS} ; 0,22)		(-1,59 ^{NS} ; 0,03)		(-0,04 ^{NS} ; 0,14)		(0,23 ^{NS} ; 0,12)	

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student; d = d de Cohen;

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 NS = Não significativo η^2 = eta quadrado

Na tabela 5 procurámos verificar a diferença nas pontuações da escala Esperança e Otimismo entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, através do teste *t de Student* para as amostras independentes ou análises de variância (ANOVA).

Como se pode observar na tabela, o Otimismo varia de forma estatisticamente significativa em função dos rendimentos, onde as pontuações mais elevadas se verificaram nas pessoas com rendimentos acima dos 800 euros ($M = 15,60$; $DP = 2,19$). Podemos também verificar que a escala da Esperança varia significativamente em função da escolaridade, sendo a parcela da amostra que se encontra com o 3º ciclo concluído aquela com médias superiores na pontuação ($M = 25,50$; $DP = 4,48$).

Tabela 5

Comparação da Esperança e do Otimismo entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

		Esperança		Otimismo	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Masculino	23,29	5,02	15,94	2,28
	Feminino	22,62	4,84	14,96	2,11
<i>t Student (t;d)</i>		(0,52 ^{NS} ;4,26)		(1,70 ^{NS} ;0,45)	
Idade	Novos Velhos	22,65	4,91	15,22	2,20
	Velhos Velhos	23,45	4,59	14,64	1,96
<i>t Student (t;d)</i>		(-0,51 ^{NS} ;0,17)		(0,83 ^{NS} ;0,27)	
Estado Civil	Com companheiro	22,82	5,12	15,35	1,99
	Sem companheiro	22,59	4,37	15,03	2,26
<i>t Student (t;d)</i>		(0,42 ^{NS} ;0,04)		(0,66 ^{NS} ;0,15)	
Escolaridade	3º Ciclo	25,50	4,48	16,09	2,07
	Ensino Secundário	23,36	4,80	15,01	2,16
<i>t Student (t;d)</i>		(2,05 [*] ;0,06)		(1,55 ^{NS} ;0,51)	
Local Avaliação	UST	22,47	4,97	15,14	2,24
	APOSEN	23,21	4,69	15,15	2,08
<i>t Student (t;d)</i>		(0,69 ^{NS} ;0,15)		(0,02 ^{NS} ;0,00)	
Medicação	Toma	23,08	6,25	15,05	1,81
	Não Toma	22,66	4,45	15,17	2,26
<i>t Student (t;d)</i>		(-0,33 ^{NS} ;0,07)		(0,21 ^{NS} ;0,05)	
Com quem vive	Sozinho	23,16	4,14	14,71	2,21
	Esposo/esposa	22,90	4,96	15,12	2,21
	Outros Familiares	21,20	4,62	15,67	1,87
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(0,51 ^{NS} ;0,01)		(0,40 ^{NS} ;0,01)	
Rendimentos	Mais de 800 euros	23,21	5,01	15,60	2,19
	Menos de 800 euros	22,15	4,63	14,56	2,01
<i>t Student (t;d)</i>		(-1,03 ^{NS} ;0,21)		(-2,29 [*] ;0,49)	

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; *d* = *d* de Cohen;
^{*}*p* < 0,05; ^{**}*p* < 0,01; ^{***}*p* < 0,001 ^{NS} = Não significativo η^2 = eta quadrado

Na tabela 6 é apresentada a matriz de correlações de *Pearson* realizadas entre as quatro subescalas do WHOQOL-Bref consideradas relevantes para o estudo (Domínio Geral, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), as seis subescalas SELFCS (Autobondade, Autocriticismo, Humanidade, Isolamento, *Mindfulness*, Sobreidentificação), a escala da Esperança e a Escala do Otimismo.

Relativamente ao Domínio Total do WHOQOL-Bref, este correlacionou-se com vários domínios da escala (Domínio Físico, Domínio Psicológico e Meio Ambiente) e com a Escala da Esperança. O Domínio Físico do WHOQOL-Bref obteve uma correlação com os Domínios Psicológico, das Relações Sociais e Meio Ambiente. O Domínio Psicológico correlacionou-se com os Domínios Relações Sociais e Meio Ambiente e o Domínio das Relações Sociais obteve uma correlação com o Domínio do Meio Ambiente.

Quanto à Autocompaixão (Subescala Total) verificou-se que houve uma correlação com subescalas Autocriticismo, Humanidade, Isolamento, *Mindfulness* e Sobreidentificação. No que diz respeito à subescala Autobondade, esta correlacionou-se com as subescalas Humanidade, Isolamento, *Mindfulness* e Sobreidentificação. A subescala Autocriticismo da escala SELFCS não obteve nenhuma correlação com os demais instrumentos de avaliação ou subescalas. A subescala Humanidade correlacionou-se com as subescalas do SELFCS Isolamento e Sobreidentificação. A subescala Isolamento adquiriu uma correlação com as subescalas *Mindfulness* e Sobreidentificação e estas correlacionam-se entre si. Não se verificaram correlações na subescala do SELFCS Sobreidentificação. A escala do Otimismo correlaciona-se com a escala da Esperança e esta com a do Otimismo.

Tabela 6

Correlações de Pearson entre a escala da esperança, a escala do otimismo, a SELFCS e WHOQOL-Bref (N = 89)

Instrumentos	Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
WHOQOL-BREF	1 Domínio Total	—	0,42***	0,38***	0,11	0,39***	0,11	0,09	0,01	0,12	-0,08	0,14	-0,04	0,24*	0,01	
	2 Domínio Físico		—	0,82***	0,50***	0,86***	0,09	-0,06	0,15	0,07	0,05	-0,02	0,08	0,14	0,18	
	3 Domínio Psicológico			—	0,50***	0,81***	0,11	-0,12	0,11	0,00	0,06	0,00	0,09	0,11	0,14	
	4 Relações Sociais				—	0,48***	0,16	-0,04	0,08	0,13	0,01	0,03	0,08	0,03	0,04	
	5 Meio Ambiente					—	0,04	0,01	0,21	0,13	-0,07	0,03	-0,05	0,11	0,13	
SELFCS	6 Total						—	0,06	0,21*	0,24*	0,32**	0,41***	0,51***	-0,07	-0,10	
	7 Autbondade							—	0,00	0,59***	-0,75***	0,39***	-0,59***	-0,09	-0,12	
	8 Autocriticismo								—	0,15	0,08	-0,08	0,15	-0,08	0,09	
	9 Humanidade									—	-0,46***	0,13	-0,31**	-0,07	-0,04	
	10 Isolamento										—	-0,28**	0,68***	0,06	0,07	
	11 Mindfulness											—	-0,34***	0,04	-0,14	
	12 Sobreidentificação												—	-0,09	0,03	
ESPERANÇA	13 -----													—	0,25*	
OTIMISMO	14 -----														0,26*	—

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student; d = d de Cohen; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality Of Life Instrument; SELFCS = Self Compassion Scale; Escala do Otimismo e Escala de Esperança.

** p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001*

Discussão

O objetivo principal desta investigação foi verificar se existe relação entre a qualidade de vida, a autocompaixão, o otimismo e a esperança em pessoas que frequentam a Academia Sénior.

Como primeiro objetivo, foi estabelecida a caracterização da amostra em termos sociodemográficos, de forma a melhor conhecer a população que frequenta Universidades Sêniores. Assim, conclui-se que quanto ao sexo a maior parte das pessoas entrevistadas são mulheres. Estes dados estão em consonância com o contexto português: estudos sobre as pessoas seniores verificam a predominância do sexo feminino, onde a possível explicação é a sobre mortalidade masculina, os fluxos migratórios e a esperança média de vida, que é maior no sexo feminino (INE, 2019; Gonçalves et al., 2011; PORDATA 2020). Relativamente à escolaridade, a maior parte das pessoas que constituem a amostra estudada concluiu o décimo segundo ano. Esta conclusão não vai ao encontro da realidade portuguesa visto a maior parte da população de idade avançada possuir um nível de escolaridade baixo (Gonçalves et al., 2011).

A maioria das pessoas tem habitação própria, refere ter doença crónica e avalia a sua saúde como boa. A nível nacional, os resultados relativos à perceção da saúde são semelhantes, pois a maioria das pessoas idosas (53,2%) classificaram a sua saúde como sendo “muito boa” ou “boa”, 32,8% consideraram como “razoável” e 14,1% como “má” ou “muito má” (SRAS, 2009). A maioria dos sujeitos da amostra tem rendimentos superiores a oitocentos euros mensais. Estes dados não vão ao encontro da média nacional de rendimento mensal. Segundo dados da plataforma estatística PORDATA (2017), o valor médio mensal das pensões de velhice, invalidez ou sobrevivência pagas pela Segurança Social rondava a quantia de cerca de quatrocentos euros mensais.

O segundo objetivo estabelecido foi o de perceber se existe alguma relação entre a esperança, o otimismo, a autocompaixão e a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas. No que se refere à qualidade de vida, foi o domínio psicológico, seguido do domínio das relações sociais, a obter maior pontuação. Uma das facetas do domínio psicológico é a espiritualidade e a religião, assim como autoestima e a aprendizagem. A avaliação realizada num contexto como o da Academia, pode pressupor uma motivação específica destes sujeitos para as áreas que integram este domínio, que justificam uma pontuação mais elevada em relação aos outros domínios. O grupo que foi

estudado, na sua maioria (62,9%), pertence a uma zona rural, o que leva a crer que poderão passar pelas alterações psicossociais do envelhecimento de forma mais leve, já que nos afazeres doméstico e rural, tende a não existir uma perda brusca de papéis funcionais com a reforma (Pereira, 2006). A própria predisposição para frequentarem o tipo de atividades oferecidas pela Academia Sénior, em contexto rural, mostra o carácter da localidade onde se insere esta maioria: Tábua é uma vila de pequena dimensão e a reduzida distância entre localidades torna mais fácil a locomoção e o convívio entre os indivíduos. Em meio urbano, por outro lado, denotou-se um esforço por parte da APOSENIOR em estruturar as atividades perto da instituição ou em instituições próximas, atividades na escola pública, assim como acesso a outros serviços sem terem de despende muito tempo na deslocação. Esta dinâmica facilita a partilha de atividades e espaços com pessoas diferentes. Proporciona, também, o estabelecimento de laços e apoio social e emocional que pode justificar as pontuações obtidas no domínio das relações sociais. O domínio que pontuou níveis mais baixos foi o do meio ambiente que integra a sensação de segurança física, a proteção, cuidados de saúde e o ambiente físico quanto à poluição, o ruído, trânsito, transportes. Este resultado poderá ser explicado, em parte, pela preocupação com o acesso aos serviços especializados de cuidados de saúde e falta de oportunidades para os seus netos. Estes são sujeitos escolarizados e potencialmente mais atentos ao que se passa à sua volta, com uma perceção mais crítica do seu meio ambiente. Numa altura onde se discutem diariamente a centralização dos cuidados de saúde, dos serviços públicos e o afastamento do interior de serviços especializados de saúde, as pessoas, maioritariamente residentes em meio rural, poderão mostrar-se sensíveis a estas temáticas, fazendo com que se apresentem mais exigentes e críticas do meio envolvente. Por outro lado, as preocupações com a segurança das pessoas idosas que vivem na cidade, a poluição e os transportes poderão também contribuir para este resultado.

O estudo mostrou a relação entre a qualidade de vida e os sujeitos que auferem rendimentos mensais superiores a oitocentos euros. Esta análise vai ao encontro das conclusões de outros autores que revelam a importância dos fatores socioeconómicos da população sénior e que estes se mostram associados a uma melhor qualidade de vida (Jakobsson et al., 2004). Se o sujeito de idade avançada tiver mais recursos financeiros, é provável que tenha mais oportunidades de lazer, mais fácil aquisição de bens necessários ao conforto do seu lar aspetos fundamentais para a sua perceção da qualidade de vida (Nunes, 2011).

Conclui-se que existe maior qualidade de vida na amostra que não tem companheiro. Estes dados não vão ao encontro do estudo de Vilar (2015) que reportou níveis mais elevados de qualidade de vida nos sujeitos casados. É possível que estas pessoas estejam mais predispostas a se reinventarem, a tomarem iniciativas que, até participarem na Academia, não teriam oportunidade de o fazer. Esta conclusão merece mais aprofundamento num estudo com uma amostra mais heterogénea.

Relativamente à autocompaixão, os sujeitos apresentam níveis mais elevados de autocompaixão, na sua componente total e no constructo de calor/compreensão (autobondade) e níveis mais baixos no isolamento. Estes resultados mostram-se de acordo com o estudo feito por Parente et al. (2018), que encontrou níveis de compassividade altos em pessoas seniores que residem no seu domicílio. A amostra deste estudo apresenta níveis de autocompaixão mais altos nas mulheres. Esta conclusão não vai ao encontro com os estudos de Neff (2003) e de Neff e MCGehee (2010) onde concluem que os níveis de autocompaixão são mais baixos nas mulheres. A leitura deste resultado deve ser realizada com cautela, uma vez que a maioria dos sujeitos da amostra são do sexo feminino, o que poderá, de algum modo, influenciar os resultados.

A escala da Esperança relacionou-se com a escolaridade, sendo que aqueles que concluíram o 3º Ciclo de estudos apresentam pontuações maiores na escala de esperança. Esta conclusão não vai ao encontro do estudo de Uchechi et al (2016), que obteve resultados que indicam que aqueles com escolaridade mais baixa, abaixo do ensino secundário, apresentam menores níveis de esperança. É possível que os sujeitos da amostra que apresentam maior escolaridade, estejam mais atualizados quanto à informação mediática, informação do mundo em geral e os acontecimentos sociais, o que pode influenciar o sentimento de esperança de forma individual. Por outro lado, a amostra do presente estudo não inclui sujeitos com escolaridade abaixo do 3º ciclo, o que também poderá justificar a diferença nos resultados.

A escala da Esperança correlacionou-se com o otimismo. Os dados estão de acordo com a investigação de outros autores, que concluíram que pessoas com maiores níveis de esperança tendem a ser naturalmente mais otimistas em relação ao futuro (Bailey et al., 2007 & Snyder, 2002 & Roesch e Vaughn, 2006).

A escala da Esperança relacionou-se com a qualidade de vida. O resultado vai ao encontro das conclusões da investigação de Mestre (2011), que encontrou a correlação dos níveis de esperança com a qualidade de vida de pessoas de idade avançada e do estudo de Morais (2010) que refere uma associação positiva entre a qualidade de vida e a esperança.

O objetivo final da investigação caracterizou-se por analisar se o local onde frequentam a Academia Sénior (urbano/rural) se mostra relevante quanto à qualidade de vida, autocompaixão, otimismo e esperança nas pessoas seniores que residem na comunidade. A pesquisa mostrou que existe uma diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida, pontuando de forma mais elevada nos sujeitos seniores que vivem em meio rural. Esta conclusão encontra-se de acordo com as investigações de Lopes (2004) e Ferreira (2009) que concluem haver níveis superiores de qualidade de vida nos sujeitos seniores residentes em meio rural. Também Beltrame et al. (2012) apresentam no seu estudo melhores pontuações na saúde e nos aspetos sociais na população sénior residente em meio rural. Este resultado é consonante também com o estudo de Thangiah et al. (2020) e de Hassan et al. (2017). É possível que a continuidade de alguma atividade como pequenos negócios familiares, a manutenção de pequenos trabalhos no campo e a presença continua dos familiares e vizinhos (Araújo, 2011) contribua para o envelhecimento com qualidade em meio rural.

Mostra-se importante fazer referência às limitações encontradas nesta investigação. As pessoas seniores entrevistadas, mostraram dificuldade em saber o significado do sentimento autocompassivo e conceitos como *Mindfulness*. Os estudos mostram que as pessoas autocompassivas conseguem formular de uma melhor forma estratégias de *coping* em situações de stress (Allen & Leary, 2013) o que se tornaria uma mais-valia a intervenção baseada no *Mindfulness e Autocompaixão* para o grupo de frequentadores da Academia.

O número reduzido de sujeitos avaliados mostrou-se também uma limitação pelo que, com uma amostra superior, acredita-se que se pudesse obter resultados mais aprofundados neste contexto. Também quanto à amostra, esta mostrou-se pouco heterogénea pelo elevado número de pessoas do sexo feminino a participarem, embora seja uma situação representativa na população estudada e pela pouca heterogeneidade no nível de escolaridade. Na população avaliada, o grupo de novos velhos apresentou um número bastante superior àquele apresentado no grupo dos velhos velhos. Em futuras pesquisas poderá ser importante obter um número superior nesta faixa etária. A natureza transversal e correlacional do estudo não permite o estabelecimento de relações causais, quanto aos resultados apresentados.

Seria recomendável a realização de novos estudos que permitam obter uma melhor compreensão acerca da direccionalidade das relações estabelecidas. Em investigações futuras deverão igualmente recorrer a outros procedimentos de avaliação, para além dos

questionários de autorresposta (por exemplo, entrevistas estruturadas) de modo a aceder a informação mais precisa e mais abrangente. Finalmente, com o avançar da pandemia, outra grande limitação deste estudo foi a impossibilidade de continuar a proceder a mais avaliações. Nas condições de segurança para a saúde pública impostas para Portugal, a recolha dos dados não pôde continuar e a investigação avançou com os dados recolhidos até então.

Conclusão

Com os dados obtidos na investigação, podemos concluir que as pessoas que frequentam a Universidade Sénior/Academia Sénior, caracterizam-se por ter habilitações e rendimentos acima da média nacional, serem maioritariamente do sexo feminino, sem companheiro, com doença crónica e com uma perceção de saúde considerada boa. A qualidade de vida mostrou-se mais elevada para aqueles com rendimentos superiores e para as pessoas que frequentam a Academia Sénior em meio rural.

A qualidade de vida apresentou uma relação positiva com os níveis de esperança e esta com os níveis de otimismo na população sénior.

Referências Bibliográficas

- Araújo, A. M., Sousa Neto, T. B. de, & Bós, Â. J. G. (2016). Differences between the profiles of institutionalized elderly people and those on waiting lists and who do not want to be institutionalized. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 105–118. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14175>
- Araújo, J., Ramos, E. & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos Portugueses de zonas rural e urbana. *Act Med. Port.*, 24 (S2), pp. 79-88.
- Azevedo, M. S. A. (2015). O Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrativa (Tese de Mestrado) Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>. Consultado a 12 Fevereiro 2020).
- Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 168-175. doi:10.1080/17439760701409546.
- Barros, J., (2010). *Psicologia positiva – Uma nova psicologia*, Porto: Livpsic
- Barros, P. F. R. (2012). O papel do mindfulness, dos quatro imensuráveis e da autocompaixão no bem-estar e na sintomatologia psicopatológica. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da universidade de Coimbra
- Beltrame, V., Cader, S.A., Cordazzo, F., & Dantas, E.H.M. (2012). Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (2), pp.223-232. Consultado em 08 de Dezembro de 2019, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200005&script=sci_arttext
- Bennet-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Böckerman, P., Johansson, E., & Saarni, S. I. (2012). Institutionalisation and subjective wellbeing for old-age individuals: Is life really miserable in care homes? *Ageing and Society*, 32(7), 1176–1192. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1100081X>
- Bornet, M.-A., Rubli Truchard, E., Rochat, E., Pasquier, J., & Monod, S. (2017). Factors associated with quality of life in elderly hospitalised patients undergoing post-acute rehabilitation: A cross-sectional analytical study in Switzerland. *BMJ Open*, 7(10), e018600. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018600>
- Brooks, J. M., Polenick, C. A., Bryson, W., Naslund, J. A., Renn, B. N., Orzechowski, N. M., Almeida, M., & Bartels, S. J. (2019). Pain intensity, depressive symptoms, and functional limitations among older adults with serious mental

illness. *Aging & Mental Health*, 23(4), 470–474.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423025>

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>

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

Dr. Dev Ashish & Prof M. Ghufuran. (2016). Subjective Well-Being among Institutionalized and Non- Institutionalized Senior Citizens. *International Journal of Indian Psychology*, 3(4). <https://doi.org/10.25215/0304.033>

Ferreira, A.L.C.B.M. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Universidade de Lisboa.

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

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

Gonçalves L.H.T, Costa M.A.M., Martins M.M., Nassar S.M., Zunino R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Acedido 10 Julho de 2011 em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf

Hassan, K., Ahmad, Z., & Arshad, R. (2017). Does Increased in Incomes Improves Quality of Life of the Rural Low Income Households. 7(2), 6.

Hurley, B., D. & Kwon, P., (2013) Savoring helps most when you have little: Interaction between savoring the moment and uplifts on positive affect and satisfaction with life. Springer Science, retrieved online

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011- Resultados Provisórios. Lisboa, 2011. [Consult. Junho. 2021]. Disponível na Internet: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Fflook_parentBoui%3D131011296%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=zn7aUciRD6rC7AapzoCAAQ&usg=AFQjCNHbhfDNxILJQHbMo9fjDwCZQhSOw&sig2=UUVhMAIr0a22LB-R03I5iA&bvm=bv.48705608,d.ZWU>.

Instituto Nacional de Estatística (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos* 38 (6): p.11

- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Lisboa: Âmbar.
- Jacquin-Piques, A., Sacco, G., Tavassoli, N., Rouaud, O., Bejot, Y., Giroud, M., Robert, P., Vellas, B., & Bonin-Guillaume, S. (2015). Psychotropic Drug Prescription in Patients with Dementia: Nursing Home Residents Versus Patients Living at Home. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49(3), 671–680.
<https://doi.org/10.3233/JAD-150280>
- Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res*. 2004;13(1):125-36.
- Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Asghari Jafarabadi, M. (2014). Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*; EISSN 2251-9920.
<https://doi.org/10.5681/JCS.2014.028>
- Lopes, P.A.P.L. (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um estudo comparativo e correlacional*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Mestre, M. A. G. (2011). *A ESPERANÇA E A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE*. Tese de Mestrado em psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga (ISMT).
- Morais, P. O. I. (2010). *Avaliação da Qualidade de vida e Esperança em Toxicodependentes infectados e não infectados com VIH*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Porto
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240.
- Neto, H. (2008). *Universidades da Terceira Idade, Da Solidão à Motivação*.
- NUNES, M. (2011). *Qualidade de vida das Pessoas que Frequentam os Centros Comunitários do Funchal*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade da Madeira
- Oliveira, J. B. (2003). *Esperança: Natureza e avaliação. (Proposta de uma nova escala)*.

- Oliveira, J., H., B. (2010). *Psicologia Positiva uma nova psicologia*, Porto Codex, Livpsic.
- Oliveira, N. R., & Porto, E. F. (2021). Perfil sociodemográfico, de saúde e hábitos de estilo de vida de idosos longevos de um município do interior da Bahia. *Research, Society and Development*, 10(3), e33810312839. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12839>
- Onunkwor, O. F., Al-Dubai, S. A. R., George, P. P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A., & Shuaibu, H. O. (2016). A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408-8>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a QV global de idosos. *Revista Psiquiatr Rio Gd Sul* 2006; 28(1):27-38.
- PEREIRA, F. Os Idosos como Recurso. In PEREIRA, F. - *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viséu: Psicossoma, 2012. Cap. 10 e 15.
- Pereirinha, J., A., Branco, F., Pereira, E., Costa, D., Amaro, I., M. (2020) *Rendimento adequado em Portugal – Um estudo sobre o rendimento suficiente para viver com dignidade em Portugal*. Lisboa: Almedina
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5aed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Roesch, S. C., & Vaughn, A. A. (2006). Evidence for the factorial validity of the Dispositional Hope Scale: Cross-ethnic and cross-gender measurement equivalence. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 78-84. doi:10.1027/1015-5759.22.2.78
- Rondón García, L. M., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of Aging Research*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. (2009). *Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor*. Madeira: SRAS.
- Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M J.,

- Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275. doi:10.1207/S15327965PLI1304_01
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: An exploratory study among the Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, 18(1), 77-90. <https://doi.org/10.1017/S0959259808002682>
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The Impact of Positive Psychological Interventions on Well-Being in Healthy Elderly People. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Templeton, G. F. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804>
- Thangiah, G., Said, M. A., Majid, H. A., Reidpath, D., & Su, T. T. (2020). Income Inequality in Quality of Life among Rural Communities in Malaysia: A Case for Immediate Policy Consideration. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238731>
- Uchechi, U. A. M., Ailshire, J. A., Brown, L. L., Levine, M. E., & Crimmins, E. M. (2016). Education and Psychosocial Functioning Among Older Adults: 4-Year Change in Sense of Control and Hopelessness. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw031. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw031>
- Vilar, P., M., M. (2015) Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização no WHOQOL-OLD para a População Portuguesa. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Wahl, H.-W., Mollenkopf, H., Oswald, F. and Claus, C. 2007. Environmental aspects of
- West, N. A., Severtson, S. G., Green, J. L., & Dart, R. C. (2015). Trends in abuse and misuse of prescription opioids among older adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 117-121.
- WHO (2018) Ageing and Health (Site). Retirado em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wittmann-Vieira, R., & Goldim, J. R. (2018). Capacidade de tomada de decisão de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 497-503. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800070>

Wrosch, C., Jobin, J., & Scheier, M. F. (2017). Do the Emotional Benefits of Optimism Vary Across Older Adulthood? A Life Span Perspective: Optimism, Age, and Depressive Symptoms. *Journal of Personality*, 85(3), 388–397.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12247>